

# Psychiatria



*Dorna Afrasiabi, Nahid Akrami*

The effectiveness of the narrative therapy on the fear of negative/positive evaluation and social phobia symptoms in socially anxious female students

*Narrative therapy on the fear of negative/positive evaluation and social phobia* ..... 118

*Katarzyna Rumian, Wioletta Pollok-Waksmańska, Renata Łukasik*

Wiedza pacjentów ze schizofrenią dotycząca rozpoznania objawów zwiastujących nawrót choroby

*Knowledge of patients with schizophrenia on recognition of the warning signs of a relapse* ..... 186

*Joanna Smolarczyk-Kosowska, Andżelina Ngo, Sabina Ryl, Magdalena Piegza Robert Pudło*

Wpływ aktywności fizycznej na jakość życia seksualnego — badanie pilotażowe

*Influence of physical activity level on quality of sex life: a pilot study* ..... 196

*Weronika Klon, Katarzyna Waszyńska*

Mindfulness w pracy profilaktycznej i terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą

*Mindfulness in preventing and therapeutic work with children and adolescents* ..... 204

*Aleksandra Joanna Kielan, Marlena Stradomska, Mariusz Jaworski, Anna Mosiołek, Jan Chodkiewicz, Łukasz Święcicki, Bożena Walewska-Zielecka*

Promotion of men's mental health ..... 212



# Psychiatria

2020, tom 17, nr 3

**Redaktor Naczelny/Editor-in-Chief** dr n. med. Sławomir Murawiec

**Redaktor Prowadzący/Managing Editor** Kamila Reclaw (Gdańsk)

**Przewodniczący Rady Naukowej** prof. dr hab. n. med. Agata Szulc

**Honorowy Członek Rady Naukowej** prof. dr hab. n. med. Jerzy Landowski

## Rada Naukowa/Scientific Board

prof. dr hab. n. med. Alina Borkowska  
dr hab. psych. Bogusław Borys  
prof. dr hab. n. med. Andrzej Czernikiewicz  
prof. dr hab. n. med. Joanna Hauser  
dr n. med. Marcin Jacek Jabłoński  
prof. dr hab. n. med. Jan Jaracz  
dr Vassilis Kapsambelis  
prof. nadzw. dr hab. n. hum. Hanna Kostyło

prof. dr hab. n. med. Katarzyna Kucharska  
prof. dr hab. n. med. Jerzy Leszek  
prof. Henry Zvi Lothane  
prof. dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska  
dr Walter Nieves  
dr hab. n. med. Agnieszka Samochowiec  
prof. Ivan Urlić

Opinie prezentowane w artykułach nie muszą być zgodne z opiniami Redakcji

Opinions presented in the articles not necessarily represent the opinions of the Editors

Psychiatria (ISSN 1732-9841)

jest czasopismem wydawanym cztery razy w roku przez VM Media Sp. z o.o. VM Group sp. komandytowa ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk tel. 58 320 94 94, faks: 58 320 94 60 e-mail: redakcja@viamedica.pl https://journals.viamedica.pl/

Wersja elektroniczna czasopisma znajduje się na stronie: https://journals.viamedica.pl/psychiatria

**Adres Redakcji:** Warszawski Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii ul. Wiertnicza 131, 02-952 Warszawa e-mail: psychiatria@viamedica.pl

Prenumerata elektroniczna na rok 2020 obejmuje 4 numery i wynosi 90 zł dla odbiorców indywidualnych i 180 zł dla instytucji.

Zamówienia drogą elektroniczną: https://journals.viamedica.pl/psychiatria

**Reklamy:** należy się kontaktować z Działem Sprzedaży VM Media Sp. z o.o. VM Group sp. komandytowa tel. 58 320 94 94; dsk@viamedica.pl

**Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam.**

Wszelkie prawa zastrzeżone, włącznie z tłumaczeniem na języki obce. Żaden fragment tego czasopisma, zarówno tekstu, jak i grafiki, nie może być wykorzystywany w jakiegokolwiek formie. W szczególności zabronione jest dokonywanie reprodukcji oraz przekładanie na język mechaniczny lub elektroniczny, a także utrwalanie w jakiegokolwiek postaci, przechowywanie w jakimkolwiek układzie pamięci oraz transmitowanie, czy to w formie elektronicznej, mechanicznej czy za pomocą fotokopii, mikrofilmu, nagrań, skanów bądź w jakikolwiek inny sposób, bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Prawa wydawcy podlegają ochronie przez krajowe prawo autorskie oraz konwencje międzynarodowe, a ich naruszenie jest ścigane pod sankcją karną.

Czasopismo objęte rejestracją w *Index Copernicus* (91.74) MNSzW (20) oraz zarejestrowane w PBL, GBL.



19-0221.004.001

Psychiatriy (ISSN 1732-9841)

is published six times a year by Via Medica Publishers ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk, Poland tel: (+48 58) 320 94 94, fax: (+48 58) 320 94 60 e-mail: redakcja@viamedica.pl https://journals.viamedica.pl/

**Editorial Address:** Warszawski Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii ul. Wiertnicza 131, 02-952 Warszawa e-mail: psychiatria@viamedica.pl

On-line subscription: 4 issues, shipment to Poland — 90 PLN for individual recipients and 180 PLN for institutions.

Electronic orders option available at: https://journals.viamedica.pl/psychiatria

**Advertising:** For details on media opportunities within this journal please contact the advertising sales department, ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk, Poland, tel: (+48 58) 320 94 94; e-mail: dsk@viamedica.pl

**The Editors accept no responsibility for the advertisement contents.**

All rights reserved, including translation into foreign languages. No part of this periodical, either text or illustration, may be used in any form whatsoever. It is particularly forbidden for any part of this material to be copied or translated into a mechanical or electronic language and also to be recorded in whatever form, stored in any kind of retrieval system or transmitted, whether in an electronic or mechanical form or with the aid of photocopying, microfilm, recording, scanning or in any other form, without the prior written permission of the publisher. The rights of the publisher are protected by national copyright laws and by international conventions, and their violation will be punishable by penal sanctions.

Indexed by *Index Copernicus* (91.74), *Ministry of Science and Higher Education* (20) and PBL, GBL.

Legal note: https://journals.viamedica.pl/psychiatria/about/legalNote#legalNote

Ilustracja na okładce — Maria Ropel-Mikołajczak



© 2020 by VIA MEDICA



# Psychiatria

2020, tom 17, nr 4

## Spis treści

### PRACE ORYGINALNE — NADESŁANE/ORIGINAL PAPERS — SUBMITTED

*Dorna Afrasiabi, Nahid Akrami*

**The effectiveness of the narrative therapy on the fear of negative/positive evaluation and social phobia symptoms in socially anxious female students**  
*Narrative therapy on the fear of negative/positive evaluation and social phobia*..... 118

*Katarzyna Rumian, Wioletta Pollok-Waksmańska, Renata Łukasik*

**Wiedza pacjentów ze schizofrenią dotycząca rozpoznania objawów zwiastujących nawrót choroby**  
*Knowledge of patients with schizophrenia on recognition of the warning signs of a relapse* ..... 186

*Joanna Smolarczyk-Kosowska, Andżelina Ngo, Sabina Ryl, Magdalena Piegza Robert Pudło*

**Wpływ aktywności fizycznej na jakość życia seksualnego — badanie pilotażowe**  
*Influence of physical activity level on quality of sex life: a pilot study* ..... 196

*Weronika Klon, Katarzyna Waszyńska*

**Mindfulness w pracy profilaktycznej i terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą**  
*Mindfulness in preventing and therapeutic work with children and adolescents* ..... 204

*Aleksandra Joanna Kielan, Marlena Stradomska, Mariusz Jaworski, Anna Mosiołek, Jan Chodkiewicz, Łukasz Święcicki, Bożena Walewska-Zielecka*

**Promotion of men's mental health**..... 212

*Anna Róża Hoss, Rafał Styła, Hubert Suszek, Joachim Kowalski, Małgorzata Grochowska, Jakub Dąbrowski*

**Wizerunek psychiatry, psychologa i psychoterapeuty w mediach. Analiza polskich tygodników opinii**  
*Media image of psychiatrists, psychologists and psychotherapists. Analysis of polish weekly reviews*..... 216

PRACE POGLĄDOWE — NADESŁANE/REVIEWS — SUBMITTED

---

*Roksana Duszkiewicz, Justyna Gacek, Filip Hajdrowski, Agnieszka Greń,  
Krzysztof Silski, Miłosz Gołyszny, Tomasz Ludyga*

**Analiza zaburzeń neuropsychiatrycznych wywołanych infekcją *Tropheryma whipplei***  
*Analysis of neuropsychiatric disorders caused by infection *Tropheryma whipplei*.....* 224

*Małgorzata Sosnowska*

**Przegląd badań nad wpływem epidemii na zdrowie psychiczne pracowników me-  
dycznych i osób poddanych kwarantannie oraz izolacji**  
*Review of research on impact of epidemic on healthcare workers, quarantined and socially isola-  
ted persons.....* 229

*Stanisław Surma, Monika Romańczyk, Joanna Fojcik, Marek Krzystanek*

**Kawa — lekarstwo, używka i narkotyk**  
*Coffee: drug, stimulant substance and narcotic .....* 237

Dorna Afrasiabi<sup>1</sup>, Nahid Akrami<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, Faculty of Education and psychology. University of Isfahan, Iran, Shiraz

<sup>2</sup>PH.D.in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Iran, Isfahan

# The effectiveness of the narrative therapy on the fear of negative/positive evaluation and social phobia symptoms in socially anxious female students

*Narrative therapy on the fear of negative/positive evaluation and social phobia*

## Abstract

**Introduction:** The purpose of this study was to examine the effectiveness of the narrative therapy on the fear of negative/positive evaluation, and social phobia symptoms among the female students in Shiraz, Iran.

**Material and methods:** Research method was quasi-experimental with pre-test and post-test with experimental and control groups. The sample included 26 subjects, who were referred to psychological centers and were selected by purposive sampling method. The research tools included fear of negative evaluation scale (FNE), fear of positive evaluation scale (FPE), and social phobia symptoms questionnaire. The narration therapy program was performed for the experimental group in eight sessions. In order to analyze data, the covariance analysis was performed using SPSS-22 software. Findings of the study showed a significant difference between the treated and untreated groups for the variables of fear, avoidance, and physiological distress.

**Results:** The results of univariate analysis for the fear of positive evaluation variable showed a significant difference between treated and untreated groups ( $F = 7.1$ ,  $df = 1$ ,  $P = 0.015$ ). However, for the fear of negative evaluation variable, the difference was not significant ( $F = 0.58$ ,  $df = 1$ ,  $P = 0.45$ ).

**Conclusions:** According to these findings, we conclude that narrative therapy is a suitable method in reducing fear of positive evaluation and the treatment of social anxiety.

*Psychiatry 2020; 17, 4: 181–185*

**Key words:** fear of positive evaluation, narrative therapy, and social anxiety

## Introduction

Social phobia is a persistent fear of social situations; it is the most common anxiety disorder; it is also a risk factor for depression and substance abuse [1]. People with social anxiety disorder are afraid to be examined or observed by others; they also avoid the situation in

which they think they would feel ashamed by saying or doing something [2], when they have communications with others, physical or emotional symptoms appear including fear, trembling, sweating [3], Hertenberg categorized these symptoms into four groups: motor responses, sensitive symptoms, vascular visceral and secretion symptoms and physical symptoms [4, 5]. People with social phobia are afraid to be evaluated negatively [6]. According to different studies, SA is highly prevalent among high school, college, and university students and leads to problems related to educational

## Adres do korespondencji:

Dorna Afrasiabi  
Department of Psychology  
University of Isfahan, Iran, Shiraz  
e-mail: dorna\_afraziabi@yahoo.com

performance [7]. The main cause of SA among students are; presentation, exam, language, and family provocation. Female gender, poor educational performances, and weak social support have been reported as a risk factor of social anxiety [8].

Fear of evaluation plays an important role in social anxiety [9]. Weeks, Roudebaugh, Heimberg [10] declared that patients with social anxiety fear both negative and positive evaluation. Fredrik and Luebbe [11] considered FNE AND FPE as co-occurring cognitive features of social anxiety. Fear of positive evaluation is the feeling of nervousness about other positive evaluation [10]. As Wallace and Adlen [12] have reported: "this nervousness comes from receiving positive evaluation which worries them about the expectation of others in subsequent interactions in the future". On the contrary, fear of negative evaluation is related to the feeling of fear in which one is evaluated negatively [13]. It consists of worries about others evaluations, distress and expectation of negative evaluations [14], negative evaluation is closely related to social anxiety especially in the social situation in which the anxious person is afraid of being evaluated unfavorably [15].

Hence, people with this disorder show infirmity in education place, work, and social life and ultimately, it causes significant distress and disrupts the quality of life. In fact, the individual has a sense of anxiety and worry within himself and in outside has self-made constraints, constraints that prevent a person from using his abilities [16]. Different methods have been used to treat this problem [17]. Although a number of treatments such as exposure therapy, cognitive behavioral therapy, practical relaxation, stress control training seem to be effective, the most well-researched treatment among them is cognitive-behavioral therapy [18], despite the effectiveness of cognitive-behavioral therapies, some people do not show improvements or they drop out of the treatment [19]. Further studies are needed to improve different approaches for the treatment of social phobia [20]. Based on the fact that narrative therapy has an effect on the decrease of shyness, anxiety and depression [21], the present study examines the effectiveness of narrative therapy on the decrease of fear of evaluations and social phobia symptoms. Narrative therapy is a form of therapy which assist individuals to view their problems differently and it also helps them to rely on their talents to decrease problems that exist in their lives. The main principle behind narrative therapy is understanding people within this postmodern context [21]. To understand narrative therapy it is helpful to understand the term narrative; a narrative is a story which is constructed in social context during the past, present and also the future, the narrative

is not limited to the story but the meaning which is ascribed to the story by family or a person is important it is their perception which matters regarding their problems or their successes [22]. Analysing narratives, the therapist tries to reconstruct them so that the newly built narratives are not source of patient suffering, new narratives are more appreciative of person's power and responsibility [23], the key concept in narrative therapy is that the problem is not the person, it aims to separate people from their problems [24]. Narrative therapy aims to help individuals improve their relationship with themselves and others [25]. Because of its different perspective on people and problems, it has become popular in therapy field; its perspectives are different from the other approaches, narrative therapy does not consider problems as essential aspects of people or as a result of dysfunctional relationships but resulting from the impact of problems which affects people's lives, three main techniques of narrative therapy are also important for understanding this approach including externalizing the problem, unique outcomes and using relative questioning [22]. It is, therefore, an approach in which it is easy to take the attitude of a certain freedom of conduct; there have been few types of research indicating the clinical usage of narrative therapy until now, especially those in which the effectiveness of the proposed procedure is assessed. Therefore, the aim of this study is to examine the effectiveness of the narrative therapy on the fear of negative/positive evaluation and social phobia symptoms among the female students in Shiraz City, Iran.

### Material and methods

A cross-sectional study was conducted at the University of Shiraz from May to July 2017, Shiraz Iran. Research method was quasi-experimental with pre-test and post-test with experimental and control groups. 26 female undergraduate students with social/performance anxiety that referred to Shiraz counselling centers were chosen by purposive sampling and put into 2 groups randomly. The samples also scored above 17 in response to the Connor Social Anxiety Questionnaire. Narrative therapy was done on the experimental group in 8 sessions, a pre-test was done before the intervention and post-test was done after 8 sessions. The exclusion criterion for individuals was refusal to attend treatment sessions for more than two sessions. All participants were provided written informed consent.

### Instruments

#### **Social Phobia Inventory (SPIN)**

It is developed by the Psychiatry and Behavioral Sciences Department at Duke University. The 17-item SPIN



was used to measure anxiety symptoms (measure fear, avoidance, and physiological distress). Fear (of people in authority, of parties and social events, of being criticized, doing things when people are watching and of being embarrassed), avoidance (of talking to strangers, of going to parties, of being a center of attention, of making speeches), and physical discomfort (sweating, palpitation, shaking and trembling in front of others). Each of the 17 items is rated from scale 0 to 4 [26]. The questionnaire uses a Likert-type scale and the minimum score is 17 and the maximum score is 85. According to Abdi [27] study, Cronbach's alpha coefficient was 0.94 for the total score and avoidance behaviors, physical symptoms, and social fears were 0.89, 0.91, and 0.80 respectively.

#### **Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE)**

The Brief Fear of Negative Evaluation Scale [28] is a 12-item measure which uses a 4-point Likert-scale ranging from 0 (not at all characteristic) to 4 (extremely characteristic). The scale has good ability to distinguish individuals with and without anxiety. The BFNE has shown good internal consistency (a ranging from 0.80 to 0.97) [29]. Rostami et al. [30] reported Cronbach's alpha coefficient 0.92 for the total score.

#### **Fear of Positive Evaluation Scale (FPES)**

The Fear of Positive Evaluation Scale [10] is a 10-item scale used to measure fear of positive evaluation from others, with items structured to incorporate social hierarchy dynamics. The FPES uses a 10-point Likert-type scale, ranging from 0 (not at all true) to 9 (very true), to indicate the extent to which each item pertains to individuals that he or she "does not know very well" (e.g., I generally feel uncomfortable when people give me compliments). This measure has good internal consistency ( $\alpha = 0.80$ ).

#### **Research method**

Narrative therapy training courses are held in 8 sessions (each session = 90 min) with the following topics:

1. Introduction: introduction of group members, setting goals and the urge to explain their narratives.
2. Life story: externalizing problems
3. The important life events: the dominant element in the story
4. Deconstruction: unique outcomes, naming the problem
5. Creativity: challenging the narratives, positive and negative factors, big life challenges.
6. Recreating and retelling the story: the critical point, applying the new elements in narratives, preferences, wishes, important goals and people in life, determi-

ning the life frameworks.

7. Unique outcomes: analysis of the new narrative's relation to the individual's life.
8. Re-authoring the life story: predicting the potential problems, the final editing of the new narrative.

#### **Results**

The mean total post-test scores for the entire sample of the social anxiety symptoms in the treatment group was 21.5 (SD = 6.1), and for the categories of fear, avoidance, and physiological distress were 8.1 (SD = 2.2), 9.6 (SD = 3.1), and 4.2 (SD = 2.2), respectively. The Cronbach's alpha was 0.79 for the total scale and the fear, avoidance, and physiological distress subscales were 0.72, 0.68 and 0.63, respectively. Significance level based on Levene's test was lower than 0.05 only for fear subscale. Box's M test was used to check the homogeneity of covariance, and the results showed equal variances (Box's  $M = 17.1$ ,  $P = 0.201$ ). The comparison of the mean pre-test and post-test scores of the social anxiety symptoms scale in both control and treatment groups is illustrated in Figure 1. The results of multivariate analysis of variances showed that there was a significant difference between the two groups on the variables of fear, avoidance, and physiological distress (Table 1). But overall, there was no significant difference in total scores between the two groups ( $F = 0.71$ ,  $df = 1$ ,  $P = 0.14$ ). The mean scores of experimental and control groups after treatment showed that the average score for social anxiety in the experimental group was lower than the control group.

The mean total post-test scores for the entire sample of the fear of negative and positive evaluation in treatment groups were 34.6 (SD = 3.8), and 21.9 (SD = 9.2), respectively. The equality of variances checked by Levene's test and analysis showed that variances were not equal for the fear of positive evaluation (Levene's test = 5.55,  $df = 2$ ,  $P = 0.02$ ), but for the fear of negative evaluation variable variances was equal (Levene's test = 0.065,  $df = 2$ ,  $P = 0.80$ ). The comparison of the mean pre-test and post-test scores of the fear of negative and positive evaluation in both control and treatment groups is illustrated in Figures 2 and 3. The results of univariate analysis of variance showed that there was a significant difference between the two groups in the fear of positive evaluation variable scores ( $F = 7.1$ ,  $df = 1$ ,  $P = 0.015$ ). However, in the fear of negative evaluation variable, the difference was not significant ( $F = 0.58$ ,  $df = 1$ ,  $P = 0.45$ ).

#### **Discussion**

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of narrative therapy on reducing the fear of

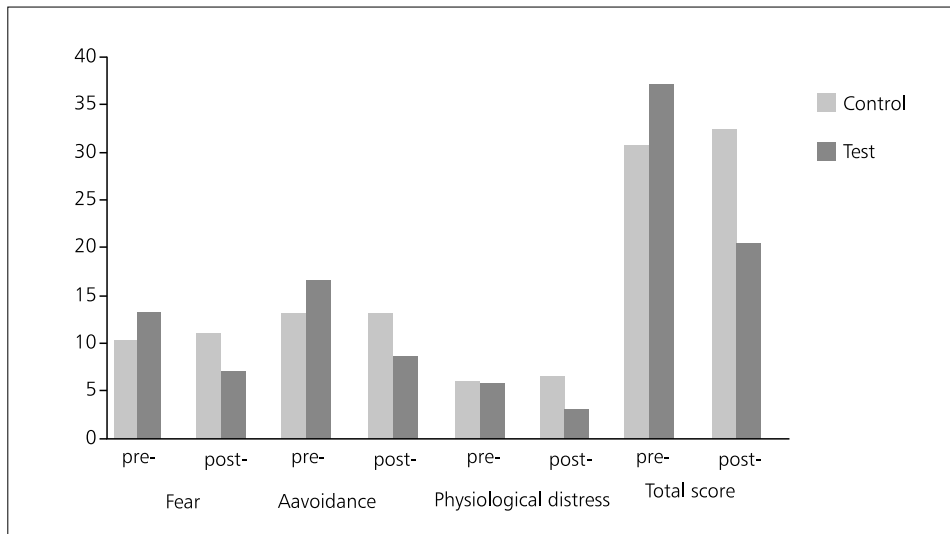


Figure 1. The comparison of the mean pre-test and post-test scores of the Social Anxiety Symptoms Scale

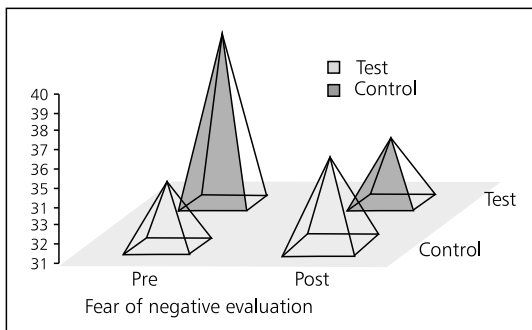


Figure 2. The comparison of the mean pre-test and post-test scores of the fear of negative evaluation

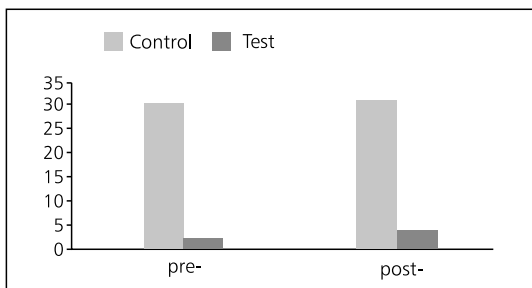


Figure 3. The comparison of the mean pre-test and post-test scores of the fear of positive evaluation

positive/negative evaluation and social anxiety among female students, and the results suggest that narrative therapy had a significant effect on reducing the subscales of social anxiety symptoms. However, this difference was not significant in the overall scores. The total scores of social phobia were 21.5 for the experimental group and those of the control group, 33.4. This difference between control and experimental groups was not significant. According to Ghavami et al. [21] study, the mean scores of social phobia for the experimental and control groups were 65.73 and 104.40, respectively, and that difference was significant in the posttest level:  $P < 0.01$ . These findings were in line with Kamali and Yoosefi Looyeh [20] and Rahmani and Moheb [31] and Ghavami et al. [21], Dadsetan et al. [32]. Narrative therapy had an effective way to reduce anxiety in the experimental group after training has been reported in various studies [32, 33]. The findings of this study also indicate that narrative therapy has a significant effect on reducing fear of positive evaluation. This finding is similar to Fergus et al. [34] study, in that study, the fear of positive evaluation was sensitive to the effects of cognitive-behavioral therapy. Fear of positive evaluation is a strong predictor of state anxiety according to the traditional cognitive conceptu-

Table 1. The comparison of the fear, avoidance, and physiological distress subscales between control/test groups

Variable	P value	F value	Df	Effect Size
Fear	0.011	6.90	1	0.29
Avoidance	0.002	10.3	1	0.37
Physiological distress	0.017	7.20	1	0.30

alization of social anxiety. Regarding the effectiveness of narrative therapy on reducing anxiety, this study can be repeated in populations and other samples with sufficient sample size are required. Given the scarcity of narrative therapeutic research, the study of other psychiatric disorders are suggested. It is recommended that follow-up courses be included in future research plans to measure the continuity of changes, and also it is suggested that this method be examined individually and the results compared with the present study findings.

## Conclusion

The findings of the present study suggest that social anxiety and fear of positive evaluation scores of the experimental group was changed after narrative therapy. This indicates the impact and importance of narrative therapy in reducing fear of positive evaluation and the treatment of social anxiety.

## References:

- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Stein M, Stein D. Social anxiety disorder. *The Lancet*. 2008; 371(9618): 1115–1125, doi: [10.1016/s0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60488-2).
- Cox BJ, Fleet C, Stein MB. Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *J Affect Disord*. 2004; 82(2): 227–234, doi: [10.1016/j.jad.2003.12.012](https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.012), indexed in Pubmed: [15488251](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15488251/).
- Wittchen HU, Fuetsch M, Sonntag H, et al. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia—findings from a controlled study. *Eur Psychiatry*. 1999; 14(3): 118–131, doi: [10.1016/s0924-9338\(99\)80729-9](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(99)80729-9), indexed in Pubmed: [10572336](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10572336/).
- Ahmadi S, Borghesi S, Abbassi Z. Comparison between the effect of education on the basis of attachment narrative therapy and spirituality on marital conflicts. *Islam and Psychological Research Journal Quarterly*. 2016; 2(4): 99–112.
- Fairbrother N. The treatment of social phobia – 100 years ago. *Behaviour Research and Therapy*. 2002; 40(11): 1291–1304, doi: [10.1016/s0005-7967\(01\)00139-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00139-5).
- Murray BS, Lee S. Advances in recognition and treatment of social anxiety disorder: a 10-year retrospective. *Psychopharmacol Bull*. 2003; 37: 97–107.
- Dell'Osso L, Abelli M, Pini S, et al. Dimensional assessment of DSM-5 social anxiety symptoms among university students and its relationship with functional impairment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014; 10: 1325–1332, doi: [10.2147/NDT.S59348](https://doi.org/10.2147/NDT.S59348), indexed in Pubmed: [25075191](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25075191/).
- Levinson CA, Rodebaugh TL, White EK, et al. Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation: distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders? *Appetite*. 2013; 67: 125–133, doi: [10.1016/j.appet.2013.04.002](https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.04.002), indexed in Pubmed: [23583741](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23583741/).
- Weeks JW, Heimberg RG, Rodebaugh TL, et al. Exploring the relationship between fear of positive evaluation and social anxiety. *J Anxiety Disord*. 2008; 22(3): 386–400, doi: [10.1016/j.janxdis.2007.04.009](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.009), indexed in Pubmed: [17531437](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17531437/).
- Fredrick JW, Luebbe AM. Fear of positive evaluation and social anxiety: A systematic review of trait-based findings. *J Affect Disord*. 2020; 265: 157–168, doi: [10.1016/j.jad.2020.01.042](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.042), indexed in Pubmed: [32090737](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32090737/).
- Alden L, Wallace S. Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33(5): 497–505, doi: [10.1016/0005-7967\(94\)00088-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00088-2).
- Levinson CA, Rodebaugh TL. Social anxiety and eating disorder comorbidity: the role of negative social evaluation fears. *Eat Behav*. 2012; 13(1): 27–35, doi: [10.1016/j.eatbeh.2011.11.006](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.11.006), indexed in Pubmed: [22177392](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22177392/).
- Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *J Consult Clin Psychol*. 1969; 33(4): 448–457, doi: [10.1037/h0027806](https://doi.org/10.1037/h0027806), indexed in Pubmed: [5810590](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5810590/).
- Weeks JW, Heimberg RG, Fresco DM, et al. Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychol Assess*. 2005; 17(2): 179–190, doi: [10.1037/1040-3590.17.2.179](https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.2.179), indexed in Pubmed: [16029105](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16029105/).
- Shields M. Social anxiety disorder — beyond shyness. *Health Rep*. 2004; 15 Suppl: 45–61, indexed in Pubmed: [15748044](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15748044/).
- Hofmann SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cogn Behav Ther*. 2007; 36(4): 193–209, doi: [10.1080/16506070701421313](https://doi.org/10.1080/16506070701421313), indexed in Pubmed: [18049945](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18049945/).
- Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev*. 2004; 24(7): 883–908, doi: [10.1016/j.cpr.2004.07.007](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.007), indexed in Pubmed: [15501560](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15501560/).
- Fogler JM, Tompson MC, Steketee G, et al. Influence of expressed emotion and perceived criticism on cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Behav Res Ther*. 2007; 45(2): 235–249, doi: [10.1016/j.brat.2006.03.002](https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.002), indexed in Pubmed: [16635478](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16635478/).
- Kamali K, Looyeh MY. Narrative Intervention. *Intervention in School and Clinic*. 2013; 48(5): 307–312, doi: [10.1177/1053451212472728](https://doi.org/10.1177/1053451212472728).
- Ghavami M, Sadeghi H, Mohammadi E. The effectiveness of narrative therapy on social anxiety and self-esteem of middle school students. *J School Psych*. 2014(3): 29–42.
- Kaptain DC. Narrative group therapy with outpatient adolescents. Iowa State University 2004.
- Polkinghorne DE. Narrative therapy and postmodernism. In: Angus LE, McLeod J. ed. *The handbook of Narrative and psychotherapy*. Sage publications India Pvt 2004.
- Etchison M, Kleist D. Review of Narrative Therapy: Research and Utility. *The Family Journal*. 2016; 8(1): 61–66, doi: [10.1177/1066480700081009](https://doi.org/10.1177/1066480700081009).
- Monk C, Winslade J, Crocket K, Epston D. *Narrative therapy in practice, the archaeology of hope*. Jossey Bass, San Francisco 1997.
- Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, et al. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *Br J Psychiatry*. 2000; 176: 379–386, doi: [10.1192/bjp.176.4.379](https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379), indexed in Pubmed: [10827888](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10827888/).
- Abdi R. Interpretation bias in patients with social phobia. Dissertation M.S. Tehran Psychiatric Institute. Tehran University of medical sciences, Tehran 2004.
- Leary M. A Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2016; 9(3): 371–375, doi: [10.1177/0146167283093007](https://doi.org/10.1177/0146167283093007).
- Carleton RN, Collimore KC, Asmundson GJG. Social anxiety and fear of negative evaluation: construct validity of the BFNE-II. *J Anxiety Disord*. 2007; 21(1): 131–141, doi: [10.1016/j.janxdis.2006.03.010](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.010), indexed in Pubmed: [16675196](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16675196/).
- Rostami M, Veisi N, Jafarian Dehkordi F, et al. Social anxiety in students with learning disability: Benefits of acceptance and commitment therapy. *Practice in Clinical Psychology*. 2014; 2(4): 277–284.
- Rahmani P, Moheb N. The effectiveness of clay therapy and narrative therapy on anxiety of pre-school children: a comparative study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5: 23–27, doi: [10.1016/j.sbspro.2010.07.044](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.044).
- Dadsetan Pari R, Anari A, Saleh Sedghpour B. Social anxiety disorder and drama therapist. *Journal of Iranian Psychologists*. 2008; 4(14): 115–123.
- Abolghasemi, Sh. Comparison of four methods Cognitive behavioral, pharmacologic combination and placebo in the treatment of generalized anxiety, PhD thesis. Azad University of Tehran. Science and Research, 2003.
- Fergus TA, Valentiner DP, McGrath PB, et al. The Fear of Positive Evaluation Scale: psychometric properties in a clinical sample. *J Anxiety Disord*. 2009; 23(8): 1177–1183, doi: [10.1016/j.janxdis.2009.07.024](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.024), indexed in Pubmed: [19700259](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19700259/).

Katarzyna Rumian<sup>1</sup>, Wioletta Pollok-Waksmańska<sup>2</sup>, Renata Łukasik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bielskie Centrum Psychiatrii- Olszówka w Bielsku-Białej

<sup>2</sup>Akademia Techniczno- Humanistyczna w Bielsku-Białej

# Wiedza pacjentów ze schizofrenią dotycząca rozpoznania objawów zwiastujących nawrót choroby

*Knowledge of patients with schizophrenia on recognition of the warning signs of a relapse*

## Abstract

**Introduction:** Schizophrenia is one of the most severe mental disorders. It is characterized by a chronic course, diverse clinical image, and it often leads to incapacity. The course and severity of the disease may vary, while the appearing symptoms constitute a turning point in patient's and his family's life. This is why it is important to recognise the symptoms and undertake therapeutic measures. The reoccurrence of the disease does not appear suddenly. Usually it is preceded by the period of various changes in patient's behaviour and feelings. Those changes are called the warning signs of a relapse. The aim of this research was to learn about patients' knowledge of schizophrenia, the consequences of not following the doctor's orders and the warning signs of a relapse.

**Material and methods:** The study group consisted of 69 patients from Mental Health Clinic in Bielsko-Biała. For the purpose of this MA thesis the method of diagnostic survey was used. The survey included authorial questionnaire consisting of 30 structured questions with the possibility of giving one or more answers.

**Results and conclusions:** In the course of the conducted research obtained the results which indicated the high level of studied patients' knowledge of schizophrenia, its symptoms and the warning signs of a relapse as well as ways of treatment. The examined people expressed the awareness that following doctor's orders may significantly decrease the risk of relapse. The most relevant issue concerning the acceptance of a disease, the level of patients' awareness of a disease and systematic compliance with the recommendations of medical staff were enumerated. Most respondents experienced a relapse, despite their declared knowledge of relapse prevention methods. Side effects of used medicines were the frequent cause of treatment discontinuation. The patients indicated contact with medical staff as the main source of broadening their knowledge.

*Psychiatry 2020; 17, 4: 186–195*

**Key words:** pharmacotherapy, relapse, warning signs, schizophrenia

## Wstęp

Schizofrenia jest jednym z najpoważniejszych zaburzeń psychicznych. Choroba ta charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem, zróżnicowanym obrazem klinicznym. Może prowadzić do niesprawności. Słowo „schizofrenia”

pochodzi od greckiego *schizo*, co oznacza rozszczępić lub rozedrzeć. Pojęcie schizofrenii zostało sformułowane w XIX wieku. Badacze uważali, że sedno choroby tkwi w rozpadzie między poszczególnymi sferami życia psychicznego (sfera intelektu, uczuć i woli) [1, 2]. Sam termin został po raz pierwszy użyty w 1908 roku przez Bleulera, który wprowadził pojęcie 4A służące opisaniu pierwotnych, podstawowych objawów schizofrenii: ambi, autyzm, afekt tępy, zaburzona asocjacja. Ambi polega na współistnieniu sprzecznych uczuć, sądów, dążeń oraz trudności w rozumieniu przeżyć emocjonal-

## Adres do korespondencji:

Renata Łukasik  
Akademia Techniczno-Humanistyczna  
ul. Willowa 2, 43–309 Bielsko-Biała  
e-mail: rlukasik@ath.bielsko.pl

nych, niezgodność treści wypowiedzi z ekspresją ciała. Autyzm przejawia się myśleniem dereistycznym, z dala od rzeczywistości, oderwaniem od świata rzeczywistego, zamknięciem w sobie, skupieniem na życiu wewnętrznym. Natomiast afekt tępy to sztywność emocjonalna, brak modulacji afektu w zależności od kontekstu sytuacyjnego i komunikacyjnego. Zaburzoną asocjację zwiastuje brak logicznego związku między wypowiedziami z zachowaniem pełni sprawności umysłowej [3].

Ryzyko zachorowania na schizofrenię obecnie ocenia się na 1%. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na wzrost zachorowalności na schizofrenię. Przyjmuje się, że liczba chorych na świecie sięga ponad 21 milionów, według danych Fundacji Pro Domo szacuje się, że choroba ta występuje już u ponad 2% populacji Polaków [4]. Jest często rozpoznawana u osób młodych, co oznacza, że chorzy wymagają długotrwałego leczenia, wsparcia społecznego i nierzadko świadczeń związanych z niepełnosprawnością, nierzadko spotykają się z uprzedzeniami społecznymi, napiętnowaniem i nierównym traktowaniem [5]. Na powstanie schizofrenii mają wpływ czynniki: organiczne (występujące zmiany strukturalne w obrębie mózgu), genetyczne (bliskie pokrewieństwo z osobą chorą), infekcyjne (wirusowa teoria zachorowań na schizofrenię) oraz biochemiczne (teoria dopaminowa) [2]. Najbardziej istotne dla rozwoju badań nad genezą schizofrenii stały się w ostatnich latach teoria neurorozwojowa oraz istota układu glutaminergicznego.

Ponieważ kwas glutaminowy jest głównym neuroprzekaznikiem pobudzającym ośrodkowy układ nerwowy (OUN), odgrywa kluczową rolę w dojrzewaniu neuronów [4]. Związana z funkcjonowaniem OUN teoria neurorozwojowa zakłada, że do zmian w prawidłowym funkcjonowaniu OUN dochodzi już w okresie prenatalnym. Zmiany te polegają przede wszystkim na nieprawidłowym rozwoju mózgu, zmianach w obrębie struktury hipokampa, powstawaniu wielu nadmiernych połączeń międzyneuralnych, które w wieku dojrzewania ulegają likwidacji [2]. Bez względu na przyjętą przez badaczy teorię uznaje się, że jest to choroba neurorozwojowo-neurodegeneracyjna. Prowadzi do głębokich zaburzeń funkcji poznawczych, czyli czynności psychicznych, które są człowiekowi potrzebne do uzyskania orientacji w otoczeniu społecznym [6].

Celem badań było poznanie stanu wiedzy pacjentów na temat schizofrenii, skutków niestosowania się do zaleceń lekarskich, objawów zwiastujących nawrót choroby. Praca miała na celu również uzyskanie odpowiedzi na pytania: czy pacjenci akceptują chorobę, czy stosują się do zaleceń lekarskich, czy u pacjentów leczonych z powodu schizofrenii występują nawroty choroby oraz jakie działania podejmuje pacjent celem uniknięcia na-

wrotu choroby, czy pacjenci znają niepożądane objawy zażywanych przez siebie leków, w jaki sposób pacjenci pogłębiają swoją wiedzę na temat choroby?

### **Materiał i metody**

Badania przeprowadzone zostały w lipcu i sierpniu 2018 roku w Poradni Zdrowia Psychicznego w Bielsku-Białej. Wzięło w nich udział 69 chorych na schizofrenię, wykorzystano do badań autorski kwestionariusz ankiety. Wszyscy pacjenci z badanej grupy byli w chwili badań pod kontrolą Poradni Zdrowia Psychicznego.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Dyrekcji Poradni Zdrowia Psychicznego w Bielsku-Białej. Badanie wiązało się z jednokrotnym wypełnieniem ankiety przez respondentów w trakcie leczenia. Pacjenci wyrazili zgodę na wypełnienie ankiety. Wypełnianie ankiet odbywało się samodzielnie lub w razie konieczności z pomocą osoby przeprowadzającej badanie. Ankieta zastosowana w niniejszych badaniach była dobrowolna i anonimowa. Kwestionariusz ankiety zawierał 30 pytań zamkniętych o możliwości wskazania jednej lub kilku odpowiedzi. Pierwsza część kwestionariusza składała się z metryki — ogólnych danych pacjentów, które dostarczają wiedzy na temat specyfiki i sytuacji osobistej oraz zdrowotnej ankietowanych. W drugiej części kwestionariusza zawarto pytania związane z obrazem klinicznym choroby, wiedzą pacjenta na temat leczenia, działań niepożądanych stosowanych leków, objawów zwiastujących nawrót choroby. Pytano między innymi o akceptację choroby, stosowanie się do zaleceń lekarskich, znajomość objawów niepożądanych stosowanych leków, liczbę przebytych hospitalizacji, metod zapobiegania rozwojowi i nawrotom choroby.

Udzielając odpowiedzi na pytania o czynniki wpływające pozytywnie i negatywnie na leczenie, korzyści wynikające ze stosowanej farmakoterapii, działania niepożądane leków, czynniki wywołujące nawrót choroby, objawy zwiastujące nawrót, działania podejmowane w razie pogorszenia stanu zdrowia, źródeł wiedzy na temat choroby, pacjent mógł zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Do opracowania uzyskanych danych z ankiet stworzono arkusz kalkulacyjny w programie Microsoft Office Excel 2010.

### **Wyniki**

W badaniu kwestionariuszem ankiety udział wzięło 69 osób, w tym 32 kobiety i 37 mężczyzn. Badanych podzielono na cztery grupy wiekowe. Grupa pierwsza, w skład weszły osoby do 30 roku życia stanowiła 13 osób czyli 19% ogółu badanych. Grupa druga to osoby w przedziale wiekowym 31–40 lat objęła 11 osób, czyli 16% ogółu ankietowanych. Grupa trzecia — osoby w wieku 41–50 lat to 13 osób stanowiących 19% respondentów.













osób chorujących na schizofrenię ma decydujące znaczenie w akceptacji choroby przez pacjenta, natomiast brak akceptacji choroby oraz nieumiejętność zmiany dotychczasowego trybu życia mają niewątpliwą wpływ na występowanie u chorych licznych hospitalizacji [13, 14]. W badaniach własnych akceptację choroby deklarowała ponad połowa respondentów (43 osoby), 15 osób nie miało zdania na ten temat, a 11 osób nie akceptowało swojej choroby.

Badura i wsp. [14] w swoich badaniach stwierdzają, że wcześniejszy początek zachorowania niesie większe nasilenie objawów, gorszy przebieg choroby, większą liczbę hospitalizacji. Podobnie Ostrzyżek i Marcinkowski [15] wykazali negatywny wpływ czasu trwania choroby na liczbę hospitalizacji oraz fizyczny poziom jakości życia chorego. W badaniach własnych wykazano powiązanie między liczbą przebytych hospitalizacji a wiekiem chorego. Im starszy był pacjent, tym większą deklarował liczbę przebytych hospitalizacji (wiek powyżej 50 lat — 14 hospitalizacji). Największa liczba ankietowanych 17% przebywała w szpitalu dwukrotnie.

Niestosowanie się do zaleceń lekarskich w zakresie przyjmowania leków jest określane jako najistotniejszy problem i trudność w zakresie podejmowanej terapii [16]. Pawełczak [17] podaje, że odmowa przyjmowania leków przez pacjenta oraz brak stosowania się do zaleceń lekarskich jest przyczyną ponad połowy ponownych hospitalizacji [17]. Chądzyńska i wsp. [18] zbadali, że współpracę z lekarzem w leczeniu podejmuje około 52% osób chorujących na schizofrenię. W opinii lekarzy pacjenci częściej przerywają leczenie na podstawie własnej decyzji niż przez zapomnienie o konieczności przyjęcia leków. Większość ankietowanych, aż 80% w badaniu własnym, deklarowało, że ściśle przestrzegało zaleceń lekarskich, 82% ankietowanych to osoby, które stosowały się do zaleceń samodzielnie, dobrowolnie i regularnie przyjmowały leki. Osoby, które nie były przekonane do systematycznej farmakoterapii, wymagały przypomnienia (6%) bądź kontroli w przyjmowaniu leków (11%).

Murawiec [19] podaje, że celem leczenia jest umożliwienie jak najlepszego funkcjonowania chorego w jego najbliższym otoczeniu, nie tylko niwelowanie objawów choroby. Regularna farmakoterapia pozwala na osiągnięcie harmonii i przywraca równowagę organizmowi chorego [19]. W badaniach własnych zdecydowana większość chorych (94%) obserwowwała widoczne korzyści z regularnej farmakoterapii. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni wskazywali: uspokojenie, poprawę jakości snu i ogólnego samopoczucia, 32% ankietowanych odpowiedziało również, że regularna farmakoterapia pomaga zapobiegać ponownej hospitalizacji. Chądzyńska i wsp. [18] wskazują, że pogorszenie stanu zdrowia oraz

częstsze remisje i hospitalizacje to konsekwencja braku współpracy z lekarzem i niestosowania się do ich zaleceń. Patejuk-Mazurek [20] zwraca uwagę, że na wzrost odsetka osób świadomych tego, że schizofrenia jest chorobą przewlekłą i nawracającą, wpływ na samoświadomość chorego na temat choroby mają rozmowy edukacyjne. W badaniach własnych jako najczęstsze czynniki zwiększające ryzyko nawrotu choroby ankietowani wymieniali: zaprzestanie farmakoterapii (71%), problemy rodzinne (51%), stres (45%). W badaniach własnych ankietowani pacjenci wykazywali wysoką znajomość objawów zwiastujących nawrót choroby. Jako najczęściej występujące wskazali: niepokój i lęk (22%), zaburzenia snu (14%), podejrzliwość (9%).

Jak podaje Pawełczak [17], działanie niepożądane przyjmowanych leków stanowi najczęstszą przyczynę rezygnacji z leczenia i niechęci do dalszego leczenia. Wyniki badań przeprowadzonych przez Frieman oraz Wciórkę [21] wykazały, że w przybliżeniu aż połowa pacjentów odczuwa wyraźnie (umiarkowane lub silne) niepożądane działania leków, autorzy wykazali również, że przerwanie terapii następuje w przypadku, gdy działania niepożądane stosowanych leków przysłaniają korzyści płynące z konsekwentnie stosowanej farmakoterapii. W badaniach własnych, analizując czynniki skłaniające do rezygnacji z leczenia, oprócz tych związanych z organizacją leczenia i opieki nad chorymi (utrudniony dostęp do lekarza, wysokie koszty leczenia) najwięcej, bo aż 54% wskazań uzyskała odpowiedź: działania niepożądane leków. Ponad połowa ankietowanych osób przynajmniej raz odczuła niepożądane skutki terapii. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni deklarowali wysoki poziom znajomości objawów niepożądanych stosowanych przez siebie leków, a jako najczęściej występujące wymieniali: przyrost masy ciała 41%, senność 32%, spowolnienie ruchowe 30%.

Schizofrenia jest chorobą przewlekłą, istotnie wpływającą na życie chorych i ich rodzin. Pogorszenie stanu zdrowia najczęściej następuje w wyniku stresu związanego z przymusowym i częstym korzystaniem z pomocy ochrony zdrowia, licznych zwolnień lekarskich, rezygnacji z dotychczasowych aktywności [9]. Wyniki badań własnych wykazały, że 61% respondentów zgłasza się do specjalisty w przypadku pogorszenia stanu zdrowia, a 10% ankietowanych jest bezkrytyczna i nie odczuwa pogorszenia stanu zdrowia. Bez względu na wiek najczęściej wybierana była odpowiedź: „zgłaszam się na wizytę do specjalisty” (54%), „zażywam leki” (81%). Badani do 30. roku życia, chorujący krótko, żeby uniknąć pogorszenia stanu zdrowia, najczęściej wybierali odpowiedź „unikam stresu” (10%), „dbam o sen” (9%), „staram się utrzymywać pozytywne relacje z bliskimi”

(6%), „korzystam z porad psychologa” (22). W opinii psychiatrów większość chorych na schizofrenię, zwłaszcza tych z długą historią choroby, wymaga stałej edukacji, szczególnie w zakresie rozpoznawania objawów nawrotu choroby [22].

Chądzyńska i wsp. [23] zwracają uwagę na fakt, że psychoterapia jest najskuteczniejszą metodą uzyskania wiedzy o chorobie i stworzenia indywidualnego programu psychoedukacyjnego. Pużyński i wsp. [5] podają, że w procesie leczenia schizofrenii najistotniejszą rolę odgrywa personel medyczny. Lekarz, pielęgniarka, pielęgniarz stają się partnerami w leczeniu pacjenta. Z badań własnych wynika, że najczęściej wybieranym i wskazywanym źródłem wiedzy na temat choroby była dla ankietowanych wiedza posiadana przez personel medyczny, bez względu na płeć chorego.

#### Wnioski:

- Większość ankietowanych osób akceptowało swoją chorobę oraz deklarowało stosowanie się do zaleceń

lekarskich, mimo to u dużej grupy pacjentów wystąpił nawrót choroby.

- Pacjenci znają działania niepożądane leczenia farmakologicznego, a jako najczęstsze objawy wymieniali: senność, przyrost masy ciała, spowolnienie ruchowe. Objawy te były częstą przyczyną rezygnacji z terapii.
- Większość badanych przyznała, iż regularna farmakoterapia zapobiega nawrotom choroby:
  - objawami nawrotu choroby wskazywanymi przez ankietowanych były: niepokój i lęk, zaburzenia snu, podejrzliwość, trudności w koncentracji;
  - najczęściej wymienianymi czynnikami sprzyjającymi nawrotom choroby były: zaprzestanie przyjmowania leków, problemy rodzinne, stres.
- Pacjenci poszerzali swoją wiedzę głównie przez kontakt z personelem medycznym.
- Systematyczna farmakoterapia, wizyty u specjalisty, dbałość o sen i wypoczynek to najczęstsze działania, jakie respondenci wskazywali w zapobieganiu nawrotom choroby.

#### Streszczenie

**Wstęp:** Schizofrenia jest jednym z najpoważniejszych zaburzeń psychicznych. Charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem, zróżnicowanym obrazem klinicznym, często prowadzi do niesprawności. Może przebiegać w różny sposób i z różnym nasileniem, a pojawiające się objawy stanowią przełom w życiu i funkcjonowaniu pacjenta i jego rodziny. Dlatego tak ważne jest szybkie rozpoznanie objawów i podjęcie działań terapeutycznych. Nawrót choroby nie pojawia się nagle. Zazwyczaj poprzedza go czas różnych zmian w zachowaniu i odczuciach chorego. Zmiany te nazywamy objawami zwiastującymi nawrót choroby.

Celem pracy było poznanie stanu wiedzy pacjentów na temat schizofrenii, skutków niestosowania się do zaleceń lekarskich, objawów zwiastujących nawrót choroby.

**Materiał i metody:** Grupę badawczą stanowiło 69 pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego w Bielsku-Białej. Na potrzeby niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a w niej autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał 30 pytań zamkniętych o możliwości udzielenia jednej lub kilku odpowiedzi.

**Wyniki i wnioski:** W przeprowadzonych badaniach uzyskano wyniki wskazujące na wysoki poziom wiedzy przebadanych pacjentów na temat schizofrenii, jej objawów, objawów zwiastujących jej nawrót oraz sposobów leczenia. Ankietowani wyrazili przede wszystkim świadomość, że stosowanie się do zaleceń lekarskich może znacznie obniżyć ryzyko wystąpienia nawrotu choroby. Wymieniono najważniejsze kwestie związane z akceptacją choroby, stopniem świadomości pacjentów na jej temat oraz systematyczności stosowania się do zaleceń personelu medycznego. U większości z respondentów wystąpił nawrót choroby, mimo deklarowanej wiedzy na temat metod zapobiegania nawrotom. Działania uboczne stosowanych leków były częstą przyczyną rezygnacji z leczenia. Pacjenci jako główne źródło poszerzania swojej wiedzy wskazali kontakt z personelem medycznym.

**Psychiatria 2020; 17, 4: 186–195**

**Słowa kluczowe:** farmakoterapia, nawrót choroby, objawy zwiastujące, schizofrenia

**Piśmiennictwo:**

- Górna K, Jaracz K, Rybakowski J. Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne. In: Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 193–205.
- Jarema M. Schizofrenia. In: Jarema M, Rabe-Jabłońska J. ed. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 123–145.
- Hadryś T. Zaburzenia psychotyczne. In: Hadryś T. ed. Psychiatria. Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich, Wrocław 2016: 147–153.
- Schizofrenia w liczbach. <http://fundacjaiprodomo.org.pl/schizofrenia-w-liczbach/> (20.12.2018).
- Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. Psychiatria. Psychiatria kliniczna. tom 2. Edra Urban&Partner, Wrocław 2015: 170–194.
- Mosiółek A. Schizofrenia jako choroba funkcjonowania poznawczego. Psychiatria. 2015; 12(3): 129–140.
- Wójciak P, Domowicz K, Rybakowski J. The negative symptoms of schizophrenia primary and secondary, deficit syndrome, persistent negative symptoms. Neuropsychiatry i Neuropsychologia. 2017; 12(3): 108–117, doi: [10.5114/nan.2017.71668](https://doi.org/10.5114/nan.2017.71668).
- Cechnicki A, Bielańska A. The influence of early psychosocial intervention on the long-term clinical outcomes of people suffering from schizophrenia. Psychiatr Pol. 2017; 51(1): 45–61, doi: [10.12740/PP/61903](https://doi.org/10.12740/PP/61903), indexed in Pubmed: [28455894](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28455894/).
- Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T. Schizofrenia. Perspektywa społeczna. Sytuacja w Polsce. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Warszawa 2012; 4–42.
- Rabe-Jabłońska J. Od prodromu do stanu ryzyka rozwoju psychozy. In: Rabe-Jabłońska J, Kotlicka-Antczak M. ed. Ryzykowny stan psychiczny. Czy można zapobiegać schizofrenii. Termedia, Poznań 2012: 19–35.
- Banaszczyk M. Pedagogika wobec schizofrenii. Kultura i wychowanie, Półrocznik pedagogiczny. 2018; 14(2): 73–89.
- Styla R. Specyfika psychoterapii psychodynamicznej skierowanej do osób z rozpoznaniem schizofrenii. Badanie jakościowe oparte na wywiadach z terapeutami. Psychiatria. 2015; 12(3): 142–149.
- Mętel D, Kalisz A, Arciszewska A, et al. Związek postawy rodziny z płcią, nasileniem objawów i funkcjonowaniem społecznym osób chorujących na schizofrenię przez 20 lat. Badanie prospektywne. Adv Psychiatry Neurol. 2018; 27(4): 289–309.
- Badura-Brzoza K, Piegza M, Błachut M, et al. Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią. Psychiatr Pol. 2012; 46(6): 975–984.
- Ostrzyżek A, Marcinkowski J. Jakość życia a doświadczenie w schizofrenii. Hyg Pub Health. 2014; 49(4): 679–684.
- Rabe-Jabłońska J. Stan prepsychotyczny i wczesna interwencja farmakologiczna. In: Rabe-Jabłońska J. ed. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 547–557.
- Pawelczak P, Karakuła-Juchnowicz H, Łukasik P. Poziom współpracy pacjentów chorych na schizofrenię w zakresie przyjmowania leków a ryzyko nawrotu psychozy. Current Problems of Psychiatry. 2014; 15(1): 32–40.
- Chądzyńska M, Meder J, Tyszkowska M. Współpraca w leczeniu schizofrenii — wyniki projektu ADHES (pogłębiona analiza). Psychiatr Pol. 2008; XLII(4): 561–570.
- Murawiec S. Kiedy korzyści z leczenia mogą być jeszcze większe? Schizofrenia poradnik. <https://www.lundbeck.com/upload/pl/files/pdf/Poradniki/Kiedy%20korzy%C5%9Bci%20mog%C4%85%20by%C4%87%20wi%C4%99ksze.pdf> (22.03.2019).
- Patejuk-Mazurek I. Raport z programu edukacyjnego dla pacjentów chorych na schizofrenię, leczonych olanzapiną. Schizofrenia — co poza leczeniem farmakologicznym? Psychiatria. 2015; 13(3): 166–168.
- Friemann K., Wciórka J. Cztery miary przestrzegania zaleceń u chorych po przebytych epizodzie psychotycznym — porównanie. Psychiatr Pol. 2013; 47(5): 759–773.
- Novick D, Haro J, Suarez D, et al. Recovery in the outpatient setting: 36-month results from the Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) study. Schizophrenia Research. 2009; 108(1-3): 223–230, doi: [10.1016/j.schres.2008.11.007](https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.11.007).
- Chądzyńska M, Meder J, Charzyńska K, et al. Psychoedukacja dla osób chorujących na schizofrenię — wstępna analiza sposobów prowadzenia zajęć. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2011; 20(3): 201–206.

Joanna Smolarczyk-Kosowska<sup>1</sup>, Andżelina Ngo<sup>2</sup>, Sabina Ryl<sup>2</sup>, Magdalena Piegza<sup>1</sup>, Robert Pudło<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe Katedry i Oddziału Klinicznego Psychiatrii w Tarnowskich Górach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

## Wpływ aktywności fizycznej na jakość życia seksualnego — badanie pilotażowe

*Influence of physical activity level on quality of sex life: a pilot study*

### Abstract

**Introduction:** We decided to run a research on how level of physical activity affects the quality of sex life.

**Material and methods:** The form consisted of original demographic questionnaire, short form of International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-SF) to assess physical activity level, Female Sexual Function Index (FSFI) and International Index of Erectile Function (IIEF) for rating satisfaction of sexual life, adequately for women and men. For statistical analysis we used program "Statistica 13.3".

**Results:** We received answers from 255 women and 138 men. Among respondents 27 (10.59%) women had insufficient, 137 (53.72%) sufficient and 91 (35.69%) high level of physical activity and among men 22 (15.94%) presented insufficient, 53 (38.41%) sufficient and 63 (45.65%) high level of physical activity. Sexual dysfunction has been noted by 69 women (27.06%). Among men 26 (18.84%) manifested erectile dysfunction. The results of presented research showed no statistically significant relation between level of physical activity and sex life satisfaction ( $p > 0.05$ ).

**Conclusions:** Physical Activity do not impact on sex life satisfaction among young people.

The presence of a permanent sexual partner reduces the risk of female sexual dysfunction.

*Psychiatry 2020; 17, 4: 196–203*

**Key words:** physical activity, sexual satisfaction, IPAQ-SF, FSFI, IIEF

### Wstęp

Aktywność fizyczna jest kluczowym elementem utrzymania zdrowego stylu życia. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, aby dorośli w wieku 18–64 lat wykonywali ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150 minut na tydzień lub ćwiczenia aerobowe o dużej intensywności przez 75 minut na tydzień, lub równoważne połączenie tych dwóch rodzajów ćwiczeń. Kobiety w ciąży lub po porodzie oraz pacjenci po incydentach sercowo-naczyniowych powinni skonsultować

z lekarzem, jakie ćwiczenia są dla nich odpowiednie i bezpieczne. Dla wszystkich innych istnieje wiele sposobów na zgromadzenie tych 150 minut w trakcie codziennych aktywności [1].

Odpowiedni poziom aktywności fizycznej obniża ryzyko przedwczesnej śmierci. Istnieje liniowy związek między, nawet nieznacznie zwiększoną, sprawnością fizyczną a lepszym stanem zdrowia. Aktywność fizyczna jako jeden z modyfikowalnych czynników może obniżyć ryzyko wystąpienia licznych chorób między innymi choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, zespołu metabolicznego, udaru mózgu, cukrzycy typu 2, osteoporozy, raka piersi i jelita grubego a także depresji [2]. Wszystkie wyżej wymienione choroby mogą prowadzić do znacznego upośledzenia życia seksualnego skutku-

### Adres do korespondencji:

lek. Joanna Smolarczyk-Kosowska  
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii SUM  
ul. Pyskowicka 49, 42–612 Tarnowskie Góry  
tel./faks: 32 285 43 58  
e-mail: joanna.smolarczyk@med.sum.edu.pl

jącego pojawieniem się dysfunkcji. Dysfunkcje seksualne to klinicznie istotne zaburzenia zdolności do odpowiedzi seksualnej lub do odczuwania przyjemności seksualnej. To niejednorodna grupa zaburzeń, w etiologii której zróżnicowaną rolę odgrywa wiele czynników. Najważniejsze z nich dotyczą jakości relacji, indywidualnych uwarunkowań zdrowotnych własnych i partnera, przekonań na temat seksualności, czynników kulturowych i religijnych [3]. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, na jakość aktywności seksualnej może wpływać również wizerunek ciała [4]. Wysoki wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) może prowadzić do unikania sytuacji intymnych, ale według Weavera i Byersa (2006) jeszcze ważniejsze w przewidywaniu funkcjonowania seksualnego może być subiektywne postrzeganie własnego ciała [4–6].

Satysfakcja seksualna jest uznawana za klucz do szczęśliwego życia. Jej definicja jest wielowymiarowa, ale najważniejszym aspektem pozostaje nadal odczuwanie wzajemnej przyjemności [7]. Na utrzymanie prawidłowego funkcjonowania seksualnego wpływa wiele czynników. Jednym z ważniejszych wydaje się aktywność fizyczna, której prozdrowotnego efektu na seksualność trudno przecenić. Dlatego autorzy niniejszej pracy postanowili zbadać wpływ poziomu aktywności fizycznej na satysfakcję z życia seksualnego.

Celem pracy była weryfikacja hipotezy, że poziom aktywności fizycznej ma bezpośredni wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia dysfunkcji seksualnych oraz na zadowolenie z życia seksualnego.

### Material i metody

Skonstruowano internetowy kwestionariusz na platformie Google Forms. Do oceny poziomu aktywności fizycznej użyto skróconej wersji Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ-SF, *International Physical Activity Questionnaire Short Form*), natomiast do oceny satysfakcji z życia seksualnego Indeksu Funkcji Seksualnych Kobiet (FSFI, *Female Sexual Function Index*) i Międzynarodowego Indeksu Funkcji Seksualnych Mężczyzn (IIEF, *International Index of Erectile Function*). Do zgromadzenia danych socjodemograficznych i wywiadu seksuologicznego posłużył autorski kwestionariusz, który zawierał między innymi pytania o płeć, wiek, zawód, kierunek i rok studiów, poziom wykształcenia, stan cywilny, orientację seksualną i wiek inicjacji, liczbę partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku, używki, prokreację. Zaproszenie do badania przesłano drogą mailową oraz za pośrednictwem mediów społecznościowych. Zostało umieszczone na grupach zrzeszających studentów i absolwentów polskich uczelni oraz hobbystów różnych dziedzin (m.in. sportu, motoryzacji, kosmetologii). Dane zbierano przez okres 2 tygodni. W badaniu wzięło udział 255 kobiet i 138 mężczyzn.

*International Physical Activity Questionnaire Short Form* to skrócona wersja Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej, składająca się z 7 pytań dotyczących rodzaju aktywności fizycznej podejmowanej przez 7 dni poprzedzających badanie oraz ilości czasu, jakie przeznaczono na te aktywności. Skala IPAQ-SF opisuje aktywność fizyczną w jednostkach wydatku energetycznego MET min./tydzień. *Metabolic equivalent of task* (MET) to równoważnik metaboliczny, który odpowiada zużyciu tlenu w czasie przemiany spoczynkowej: 1 MET jest równy 3,5 ml tlenu/kg masy ciała/min [8].

*Female Sexual Function Index* to międzynarodowy kwestionariusz umożliwiający ocenę funkcji seksualnych kobiet. Składa się z 19 pytań, z których 2 dotyczą pożądania, 4 podniecenia, 4 lubrykacji, 3 osiągnięcia orgazmu, 3 satysfakcji seksualnej oraz 3 występowania dolegliwości bólowych podczas stosunku. Możliwy do uzyskania zakres punktowy to 2–36 pkt. Dysfunkcję seksualną rozpoznaje się, gdy całkowity wynik jest mniejszy bądź równy 26 [9, 10].

*International Index of Erectile Function* służy do oceny funkcji seksualnych u mężczyzn. Zawiera 15 pytań dotyczących: erekcji (6 pytań), osiągnięcia orgazmu (2 pytania), pożądania seksualnego (2 pytania), satysfakcji z życia seksualnego (3 pytania) oraz ogólnej satysfakcji seksualnej (2 pytania). Zakres możliwej do uzyskania punktacji w obszarze poszczególnych domen wynosi odpowiednio: 1–30 pkt., 0–10 pkt., 2–10 pkt., 0–15 pkt., 2–10 pkt. Znamienne klinicznie dysfunkcję erekcji rozpoznaje się, gdy uzyskana wartość punktowa jest mniejsza bądź równa 25 [10, 11].

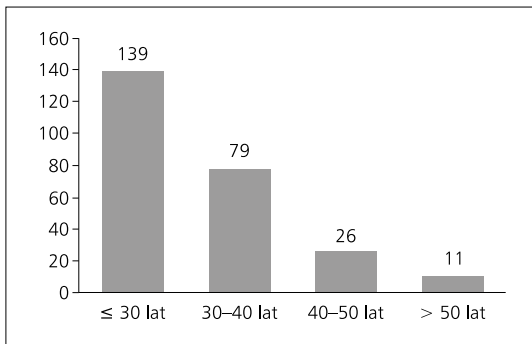
W analizie statystycznej wyników wykorzystano program Statistica 13.3., którego licencję posiada Śląski Uniwersytet Medyczny. Do porównywania grup użyto testu chi kwadrat. Znamienność statystyczną określono na poziomie istotności  $p < 0,05$ .

Komisja Bioetyczna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach uznała, że badanie nie jest eksperymentem medycznym i jego przeprowadzenie nie wymaga zgody Komisji.

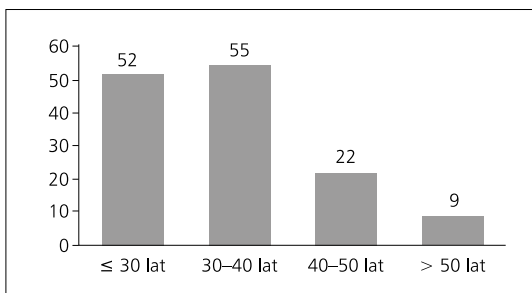
### Wyniki

W badaniu wzięło udział 255 kobiet (64,89%) oraz 138 mężczyzn (35,11%). Najmłodsza badana osoba miała 18 lat, a najstarsza 60 lat w grupie kobiet oraz odpowiednio 18 i 59 lat

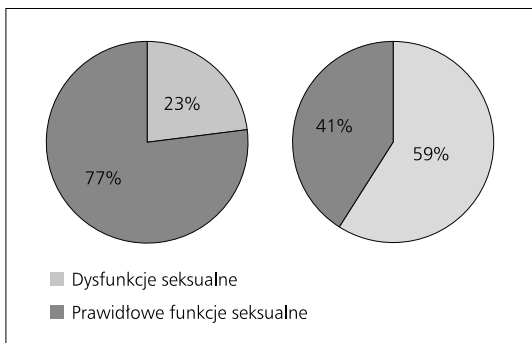
w grupie mężczyzn. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby do 30. roku życia w przypadku kobiet (54,50%) oraz osoby w przedziale wiekowym 31–40 lat w przypadku mężczyzn (39,85%). Rozkład wieku osób badanych zilustrowano na rycinach 1 i 2. Dominującą grupą zawodową byli studenci (89 osób — 22,65%). Wykształcenie średnie miało 138 osób (35,11%), 255 — wyższe



Rycina 1. Wiek badanych kobiet  
Figure 1. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx



Rycina 2. Wiek badanych mężczyzn  
Figure 2. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx



Rycina 3. Występowanie dysfunkcji seksualnych u kobiet posiadających i nieposiadających stałego partnera  
Figure 3. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

(64,89%). Orientację heteroseksualną zadeklarowało 345 respondentów (87,79%). Większość badanych była w związku nieformalnym (40,97%) lub małżeńskim (39,19%) i miała stałego partnera seksualnego (346 odpowiedzi — 88,04%). Prawie 3/4 osób deklarujących stałego partnera — tj. 293 (74,55%) nie zmieniało go w ciągu ostatniego roku. Wśród ankietowanych 285 osób twierdziło, że nie pali papierosów (72,52%). Dokładne dane socjodemograficzne zamieszczono w tabeli 1. Średnia wartość uzyskanych punktów w skali

Tabela 1. Dane socjodemograficzne

Table 1. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

	n (%)
<b>Wiek</b>	
≤ 30	190 (48,34)
30–40	135 (34,35)
40–50	49 (12,47)
≥ 50	19 (4,83)
<b>Płeć</b>	
Kobiety	255 (64,89)
Mężczyźni	138 (35,11)
<b>Wykształcenie</b>	
Średnie	138 (35,11)
Wyższe	255 (64,89)
<b>Stan cywilny:</b>	
Singiel	57 (14,50)
W związku nieformalnym	161 (40,97)
W związku małżeńskim	154 (39,19)
Wdowa/wdowiec	3 (0,76)
Po rozwodzie	18 (4,58)
<b>Orientacja seksualna:</b>	
Aseksualna	2 (0,5)
Autoseksualna	1 (0,25)
Biseksualna	29 (7,38)
Heteroseksualna	345 (87,79)
Homoseksualna	16 (4,07)
<b>Posiadanie stałego partnera seksualnego:</b>	
Tak	346 (88,04)
Nie	47 (11,96)
<b>Liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku:</b>	
0	14 (3,56)
1	293 (74,55)
2	35 (8,91)
3	18 (4,58)
4	9 (2,29)
5	8 (2,04)
> 5	16 (4,07)
<b>Palenie papierosów:</b>	
Tak	108 (27,48)
Nie	285 (72,52)









lone ze swojego życia seksualnego niż osoby posiadające więcej niż jednego partnera lub deklarujące jego brak [33]. Stabilna relacja partnerska wydaje się być więc jednym z istotnych czynników, wpływających na satysfakcję z życia seksualnego. Nie wolno jednak zapominać o możliwości alternatywnej interpretacji tego wyniku — być może kobiety z prawidłowymi funkcjami seksualnymi są bardziej skłonne do tworzenia stałych związków. Analiza tej zależności przekracza ramy

przedstawionej powyżej pracy, ale może być inspiracją dla dalszych badań.

### Wnioski

1. Wśród ludzi w młodym wieku poziom aktywności fizycznej nie ma istotnego wpływu na jakość życia seksualnego.
2. U kobiet, obecność stałego partnera seksualnego jest związana z mniejszą częstością dysfunkcji seksualnych.

### Streszczenie

**Wstęp:** Celem badania była analiza wpływu aktywności fizycznej na jakość życia seksualnego.

**Materiał i metody:** Przeprowadzono internetowe badanie ankietowe składające się z autorskiego kwestionariusza demograficznego, wersji skróconej Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ-SF) do oceny poziomu aktywności fizycznej oraz Indeksu Funkcji Seksualnych Kobiet (FSFI) i Międzynarodowego Indeksu Funkcji Seksualnych Mężczyzn (IIEF) do oceny satysfakcji z życia seksualnego odpowiednio dla kobiet i mężczyzn. Do analizy statystycznej wyników użyto programu Statistica 13.3.

**Wyniki:** Uzyskano odpowiedzi od 255 kobiet i 138 mężczyzn. Wśród badanych 27 (10,59%) kobiet posiadało niewystarczający, 137 (53,72%) wystarczający oraz 91 (35,69%) wysoki poziom aktywności fizycznej, a wśród mężczyzn 22 (15,94%) prezentowało niewystarczający, 53 (38,41%) wystarczający oraz 63 (45,65%) wysoki poziom aktywności fizycznej. Dysfunkcje seksualne odnotowano u 69 kobiet (27,06%). Wśród mężczyzn 26 (18,84%) wykazywało zaburzenia erekcji. W badaniu nie wykazano istotnego statystycznie związku pomiędzy poziomem aktywności fizycznej a satysfakcją z życia płciowego ( $p > 0,05$ ).

**Wnioski:** Aktywność fizyczna nie wpływa na satysfakcję z życia seksualnego wśród młodych osób. Obecność stałego partnera seksualnego zmniejsza ryzyko wystąpienia dysfunkcji seksualnych u kobiet.

*Psychiatria 2020; 17, 4: 196–203*

**Słowa kluczowe:** aktywność fizyczna, satysfakcja seksualna, IPAQ-SF, FSFI, IIEF

### Piśmiennictwo:

1. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health. [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_adults/en/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/).
2. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*. 2006; 174(6): 801–809, doi: [10.1503/cmaj.051351](https://doi.org/10.1503/cmaj.051351), indexed in Pubmed: [16534088](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16534088/).
3. Błażejewska A, Stusiński J, Nowakowski A, et al. Klasyfikacja DSM-V dla seksuologa. *Sexological review*. 2014; 38: 3–15.
4. Holt A, Lyness K. Body Image and sexual satisfaction. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2007; 6(3): 45–68, doi: [10.1300/j398v06n03\\_03](https://doi.org/10.1300/j398v06n03_03).
5. **Penhollow TM, Young MY. Predictors of sexual satisfaction: The role of body image and fitness. *Electron J Hum Sex (online)* 2008 October [Last Accessed 28.12.2019].**
6. Weaver A, Byers E. The Relationships Among Body Image, Body Mass Index, Exercise, and Sexual Functioning in Heterosexual Women. *Psychology of Women Quarterly*. 2016; 30(4): 333–339, doi: [10.1111/j.1471-6402.2006.00308.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2006.00308.x).
7. Pascoal PM, Narciso Ide SB, Pereira NM. What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definition. *The J of Sex Research*. 2014; 51: 22–30.
8. Ogonowska-Słodownik A. Porównanie wyników kwestionariusza IPAQ, skali Borga oraz aktywności fizycznej norweskich osób starszych. *Hygeia Public Health*. 2013; 48: 515–519.
9. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26(2): 191–208, doi: [10.1080/009262300278597](https://doi.org/10.1080/009262300278597), indexed in Pubmed: [10782451](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10782451/).
10. Droszdzol A. Skale oceny jakości życia. In: Lew Starowicz Z, Skrzypluc-Plinta V. ed. *Podstawy seksuologii*. Warszawa 2010: 363–370.
11. Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997; 49(6): 822–830, doi: [10.1016/s0090-4295\(97\)00238-0](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(97)00238-0), indexed in Pubmed: [9187685](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9187685/).
12. Zhong S, Pinto JM, Wroblewski KE, et al. Sensory Dysfunction and Sexuality in the U.S. Population of Older Adults. *J Sex Med*. 2018; 15(4): 502–509, doi: [10.1016/j.jsxm.2018.01.021](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.021), indexed in Pubmed: [29501426](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29501426/).
13. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007; 357(8): 762–774, doi: [10.1056/NEJMoa067423](https://doi.org/10.1056/NEJMoa067423), indexed in Pubmed: [17715410](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17715410/).
14. Bach LE, Mortimer JA, VandeWeerd C, et al. The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. *J Sex Med*. 2013; 10(11): 2671–2678, doi: [10.1111/jsm.12308](https://doi.org/10.1111/jsm.12308), indexed in Pubmed: [23981252](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23981252/).
15. Laumann EO, Waite LJ. Sexual dysfunction among older adults: prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57–85 years of age. *J Sex Med*. 2008; 5(10): 2300–2311, doi: [10.1111/j.1743-6109.2008.00974.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00974.x), indexed in Pubmed: [18702640](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18702640/).
16. Yoldemir T, Garibova N, Atasayan K. Sexual function through decades: association with androgens and cardiometabolic features. *Climacteric*. 2020 [Epub ahead of print]: 1–7, doi: [10.1080/13697137.2020.1742683](https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1742683), indexed in Pubmed: [32292081](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32292081/).

17. Stec M, Stec M, Studzińska N. Menopauza a problemy seksualne kobiet. *Eur J Med Tech*. 2014; 1(2): 54–59.
18. Yoldemir T, Garibova N, Atasayan K. The association between sexual dysfunction and metabolic syndrome among Turkish postmenopausal women. *Climacteric*. 2019; 22(5): 472–477, doi: [10.1080/13697137.2019.1580256](https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1580256), indexed in Pubmed: [30889983](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30889983/).
19. Archer SL, Gragasin FS, Webster L, et al. Aetiology and management of male erectile dysfunction and female sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease. *Drugs Aging*. 2005; 22(10): 823–844, doi: [10.2165/00002512-200522100-00003](https://doi.org/10.2165/00002512-200522100-00003), indexed in Pubmed: [16245957](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16245957/).
20. Lew-Starowicz M, Długołęcka A. Wstyd, seks i medycyna. Przewodnik dla lekarzy. Leo Media, Warszawa 2014: 89–99.
21. Nascimento ER, Maia AC, Pereira V, et al. Sexual dysfunction and cardiovascular diseases: a systematic review of prevalence. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013; 68(11): 1462–1468, doi: [10.6061/clinics/2013\(11\)13](https://doi.org/10.6061/clinics/2013(11)13), indexed in Pubmed: [24270960](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24270960/).
22. Thakurta RG, Singh OmP, Bhattacharya A, et al. Nature of sexual dysfunctions in major depressive disorder and its impact on quality of life. *Indian J Psychol Med*. 2012; 34(4): 365–370, doi: [10.4103/0253-7176.108222](https://doi.org/10.4103/0253-7176.108222), indexed in Pubmed: [23723546](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23723546/).
23. Thakurdesai A, Sawant N. A prospective study on sexual dysfunctions in depressed males and the response to treatment. *Indian J Psychiatry*. 2018; 60(4): 472–477, doi: [10.4103/psychiatry.IndianJ-Psychiatry\\_386\\_17](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJ-Psychiatry_386_17), indexed in Pubmed: [30581213](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30581213/).
24. Deumic E, Butcher BD, Clayton AD, et al. Sexual Functioning in Adolescents With Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2016; 77(7): 957–962, doi: [10.4088/JCP.15m09840](https://doi.org/10.4088/JCP.15m09840), indexed in Pubmed: [27464316](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27464316/).
25. Rothmore J. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Med J Aust*. 2020; 212(7): 329–334, doi: [10.5694/mja2.50522](https://doi.org/10.5694/mja2.50522), indexed in Pubmed: [32172535](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32172535/).
26. Bossini L, Fortini V, Casolaro I, et al. Dysfunkcje seksualne, choroby psychiczne a jakość życia — praca przeglądowa [Sexual dysfunctions, psychiatric diseases and quality of life: a review]. *Psychiatr Pol*. 2014; 48(4): 715–726.
27. **Hirsch M, Birnbaum RJ. Sexual dysfunction caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): management [website]. UpToDate 2019.**
28. Roy P, Gupta B, Tripathi A, et al. Sexual functioning in females with depression in remission receiving escitalopram. *Indian J Med Res*. 2019; 150(6): 606–611, doi: [10.4103/ijmr.IJMR\\_1991\\_17](https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1991_17), indexed in Pubmed: [32048624](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32048624/).
29. Wang C, Chen P, Zhuang J. Validity and reliability of International Physical Activity Questionnaire-Short Form in Chinese youth. *Res Q Exerc Sport*. 2013; 84 Suppl 2: S80–S86, doi: [10.1080/02701367.2013.850991](https://doi.org/10.1080/02701367.2013.850991), indexed in Pubmed: [24527570](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24527570/).
30. Lee PH, Macfarlane DJ, Lam TH, et al. Validity of the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF): a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8: 115, doi: [10.1186/1479-5868-8-115](https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-115), indexed in Pubmed: [22018588](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22018588/).
31. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav*. 2003; 32(3): 193–208, doi: [10.1023/a:1023420431760](https://doi.org/10.1023/a:1023420431760), indexed in Pubmed: [12807292](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12807292/).
32. Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Sobański JA, et al. Seksualność studentów medycyny – rozwój i realizacja potrzeb seksualnych. *Psychiatr Pol*. 2012; 46: 35–49.
33. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. The University of Chicago Press, Chicago 1994.

Weronika Klon<sup>1</sup>, Katarzyna Waszyńska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psycholog, Szkoła Podstawowa nr 4 im. Jana Brzechwy w Swarzędzu

<sup>2</sup>Pracownia Promocji Zdrowia i Psychoterapii, Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

# Mindfulness w pracy profilaktycznej i terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą

*Mindfulness in preventing and therapeutic work with children and adolescents*

## Abstract

**Introduction:** *This paper appeals to contemporary trends in positive prevention and therapeutic practice in the context of mindfulness.*

**Material and methods:** *A description of the mindfulness impact on mental processes of children and youth as well as psychosocial functioning was made. Also there are references to the specific processes from the theoretical model which are activated in mindfulness meditation.*

**Results:** *In this part of the article are referred findings describing results of adopting mindfulness techniques in the work with children experiencing specific kinds of psychic disturbances along with the short description of the mechanism influencing the process of recovering.*

**Conclusions:** *This article puts together described findings with potential difficulties in applying of the method and situations which require special carefulness with using it.*

**Psychiatry 2020; 17, 4: 204–211**

**Key words:** *mindfulness, prevention, psychotherapy, psychopathology, children, adolescents*

## Wstęp

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) jednym z elementów zdrowia ogólnego jest zdrowie psychiczne. Oznacza ono nie tylko brak choroby lub zaburzenia ale obejmuje także taki poziom rozwoju posiadanego potencjału, który umożliwia zaspokajanie własnych potrzeb, czerpanie satysfakcji z życia, uczenie się, a także adaptacyjne radzenie sobie w sytuacjach trudnych oraz cieszenie się życiem społecznym. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży wiąże się z umiejętnością wyrażania emocji, posiadania pozytywnej i realistycznej samooceny oraz zdolnością do prawidłowego funkcjonowania w grupach społecznych, takich jak rodzina czy zespoły rówieśnicze. Obejmuje także umiejętność nawiązywania i podtrzymywania głębokich

i trwałych relacji z osobami najbliższymi [1]. W tym aspekcie widoczny jest wzajemny wpływ funkcjonowania społecznego i psychicznego. Z jednej strony duża część zaburzeń, w tym o charakterze rozwojowym, utrudnia nawiązywanie i podtrzymywanie satysfakcjonujących relacji społecznych, a z drugiej deprywacja potrzeb społecznych nasila często objawy psychopatologiczne, związane między innymi z zaburzeniami nastroju [2]. Taki rodzaj współoddziaływania wskazuje na potrzebę kompleksowego i holistycznego spojrzenia na tematykę zdrowia psychicznego dzieci.

Pojawiają się w związku z tym licznie doniesienia o znaczącej roli czynników chroniących w funkcjonowaniu dzieci i młodzieży, jako istotnym elementem oddziaływań prozdrowotnych [3, 4]. Podejście to opiera się na koncepcji *resilience*, a więc na budowaniu odporności psychicznej. Założenia łączą się z nurtem psychologii pozytywnej, psychologii społecznej i rozwojowej. Mogą być przydatne w przekształcaniu w „praktyce edukacyjnej” podejścia profilaktycznego skoncentrowanego

## Adres do korespondencji:

dr hab. Katarzyna Waszyńska

WSE UAM

Pracownia Promocji Zdrowia i Psychoterapii

tel.: 606 22 54 12

e-mail: katarzyna.waszyńska@amu.edu.pl

tylko na eliminowaniu zagrożeń na podejście nazywane profilaktyką pozytywną, w której zasadniczy akcent położony jest na wzmacnianie zasobów jednostki i potencjałów tkwiących w jej bliższym i dalszym otoczeniu (z jednoczesnym pamiętaniem o łagodzeniu czy niwelowaniu wpływu czynników ryzyka)” [5]. Koncepcja ta może być użyteczna zarówno w profilaktyce zachowań ryzykownych, jak i w oddziaływaniach terapeutyczno-resocjalizacyjnych [6].

Na rezyliencję składają się takie czynniki, jak wrodzone predyspozycje, między innymi zmienne temperamentalne, samoregulacja emocjonalna, samoocena, czynniki rodzinne i środowiskowe [7]. Obejmuje ona mechanizmy umożliwiające optymalny i harmonijny rozwój pomimo pojawiających się przeciwności. Taki rodzaj adaptacji jest czynnikiem przeciwdziałającym rozwojowi różnego rodzaju zaburzeń psychicznych i umożliwiającym utrzymanie zdrowia [8].

W obszarze zdrowia psychicznego mamy również do czynienia z wieloma nurtami i szkołami terapeutycznymi, których celem jest pomoc w rozwiązywaniu problemów i trudności w podejmowaniu zadań życiowych, radzeniu sobie z funkcjonowaniem emocjonalnym i społecznym. Takimi usystematyzowanych formami terapii są nurty mieszczące się w obrębie trzeciej fali terapii poznawczo-behavioralnych. Wiele z nich wśród swoich technik uwzględnia uważność. Można wyróżnić kilka usystematyzowanych dróg jej wykorzystywania: trening redukcji stresu oparty na uważności (MBSR, *mindfulness-based stress reduction*), terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT, *mindfulness-based cognitive therapy*), terapia akceptacji i zaangażowania (ACT, *acceptance and commitment therapy*).

### **Metoda — specyfika działania**

W psychologii pojęcie mindfulness pojawiło się w latach siedemdziesiątych dwudziestego wieku, a wprowadził je Jon Kabat-Zinn. W 1979 roku założył Centrum Uważności na Uniwersytecie Medycznym w Massachusetts [9]. Podejście uważności posiada jednak dużo starszą tradycję w nurtach buddyzmu, taoizmu, judaizmu, chrześcijaństwa i islamu [10]. Uważność sama w sobie wiąże się ze świadomością i procesami uwagi, a nie rozumowaniem [10]. Opiera się na obserwacji chwili obecnej, zamiast rozmyślenia o tym, co było lub ma nastąpić. Podstawowymi filarami uważności są, jak podaje Adamik [11], ciekawość, otwartość i brak oceniania. Jest to zauważanie i akceptacja bieżącego doświadczenia. Uważność stanowi okazję do tego, aby „nawiązać kontakt z samym sobą i docenić pełnię każdej chwili życia” [10]. Dzięki temu łatwiejsze staje się poznanie i zrozumienie siebie

oraz wejście w głębsze relacje z innymi ludźmi. Co jednak niezmiernie istotne, mindfulness to także okazja do tego, aby „celowo wpływać na własne zachowanie i zwiększać zakres reakcji na świat, w którym żyjemy” [10].

Wzbudzenie stanu uważności jest uwarunkowane kilkoma czynnikami. Oprócz predyspozycji osobowościowych i właściwości sytuacji, które słabiej podlegają oddziaływaniom treningu, należą do nich także rozwój funkcji uwagi oraz działanie centralnego systemu wykonawczego. Warunkują przebieg aktywowania stanu uważności i przebywania w nim, a równocześnie podczas jego trwania same podlegają rozwojowi [12]. Jest to niezwykle istotne z profilaktycznego i terapeutycznego punktu widzenia. Praktykowanie uważności pomaga w dążeniu do wyznaczonych celów oraz w planowaniu aktywności w sposób umożliwiający realizację. Poprawia także orientację w działaniach własnych, ułatwia aktywny udział w procesie psychoterapeutycznym oraz wzmacnia poczucie własnej skuteczności [13]. Wzmaga również zdolność do przelączania uwagi pomiędzy kolejnymi elementami treści świadomości. Jest to związane z częstym odświeżaniem pamięci roboczej [12]. Wzmocnia funkcje metaświadomości i umożliwia działanie pozostałych procesów terapeutycznych opisanych w niniejszym artykule. Ułatwia zatem zmianę w funkcjonowaniu dziecka i adolescenta również w problematycznych dla niego obszarach.

Dostęp świadomości do własnych procesów psychicznych w tym także należących zwykle do grupy procesów utajonych oraz umiejętność ich obserwacji, pozwala na zrozumienie doświadczanych odczuć i ich źródeł. Rozwojowi podlega więc funkcja metaświadomości, czyli dostępu do doświadczanych aktualnie treści. Umożliwia to zauważenie własnych emocji i myśli, a aspekt braku oceny może zmniejszyć poziom lęku związany z elementami potencjalnie wzbudzającymi niepokój. Ze względu na uświadomienie sobie procesów utajonych, także tych odnoszących się do ewaluacji bieżących treści doświadczenia, obniżone zostaje ich natężenie, ale także osłabia się proces ruminacji odwołujący się do mowy wewnętrznej [12]. Dzieje się tak przez to, że stan uważności wpływa na procesy dysocjacji pomiędzy metaświadomością a świadomością podstawową zarówno w obrębie temporalnym, jak i translacyjnym. Pierwszy rodzaj odnosi się do zjawiska, kiedy uświadomiony zostaje przebieg doświadczenia już minionego. Można to zaobserwować na przykład w sytuacji, w której osoba odkrywa, że do tej pory przez jakiś czas rozmyślała o czymś w sposób zupełnie mimowolny. Dysocjacja o charakterze translacyjnym zachodzi natomiast wówczas, gdy nie potrafimy adekwatnie nazwać treści własnego doświadczenia. Wyniki badań [14] potwierdziły, że treningi o charak-

terze mindfulness, bez podziału na podtypy metod wykorzystujących uważność, zwiększały świadomość własnych stanów emocjonalnych, równocześnie jednak zmniejszając zjawisko ruminacji. Skłania to do przyjęcia stanowiska zgodnego z teoretycznym modelem metody, że opisywane oddziaływania nie polegają na ucieczce przed doświadczeniem ani na zanurzeniu się w nim, czy też fuzji. Wręcz przeciwnie — medytację opartą na uważności można nazwać „byciem z” lub „zwróceniem się do” własnego doświadczenia, także tego nieprzyjemnego [14]. Sam opis takiego obcowania z własną świadomością sugeruje bycie z jej treściami, a nie bycie tymi treściami. Występuje więc pewien rodzaj zdystansowania się do nich. W teorii mindfulness mamy wówczas do czynienia ze zjawiskiem defuzji.

Często w czasie doświadczenia negatywnych emocji pojawiają się związane z nimi myśli. To one zresztą zgodnie z paradygmatem poznawczo-behawioralnym wpływają na występowanie stanów afektywnych. Nierzadko ma miejsce wówczas zjawisko zwane fuzją, a więc takie połączenie z daną myślą, że brak jest możliwości dostrzeżenia samego jej istnienia. Jednostka przyjmuje ją jako fakt, czyli rzeczywisty opis świata [10]. To samo często dotyczy emocji towarzyszących określonym myślom. Ponieważ wynikają one z subiektywnego obrazu rzeczywistości, może następować uczucie „złania” się z nimi. Zjawisko fuzji jest bowiem tak silnym zniesieniem dystansu psychologicznego pomiędzy jaźnią obserwującą a treściami obserwowanymi w polu świadomości, że niemożliwy staje się sam ich ogląd. Można posłużyć się tutaj metaforą dłoni przytoczoną przez Hayesa i Smitha [15]. Polega ona na tym, że gdy przystawimy sobie własną dłoń bardzo blisko twarzy, niemal jej dotykając, okazuje się, że nie jesteśmy w stanie się jej dokładnie przyrzec. Niektóre jej części znajdują się poza zasięgiem wzroku, reszta stanie się zamazana. Ani kształt dłoni, ani szczegóły jej wyglądu nie będą możliwe do zobaczenia i opisanie. Analogiczne zjawisko zachodzi w momencie fuzji z doświadczeniem. Dystans psychologiczny pomiędzy metaświadomością a świadomością stanie się tak nikły, że bieżące doświadczenia będą jawiły się jako mało klarowne. Mogą zlewać się ze sobą lub powodować uczucie przytłoczenia nimi. Zostaje więc zniesiona podstawowa funkcja metaświadomości polegająca na rejestrze treści w strumieniu świadomości. Dopiero defuzja od własnych przeżyć umożliwia ich ogląd. „Bycie z” treściami własnej świadomości pozwala spojrzeć na nie z pewnego oddalenia, a nastawienie nacechowane ciekawością i otwartością zachęca do tej czynności. Brak oceniania skłania natomiast do wyłączenia procesów ewaluacji w trakcie eksploracji treści świadomości. Zmniejsza się dzięki temu uczucie niepewności i lęku. Możliwe staje się dostrze-

żenie detali i niuansów, ale także szerszego kontekstu, w jakim dane przeżycie jest umiejscowione. Widoczne są związki przyczynowo-skutkowe pomiędzy wydarzeniami a myślami i pojawiającymi się stanami emocjonalnymi. Dzięki temu doświadczane emocje są bardziej zrozumiałe, a ich geneza łatwiejsza do odkrycia [14]. Prowadzi to więc do obniżenia poziomu lęku związanego z treściami własnej świadomości i zmniejsza tendencje do unikania kontaktu z nimi. Zwiększa się także poziom akceptacji własnych przeżyć [14], a defuzja od ich treści poszerza repertuar zachowań dostępnych w danej sytuacji. Poprawie ulega więc także elastyczność psychologiczna. Ważną rolę w terapeutycznych mechanizmach uważności stanowi także zmniejszanie zjawiska supresji. Zostało ono opisane w 1987 roku przez Wegnera [16], w kontekście eksperymentu przeprowadzonego przez autora. Eksperyment polegał na tym, że badani mogli w czasie jego trwania rozmyślać na dowolne tematy. Został im jednak postawiony warunek, zgodnie z którym jedynym „zabronionym” obszarem rozważań miał być biały niedźwiedź. Okazało się, że chociaż studenci, stanowiący grupę eksperymentalną, spontanicznie prawie nigdy nie rozmyślali o białych niedźwiedziach, w czasie trwania eksperymentu mieli z tym duży problem. Treści zabronione często nachodziły ich podczas badania. Wnioski z eksperymentu opisywały zjawisko, według którego im bardziej staramy się na jakiś temat nie myśleć, tym bardziej staje się on udziałem naszych mimowolnych rozważań. Ten sam mechanizm można zaobserwować w odniesieniu do procesów psychicznych. Ludzie starają się unikać doświadczeń nieprzyjemnych. Dotyczy to także skrajnie przykrego uczucia cierpienia, które jest składową występujących procesów psychopatologicznych. Dlatego niezwykle obciążające jest zjawisko ruminacji, polegające na częstym rozmyślaniu o przykrych doświadczeniach lub ciągłym przywoływaniu przekonań dezadaptacyjnych. Odnosi się to do działania ironicznych procesów kontrolnych [16]. Dzielą się one na dwie grupy: procesów operacyjnych i monitorujących. Ich działanie jest przeciwstawne i polega na kontroli wyszukiwania treści zgodnie z celem działania. Proces operacyjny poszukuje treści zbieżnych z wymogami działania i je aktywuje, natomiast proces kontrolny wyszukuje treści niezgodne i je odrzuca. Pomimo odrzucenia treści zostają jednak zaktywowane i częściej pojawiają się w obrębie świadomości. Kiedy jednostka stara się więc o czymś nie myśleć, jej system kontrolny koncentruje się dokładnie na tych treściach i odrzuca je automatycznie, doprowadzając przy tym do ich zaktywowania [12]. Jeżeli elementy podlegające ironicznym procesom kontroli są silnie wzmacniane w codziennym funkcjonowaniu jednostki, łatwiej będą podlegały akty-



wacji. Proces ten jest widoczny na przykład w badaniach Murisa [17], w których okazuje się, że prośba o unikanie myśli o pająkach wywołuje zwiększone pojawianie się treści z nimi związanych w polu świadomości; jednak efekt ten jest bardziej nasilony u osób z arachnofobią. Można przy tym założyć, że osoby odczuwające nasilony lęk przed pająkami myślą o tych stworzeniach częściej niż pozostali. W związku z czym treści związane z pająkami będą u nich częściej aktywowane niż w grupie kontrolnej. Zwrotnie powoduje to zwiększoną łatwość aktywacji myśli wzbudzających lęk, a próby ich stłumienia nadal będą je wzbudzać w myśl działania mechanizmu supresji. Opisane zjawisko nie dotyczy tylko fobii. Można je odnieść także do sytuacji doświadczenia traumy, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, depresji [16] oraz przy nadużywaniu substancji psychoaktywnych [18]. Regularna praktyka uważności wspiera obniżanie poziomu supresji [14] poprzez zjawisko hamowania pasywnego [12]. W przeciwieństwie do hamowania aktywnego nie powoduje ono wzmacniania aktywacji niechcianych treści. Odnosi się ono do akceptacji pojawiających się w świadomości elementów, niezależnie od tego, czy są one przyjemne, czy też nie. Dzięki otwartości i braku aspektu ewaluacji treści te mogą się swobodnie pojawić i nie ulegać supresji, a poprzez defuzję nie zostają one dłużej w polu świadomości. Praktyka odnosząca się do obserwacji treści doświadczenia z dystansu pozwala na ich zauważenie bez podążania za nimi. Myśli związane z występowaniem zjawisk psychopatologicznych mogą swobodnie pojawić się, ale nie są zatrzymywane w świadomości, więc nie następuje ich wzmacnianie. Obniżone zostaje zatem ryzyko występowania ruminacji. Ponieważ regularna praktyka uważności rozwija samoświadomość, umożliwia bardziej wnikliwe i całościowe spostrzeganie doświadczanych trudności. Mechanizmy spustowe oraz podtrzymujące zaburzenie stają się widoczne. Możliwe stają się więc aktywne uwzględnianie ich w procesie terapii. Ze względu na stymulację funkcjonowania pamięci roboczej towarzyszącą praktykom mindfulness oraz rozwój centralnego systemu wykonawczego i funkcji uwagowych, w tym zdolności do koncentracji dowolnej i przerzutności zwiększają się zasoby poznawcze jednostki. Przy tym rozwojowi podlegają także kompetencje metapoznawcze. Wiązą się one z wiedzą na temat własnego funkcjonowania poznawczego i zachodzących w jego obrębie zależności przyczynowo-skutkowych. Kluczową rolę odgrywają tu przekonania jednostki na temat własnego funkcjonowania w tym obszarze. Dzięki treningom uważności może zostać wykształcone przekonanie mówiące na przykład o tym, że chwila obecna jest bardziej znacząca od tego, co już minione, oraz od zdarzeń mających dopiero na-

dejsć, lub że myśli i uczucia nie mogą wyrządzić realnej krzywdy. Dzięki takim nastawieniom jednostka z większym zaangażowaniem może podejść do poznawania własnych doznań, ale także poziom lęku przed nimi ulega obniżeniu. Przez to sama analiza własnego stanu budzi mniejszy niepokój i staje się bardziej dostępna.

### **Wyniki**

Jak pokazuje literatura, można zaobserwować istotny statystycznie wpływ interwencji opartych na uważności w przypadku występowania zaburzeń psychicznych u dzieci. Jednym z nich są objawy związane z doświadczeniem traumy [16, 19]. Okazuje się, że wyniki badań wykazują wzrost zdolności radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz istotną statystycznie redukcję takich symptomów przeżytej traumy, jak sygnały depresji, zachowania autoagresywne, somatyzacje, obniżony nastrój czy dezadaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem. Można to połączyć ze zwiększonym dostępem do własnych doświadczeń oraz rozwojem kompetencji radzenia sobie w nieprzyjemnymi doznaniem wewnętrznymi, a przykład poprzez hamowanie pasywne.

Omawiany typ interwencji uzyskuje pozytywne wyniki także w badaniach nad leczeniem oznak depresji, fobii, lęku uogólnionego oraz w zmniejszeniu częstotliwości występowania myśli samobójczych u dzieci i młodzieży [16, 20–22]. Zaobserwowano także znaczący spadek częstości występowania ruminacji [23]. U podstaw tego typu rezultatów może znajdować się zjawisko związane z lękiem przed własnym doświadczeniem. Często same odczuwanie negatywnych emocji stają się powodem ich nasilenia według działania mechanizmu supresji. Mimo wszystko naturalnym odruchem ludzkim jest unikanie cierpienia — także tego związanego z doświadczaniem nieprzyjemnych emocji. Tych ostatnich jednak nie można wybrać. Nie da się zaprogramować emocji, które pojawiają się w naszym doświadczeniu. W zaburzeniach nastroju nieprzyjemne doznania pojawiają się często i są niezależne od tego, czy dana osoba chce je odczuwać. Często głównym źródłem doświadczanego lęku jest obawa przed jego pojawieniem się, a smutek występuje w odpowiedzi na brak zrealizowania własnych potrzeb, których nie zauważamy poprzez odwracanie własnej uwagi od przeżywanych doznań. Taka tendencja pojawia się w konsekwencji próby uniknięcia uczucia smutku, ale jednocześnie uniemożliwia ona poznanie jego przyczyn. Terapeutyczne zastosowanie technik uważności nie odnosi się do stanu relaksacji i poprawy samopoczucia jako głównego celu ich stosowania [15]. Przede wszystkim istotą tego typu oddziaływań jest poznanie własnych potrzeb, pragnień i wartości oraz doświadczanych stanów emocjonalnych i pojawiających

się myśli. Praktykę uważności wykonuje się więc niezależnie od towarzyszącego nastroju wyjściowego. Umożliwia to obserwację własnych procesów psychicznych w ich różnych konfiguracjach i odcieniach. Równocześnie wyrabia także nawyk bycia uważnym, który jest sednem oddziaływań mindfulness i umożliwia automatyzację wtórną wzbudzania stanu uważności i pozostawania w nim w ciągu różnego typu aktywności i nastrojów towarzyszących [12]. Dzięki temu możliwa staje się samoobserwacja także w chwilach nasilenia procesów psychopatologicznych, przyglądanie się tym zjawiskom i zrozumienie ich oraz adekwatne dobieranie metod samoregulacji.

W znaczący sposób oddziałuje również na funkcjonowanie dzieci z zespołem nadpobudliwości z deficytami uwagi. Wzmacnia ich zdolności do samokontroli zachowania i pozytywnie wpływa na funkcjonowanie poznawcze. Wiąże się to z wpływem treningu mindfulness na rozwój funkcji uwagowych.

W przypadku występowania objawów nadruchliwości i ADHD (*attention-deficit/hyperactivity disorder*), funkcjonowanie badanych ulegało poprawie pod wpływem stosowania treningów opartych na podejściu mindfulness [22, 24]. Być może sam fakt nieoceniającego nastawienia do własnych myśli i doznań oraz rozwój umiejętności niepodążania za dystraktorami ułatwia dzieciom z tego typu trudnościami szybszy powrót do przerwanej czynności oraz obniżenie nieprzyjemnych emocji towarzyszących pojawiającym się przeszkodom. Jak pokazuje literatura [25], w przypadku deficytów uwagi, praktyka uważności odnosi się do trenowania zdolności podążania uwagą za „kotwicą”, na przykład oddechem. W przypadku pojawienia się dystraktora jest on zauważany, jednak uwaga nie jest kierowana za nim, a wraca do wybranego wcześniej punktu. Ponieważ trening uważności wpływa na refleksyjność, obniża poziom agresji oraz ogranicza liczbę reakcji impulsywnych. Poprawia także jakość relacji społecznych w grupie. Dzięki temu wzrasta umiejętność pracy zespołowej wśród uczniów. Dzieci w sposób bardziej świadomy i dopasowany do własnych potrzeb i zasobów mogą przyjmować formalne i nieformalne role grupowe oraz ograniczać liczbę i natężenie występujących konfliktów. Przez wyrobiony nawyk bycia uważnym są skłonne wcześniej uruchomić funkcje metaświadomości i zwrócić uwagę na treści świadomości. Ponadto, dzięki defuzji zmniejsza się tendencja do zlewania się z emocjami. Przez to impuls nakazujący podążanie za programem uruchamianych przez dany afekt może zostać obniżony.

Jak wskazują niektóre źródła [26, 27], techniki uważności mogą mieć znaczący wpływ w terapii zaburzeń odżywiania. Pozwalają one bowiem na zwiększone

uświadamianie sobie sygnałów wysyłanych przez ciało. Ponadto, dostęp do własnych myśli i emocji, przy jednoczesnym zdystansowaniu się od nich, umożliwiając właściwe odczytywanie własnych potrzeb. Tak zwane „emocjonalne jedzenie” bywa błędnym odczytaniem doświadczanego napięcia, a więc odnosi się do dysocjacji o charakterze translacyjnym. Praktyka uważności zmniejsza ryzyko występowania tego zjawiska [26]. Poza tym umożliwia także lepsze zaspokajanie własnych potrzeb w innych obszarach życia dzięki bardziej poprawnemu ich odczytaniu. Przez to zmniejsza się pobudzenie emocjonalne wywołane stanem depresji potrzeb, a właśnie w sytuacjach stresu najczęściej pojawiają się deficyty samokontroli i związane z nimi niewłaściwe zachowania zdrowotne [28]. Jest to spowodowane przekierowaniem zasobów psychologicznych człowieka na czynności związane z działaniem czynnika stresogennego.

Wyniki badań [29] potwierdzają pozytywny związek między praktyką uważności a wzrostem prężności psychicznej. Może to sugerować polepszenie dobrostanu jednostki na wielu polach pod wpływem opisywanych oddziaływań. Ponieważ odporność psychiczna wiąże się z reakcją na sytuacje trudne, sugeruje to osiągnięcie technikami uważności dobrych rokowań na przyszłość w kontekście nawrotów symptomów zaburzenia. Pozytywny wpływ technik uważności na zapobieganie nawrotom potwierdzają wyniki badania [30].

## Dyskusja

Jak wykazano, wprowadzenie praktyki uważności do pracy z dziećmi i młodzieżą może przynieść liczne korzyści. Należy jednak wspomnieć o ograniczeniach w stosowaniu tego typu oddziaływań. Pierwszym z nich jest podejście do praktykowania uważności przez samych odbiorców. Okazuje się bowiem, że ugodowość i otwartość na doświadczenie jako cechy temperamentu istotnie wpływają na przebieg interwencji oraz na podejście pacjenta do medytacji po zakończeniu terapii [31]. Jednostki o wyższej ugodowości i otwartości na doświadczenie chętniej przystępują do treningów niż osoby o niższym natężeniu tych cech. Trochę inaczej wygląda zaś konotacja cech temperamentu i dalszego praktykowania mindfulness. W tym wypadku istotny jest jedynie wyższy poziom otwartości na doświadczenie, który może zwiększać ciekawość, a więc będzie bardziej zgodny z założeniami podejścia uważności. Osoby o niskiej ugodowości mogą natomiast mniej chętnie przystępować do treningu z powodu niechęci do wykonywania poleceń terapeuty. Ponadto, niska otwartość na doświadczenie może powodować obniżenie motywacji do obserwacji własnych przeżyć. Nie będzie także współgrała z cechami treningu jak otwartość i ciekawość.

Jak podaje Shapiro Jr. [32], o ile w większości przypadków sama praktyka uważności przynosi oczekiwane korzyści, o tyle w jej regularnym podejmowaniu mogą pojawiać się także efekty odwrotne od zamierzonych. Są to między innymi: wzrost negatywnych myśli i emocji związanych z własną osobą, wyższy poziom lęku i uczucie dezorientacji w sobie i świecie, a także uczucie uzależnienia od medytacji. Wyniki uzyskane przez autora w odniesieniu do poznawczego modelu treningu uważności mogą wskazywać na to, że praktyka medytacji powinna być rozważanie wprowadzana przy wysokim nasileniu procesów psychopatologicznych, ponieważ sama w sobie opiera się na posiadanych zasobach w celu ich zwiększenia. Jeżeli zaś zasobów posiadanych przez jednostkę będzie zbyt mało, wprowadzenie otwartości, ciekawości i braku oceny może się okazać niemożliwe do zrealizowania. To stanowisko jest zresztą zgodne z teoretycznym modelem procesów poznawczych biorących udział w praktyce uważności, które zakładają, że w mindfulness poziom rozwoju funkcji uwagowych i centralnego systemu wykonawczego musi być na odpowiednim poziomie, aby praktyka w ogóle mogła mieć miejsce. Innym istotnym czynnikiem może być także optymalny poziom rezyliencji pozwalający na zetknięcie się z nieprzyjemnymi treściami zawierającymi się w zbiorze obserwowanych doświadczeń.

Wyniki badań zarówno Shapiro Jr [32], jak i innych [33] wskazują na zaskakujący w świetle założeń teoretycznych efekt, polegający na tym, że najważniejsze zmiany następują po krótkim czasie od rozpoczęcia regularnej praktyki. Okazuje się, że większe doświadczenie jednostki w czasie nie przynosi wzrostu korzyści płynących z medytacji. Może to jednak świadczyć, że o ile praktyka przynosi zamierzone efekty na samym początku wprowadzenia jej w życie, o tyle kontynuacja jej stosowania utrzymuje korzystne efekty na tym samym poziomie nie pozwalając im jednak zaniknąć.

Negatywne lub słabsze efekty praktyki wykazują przede wszystkim badania koncentrujące się na wpływie medytacji w różnych jej formach, a nie na ustrukturyzowanych treningach psychologicznych. Niewiele jest jednak prac odnoszących się do weryfikacji niepożądanego wpływu interwencji opartych na praktyce mindfulness. Natomiast dostępne są źródła [34] wskazujące, że terapia poznawcza oparta na uważności przynosi istotne obniżenie ryzyka nawrotów objawów zaburzenia.

Kolejnym ważnym aspektem wprowadzania technik uważności w pracy z dziećmi i młodzieżą jest fakt, że mogły one mieć wcześniej styczność z niektórymi ćwiczeniami, co potencjalnie może w różny sposób wpływać na ich motywację. Mindfulness jest obecnie bardzo popularną metodą oddziaływania, także w praktyce

profilaktyki zaburzeń i wspierania zdrowia psychicznego. Zawsze należy jednak dopasowywać stosowane techniki do możliwości indywidualnych uczestników zajęć. Szczególną ostrożność należy zachować w pracy z osobami o podwyższonym poziomie lęku lub przy występujących atakach paniki. W tego typu sytuacjach czas poświęcony na uważne kierowanie uwagą powinien być skrócony, a zajęcia może przeprowadzać jedynie osoba będąca specjalistą z zakresu zdrowia psychicznego [35].

Ponadto, o ile sama praktyka i treningi na rzecz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży zostały opisane w literaturze, a badania nad ich wpływem przeprowadzono licznie, szczególnie w krajach Europy Zachodniej, o tyle badań nad efektem psychoterapeutycznym w pracy z dziećmi wykazującymi nasilone objawy zaburzeń jest niewiele. Może to sugerować konieczność ostrożnego posługiwania się omawianymi technikami. Ich pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne także wśród dzieci został potwierdzony, jednak mało jest badań odnoszących się do potencjalnych zagrożeń zwłaszcza wśród młodszych grup wiekowych. Mimo to można założyć, że praktyka uważności jest w stanie w wartościowy sposób uzupełnić oddziaływania psychoterapeutyczne. Istotnym może także okazać się odpowiedni dobór interwencji opartych na uważności do indywidualnego przypadku. W odniesieniu do ustrukturyzowanych modeli terapeutycznych, w których uwzględnia się praktykę mindfulness, można wybrać taki, który będzie najlepiej korespondował zarówno z potrzebami dziecka, jak i z całością oddziaływań terapeutycznych podejmowanych przez specjalistę.

### **Wnioski**

Jak wynika z niniejszej pracy, techniki uważności mogą przynieść znaczące korzyści zarówno w działalności profilaktycznej, jak i w obszarze pomocy psychologicznej. Mindfulness posiada dobrze opisane podstawy teoretyczne oraz mechanizmy działania w odniesieniu do osób dorosłych oraz w promocji zdrowia psychicznego dzieci. Ułatwia to dostosowanie tej metody do indywidualnych potrzeb pacjenta. Ponadto jest to technika, która poprzez związek z budowaniem odporności psychicznej oraz zdolności do samoregulacji pozwala nie tylko obniżyć występowanie niektórych zjawisk psychopatologicznych, ale również w pozytywny sposób wpływać na ogólny dobrostan psychiczny. Większość doniesień opisujących jej usystematyzowane wykorzystanie w młodszych grupach wiekowych odnosi się jednak do pracy na rzecz profilaktyki zaburzeń i pogłębiania zdolności samorozwojowych dzieci. Literatura ta jednoznacznie wskazuje na pozytywny wpływ wprowadzenia praktyki mindfulness jako ogólnodostępnej formy oddziaływania na rozwój uczniów. W świetle badań wydaje się także być metodą bezpieczną

i przynoszącą liczne korzyści dla ogółu populacji. Według przeglądów i metaanaliz prac [22, 36] na temat wpływu praktyki uważności na dobrostan okazuje się ona mieć znaczenie w funkcjonowaniu emocjonalnym, w tym częstszym występowaniu emocji pozytywnych. Ponadto, wyniki badań wskazują także na znaczący rozwój odporności psychicznej uczniów i ich lepsze funkcjonowanie w obszarze zdrowia fizycznego [22]. Niestety, wykorzystanie uważności w pracy psychoterapeutycznej z dziećmi przy występowaniu nasilonych procesów psychopatologicznych jest słabo weryfikowane w literaturze z obszaru testowania efektywności stosowanych oddziaływań. Jedną z ważniejszych prac na ten temat stanowi opis efektów dostosowania psychoterapii poznawczej opartej na uważności do potrzeb dzieci w wieku 9 do 12 lat dokonany przez Semple [37]. Potwierdza ona zdecydowanie pozytywny wpływ oddziaływań na rozwój funkcji uwagi. Nie daje jednak jednoznacznych wyników w kwestii wpływu zastosowanych metod na odczuwany poziom lęku oraz trudności z samokontrolą zachowania uczestników. Pomimo istnienia pewnych ograniczeń, na które należy zwracać szczególną uwagę podczas

korzystania z technik medytacyjnych, wydają się one interesującym wzbogaceniem repertuaru oddziaływań pomocowych. Ze względu na powiązania poszczególnych technik z funkcjonowaniem poznawczym bardzo ważne jest takie ich dobieranie, by możliwości wynikające zarówno z wieku, jak i cech indywidualnych dziecka pozwalały na ich wykonanie. Ogólny przegląd doniesień na temat efektów wykorzystania praktyki uważności w pracy z dziećmi i młodzieżą sugeruje, że oddziaływania te jakkolwiek powinny zostać poddane bardziej szczegółowym badaniom w przyszłości, stanowią bardzo użyteczne narzędzie psychoterapeutyczne. Ze względu na charakter opisywanej metody warto uwzględnić jej łączenie z innymi technikami z obszaru terapii poznawczo-behawioralnych. Może się to odbywać w formie korzystania z gotowych i ustrukturyzowanych programów terapeutycznych, jak MBCT lub ACT oraz innych stylów terapeutycznych [38]. Ponieważ jednak praktyka uważności ma wpływ na poziom odporności psychicznej, może okazać się przydatna także w pracy nad utrwaleniem pozytywnych wzorców samoregulacji emocjonalnej i kontroli zachowania.

### Streszczenie

**Wstęp:** *W niniejszej pracy odwołano się do współczesnych trendów związanych z profilaktyką pozytywną oraz praktyką terapeutyczną w kontekście metod opartych na praktyce uważności.*

**Materiał i metody:** *Dokonano opisu wpływu mindfulness na procesy psychiczne dzieci i młodzieży oraz funkcjonowanie psychospołeczne. Uwzględniono poszczególne procesy umieszczone w modelu teoretycznym i aktywizowane poprzez techniki mindfulness.*

**Wyniki:** *W tej części artykułu odniesiono się do wyników badań opisujących rezultaty stosowania technik mindfulness w pracy z dziećmi doświadczającymi poszczególnych rodzajów zaburzeń psychicznych wraz z krótkim opisem mechanizmu wpływającego na proces zdrowienia.*

**Wnioski:** *Niniejsza praca zestawia opisane rezultaty z potencjalnymi trudnościami w stosowaniu metody oraz sytuacjami wymagającymi zachowania szczególnej ostrożności w korzystaniu z niej.*

**Psychiatria 2020; 17, 4: 204–211**

**Słowa kluczowe:** *uważność, profilaktyka, psychoterapia, psychopatologia, dzieci, młodzież*

### Piśmiennictwo:

1. Tabak I. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów. *Studia BAS*. 2014; 38(2): 113–138.
2. Michalska LE, Gruszczyński W. Czynniki psychologiczne w depresji. *Psychiatria*. 2010; 7(3): 95.
3. Borucka A, Ostaszewski K. czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych. *Dziecko krzywdzone*. 2012; 3(40).
4. Borucka A., Pisarska A. koncepcja resilience, czyli jak pomóc dzieciom i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka. Ośrodek Rozwoju Edukacji. [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl).
5. Junik W. Resilience. Teoria — badania — praktyka. Parpamedia, Warszawa 2011. 2011: Warszawa.
6. Urban B. Agresja młodzieży i odrzucenie rówieśnicze. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
7. Zolkoski S, Bullock L. Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*. 2012; 34(12): 2295–2303, doi: [10.1016/j.childyouth.2012.08.009](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.009).
8. Talaga M, Sikorska I, Jawor M. Resilience in persons with affective and anxiety disorders and the experience of early trauma. *Psychiatria Polska*. 2018; 52(3): 471–486, doi: [10.12740/pp/66124](https://doi.org/10.12740/pp/66124).
9. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006; 10(2): 144–156, doi: [10.1093/clipsy.bpg016](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016).
10. Harris R. Zrozumieć ACT Terapia akceptacji i zaangażowania w praktyce. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2017.
11. Adamik M. Rozwijanie wewnętrznej wolności. Trening uważności jako praktyka samodystansowania się w świetle teorii Viktora Frankla. 2019.
12. Jankowski T, Holas P. Poznawcze mechanizmy uważności i jej zastosowanie w psychoterapii, *Studia Psychologiczne*. 2009; 47(4): 59–79.
13. Gambin M. Procesy samokontroli a poczucie własnej skuteczności u dzieci z objawami impulsywności-nadaktywności i nieuwagi. Uniwersytet Warszawski Wydział Psychologii. 2012.

14. Feldman G, Hayes A, Kumar S, et al. Mindfulness and emotion regulation: the development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2006; 29(3): 177–190, doi: [10.1007/s10862-006-9035-8](https://doi.org/10.1007/s10862-006-9035-8).
15. Hayes S, Smith SW. *pulapce myśli Jak skutecznie poradzić sobie z depresją, stresem i lękiem*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2019.
16. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annu Rev Psychol*. 2000: 51–59.
17. Muris P, Merckelbach H, Horselenberg R, et al. Thought suppression in spider phobia. *Behav Res Ther*. 1997; 35(8): 769–774, doi: [10.1016/s0005-7967\(97\)00036-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00036-3), indexed in Pubmed: [9256519](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9256519/).
18. Breslin F, Zack M, McMain S. An Information-processing analysis of mindfulness: implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006; 9(3): 275–299, doi: [10.1093/clipsy.9.3.275](https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.275).
19. Sibinga E, Webb L, Ghazarian S, et al. School-Based Mindfulness Instruction: An RCT. *Pediatrics*. 2015; 137(1): e20152532, doi: [10.1542/peds.2015-2532](https://doi.org/10.1542/peds.2015-2532).
20. Kuyken W, Weare K, Ukoumunne OC, et al. Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: non-randomised controlled feasibility study. *Br J Psychiatry*. 2013; 203(2): 126–131, doi: [10.1192/bjp.bp.113.126649](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126649), indexed in Pubmed: [23787061](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23787061/).
21. Lau Ns, Hue Mt. Preliminary outcomes of a mindfulness-based programme for Hong Kong adolescents in schools: well-being, stress and depressive symptoms. *International Journal of Children's Spirituality*. 2011; 16(4): 315–330, doi: [10.1080/1364436x.2011.639747](https://doi.org/10.1080/1364436x.2011.639747).
22. Felver J, Hoyos CCd, Tezanos K, et al. A Systematic review of mindfulness-based interventions for youth in school settings. *Mindfulness*. 2015; 7(1): 34–45, doi: [10.1007/s12671-015-0389-4](https://doi.org/10.1007/s12671-015-0389-4).
23. Sibinga E, Perry-Parrish C, Chung Se, et al. School-based mindfulness instruction for urban male youth: A small randomized controlled trial. *Preventive Medicine*. 2013; 57(6): 799–801, doi: [10.1016/j.ypmed.2013.08.027](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.08.027).
24. Semple R, Lee J, Rosa D, et al. A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*. 2009; 19(2): 218–229, doi: [10.1007/s10826-009-9301-y](https://doi.org/10.1007/s10826-009-9301-y).
25. Zylowska L, Ackerman DL, Yang MH, et al. Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *J Atten Disord*. 2008; 11(6): 737–746, doi: [10.1177/1087054707308502](https://doi.org/10.1177/1087054707308502), indexed in Pubmed: [18025249](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18025249/).
26. Lewandowska B. Koncepcje wyjaśniające znaczenie świadomości odczuć cielesnych w profilaktyce i terapii otyłości. *Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*. 2015; 48: 87–98.
27. Starzomska M, Wilkos E, Kucharska K. Modern approaches to the treatment of anorexia nervosa: The third wave of cognitive-behavioral therapy. *Psychiatria Polska*. 2018; 52(4): 651–662, doi: [10.12740/pp/onlinefirst/75338](https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/75338).
28. Makara- St, Buczyjan A, Moryłowska J. Jedzenie – przyjaciel i wróg. Korelaty psychologiczne otyłości. *Zdr Publ*. 2007; 117(3): 392–396.
29. Keye M, Pidgeon A. Investigation of the relationship between resilience, mindfulness, and academic self-efficacy. *Open Journal of Social Sciences*. 2013; 01(06): 1–4, doi: [10.4236/jss.2013.16001](https://doi.org/10.4236/jss.2013.16001).
30. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*. 2004; 72(1): 31–40, doi: [10.1037/0022-006X.72.1.31](https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31), indexed in Pubmed: [14756612](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14756612/).
31. Barkan T, Hoerger M, Gallegos AM, et al. Personality predicts utilization of mindfulness-based stress reduction during and post-intervention in a community sample of older adults. *J Altern Complement Med*. 2016; 22(5): 390–395, doi: [10.1089/acm.2015.0177](https://doi.org/10.1089/acm.2015.0177), indexed in Pubmed: [27031734](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27031734/).
32. Shapiro DH. Adverse effects of meditation: a preliminary investigation of long-term meditators. *Int J Psychosom*. 1992; 31(1-4): 62–67.
33. Sedlmeier P, Eberth J, Schwarz M, et al. The psychological effects of meditation: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2012; 138(6): 1139–1171, doi: [10.1037/a0028168](https://doi.org/10.1037/a0028168), indexed in Pubmed: [22582738](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22582738/).
34. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(6): 565–574, doi: [10.1001/jamapsychiatry.2016.0076](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076), indexed in Pubmed: [27119968](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27119968/).
35. Dobkin P, Irving J, Amar S. For Whom May Participation in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program be Contraindicated? *Mindfulness*. 2011; 3(1): 44–50, doi: [10.1007/s12671-011-0079-9](https://doi.org/10.1007/s12671-011-0079-9).
36. Zenner C, Herrnleben-Kurz S, Walach H. Mindfulness-based interventions in schools—a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 2014; 5: 603, doi: [10.3389/fpsyg.2014.00603](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00603), indexed in Pubmed: [25071620](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25071620/).
37. Semple R, Lee J. Mindfulness-based cognitive therapy for children. *Mindfulness-Based Treatment Approaches*. 2014: 161–188, doi: [10.1016/b978-0-12-416031-6.00008-6](https://doi.org/10.1016/b978-0-12-416031-6.00008-6).
38. Muskała M. Mindfulness training in social rehabilitation effects. The theoretical context. *Resocjalizacja Polska*. 2018; 15(1): 49–66.

Aleksandra Joanna Kielan<sup>1,2</sup>, Marlena Stradomska<sup>2,3</sup>, Mariusz Jaworski<sup>1</sup>,  
Anna Mosiołek<sup>4</sup>, Jan Chodkiewicz<sup>5</sup>, Łukasz Świącicki<sup>6</sup>, Bożena Walewska-Zielecka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Public Health, Faculty of Health Sciences, Medical University of Warsaw, Poland

<sup>2</sup>Polish Suicidological Society

<sup>3</sup>Institute of Psychology, Maria Curie-Skłodowska University of Lublin, Poland

<sup>4</sup>Medical University of Warsaw, Faculty of Health Sciences, Department of Education and Research in Health Sciences, Warsaw, Poland

<sup>5</sup>Department of Psychoprophylaxis and Addiction Psychology, University of Lodz, Institute of Psychology, Poland

<sup>6</sup>2<sup>nd</sup> Department of Psychiatry, Institute of Psychiatry and Neurology, Poland

## Promotion of men's mental health

### Abstract

**Introduction:** Despite the fact that the knowledge of health differences between males and females is more and more available, it does not always translate into the differentiation of health programmes. Undoubtedly, there is a need for innovative programmes promoting the mental health of men and accounting for male standards.

**Material and methods:** Review of scientific literature concerning mental health promotion, with special regard to recommendation to create programmes of promotion of men's mental health searched in Pubmed, Scopus and Google Scholar.

**Results:** Health promotion is a process enabling people to increase their control over health and to improve it. Mental health promotion is a rarely discussed branch of health promotion, and its characteristics differ from physical health promotion. Currently, no organised activities are conducted in Poland aiming at the promotion of men's mental health. Looking at suicide statistics, according to which men take their lives seven times more often than women, it seems essential to design comprehensive activities targeting this specific group. Male-specific determinants of mental health should constitute a reference point for health promoters in the process of designing programmes of mental health promotion.

**Conclusions:** It seems necessary to consider gender factor while designing activities related to mental health promotion. The activities directed to men should be planned according to specific principles. Their implementation may have a positive effect on male participation and involvement in the suggested programme of mental health promotion, and in turn on its efficacy.

*Psychiatry 2020; 17, 4: 212–215*

**Key words:** health promotion, mental health, men

### Introduction

The World Health Organization (WHO) defines mental health as a state of well-being in which the individual realises his or her abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community [1]. Mental health is a foundation of well-being and effective functioning of the individual in society. Therefore, mental health is much more than just a lack of mental

disorders [2]. Mental health promotion is one of the challenges of contemporary public health. Currently, emphasising the importance of male mental health is especially important. Personal and social barriers in seeking assistance, turning to negative mechanism of handling problems and persisting high rate of suicides in this group generates the need to develop and implement programmes of prevention, which will be adjusted to the needs and possibilities of men, with regard to male-sensitive language [3].

### Material and methods

Review of scientific literature concerning mental health promotion, with special regard to recommendation to

**Adres do korespondencji:**  
Aleksandra Joanna Kielan  
Department of Public Health  
Faculty of Health Sciences  
Medical University of Warsaw, Poland  
e-mail: aleksandra@kielan.eu

create programmes of promotion of men's mental health searched in Pubmed, Scopus and Google Scholar.

## Results

Despite the fact that the knowledge of health differences between males and females is more and more available, it does not always translate into differentiation of health programmes. Undoubtedly, there is a need of innovative programmes promoting the mental health of men and accounting for male standards, specificity of work-related stress, concerns about work security and male-specific stigmas related to the issues of mental health. It seems necessary to develop and assess new interventions regarding mental health promotion, which would be adapted to male needs and preferences (i.e. would refer to male ideals). Such activities could engage men more effectively than the approaches aimed at the general population [4]. Men are more willing to get involved in the activities regarding mental health promotion if the interventions focus on taking a specific action, and "talking about emotions" is limited to the minimum. Therefore, health programmes targeting men should include adequately selected activities and tasks which would require a considerable commitment of men and at the same time would be possible to achieve. This is primarily related to so-called activity-based programmes [5]. One must remember that the level of difficulty should be adequately determined in health promotion activities. Studies on the motivation psychology have revealed that with increasing motivation the performance increases and then starts to decrease. Therefore, it seems essential to select suitable activities [6]. This is confirmed by studies published by Taylor et al. [7]. The researchers developed a health promotion programme targeting mature males encouraging them to take up physical activity. The key feature of this programme was using physical activities which are not very complicated (e.g. working in the garden), so performing these activities was feasible and gave a feeling of causation. In the culture where men are perceived via the macho stereotype, inadequately selected level of difficulty would be counterproductive [8]. A task which is too difficult and complicated, and which is impossible to be done by a man, can lead to a reduced feeling of causation, reduced self-esteem and increased level of stress [9].

Importantly, health promoters should pay attention to two important issues. Firstly, it is of paramount importance to create a friendly and secure atmosphere, which is full of acceptance. Only such conditions will allow people to speak openly about their problems and to take up activities aiming at changing their current situation. Secondly, for men, it is very important to include the male

role model [5]. The primary goal is to strengthen the feeling of responsibility for one's health and showing the role of this feeling in relation to the man's surroundings, together with maintaining the aspects of traditional male identity and self-confidence [3].

Long experience in conducting health promotion programmes among men has allowed Oliffe et al. [5] to develop several important principles which should be taken into account while designing activities targeting this group:

1. Manliness affects a number of social health determinants. It is advisable that the health promotion programmes directed to men take into consideration such variables as social and economic status, education and income, as well as male roles and relations in the society.
2. Men prefer acting to talking. Activity-based programmes may appeal to various male ideals of physical activity, solving problems and competitiveness. The purpose of the activities is to use the existing social bonds and to engage them directly in the strategy of health promotion.
3. It must be emphasised that building solidarity in a group of men is based on their common action. Therefore, health programmes intended for men and based on group interaction, instead of individual interaction, should include activities creating bonds. Such mutual interaction may be achieved by common activities, e.g. common problem solving, interactive group work or constructive learning. Such specific tasks should be planned for each stage of the health programme. Undertaking such activities will be especially important in the case of creating new groups of support for men. Experience and learning about oneself through joint activity may encourage and motivate men to stay in this group. Additionally, this allows to shape the group structure and increases the chance of achieving the common goal, e.g. increasing responsibility for one's health. In the case of men, one should avoid a typical didactic approach and replace it with the above-mentioned programme concentrated on the action. Oliffe et al. [5] emphasise that such concentration on activities reduces fears of men related to mandatory conversation with others and a necessity to talk about oneself at the very beginning of the group formation.
4. Health programmes targeting men should also include a moment of silence and an opportunity to freely exchange ideas during common activities or group work. The group members should be provided with safety conditions. According to Milligan et al. [10], such as free conversations during common activities

- help to build a sense of belonging to the group, as well as camaraderie and bonds. Interestingly, such conversations are dominated by a sense of humour, which, in the opinion of Miligan et al., has an effect reducing anxiety related to difficult topics, e.g. concerning health. Therefore, while designing activities for men, one should not only consider group work, but also freedom for spontaneous conversations involving a sense of humour.
5. A health programme for men should include three elements: action, conversation and silence. All three elements should be balanced against one another. None of them should be dominant. Many people are not able to cope with silence, and they think that silence should be interrupted. But it must be remembered that silence gives an opportunity to consider a problem on one's own or to complete temporary distancing from this problem. In order to keep a balance between these three elements, the programme should not be overloaded with too many activities. In such a situation, the participants would be too busy and focused on fulfilling their tasks, which would leave them with no space for reflection and building mutual relations [5, 11].
  6. It is possible to change male standards with the consent of other man. The success of male health promotion programmes largely depends on their leaders and participants, who are able to, by their participation, shift the line dividing behaviours perceived as "unmanly" and those meeting male standards. Using the image of famous men who talk about their mental health (e.g. the campaign "Twarze Depresji. Nie oceniam. Akceptuję." [Faces of Depression. I do not judge. I accept.] or the campaign #męskasprawa [male issue]) may have a positive effect on the attitude of men towards this topic. It is worth emphasising that leaders of the health promotion programmes should handle various stereotypes concerning male health. What is important, these stereotypes are believed to have shaped the unwillingness of men to talk about their challenges related to the disease [12].
  7. A health programme for men should be constructed in such a way as to provide choice. Values and ideas may not be imposed on people against their will. As for men, stereotypes are a factor preventing change. Therefore, one must accept the fact that some men, especially those for whom traditional male stereotypes are very important, will not be willing to take part in these programmes. The programme should be presented to them in such a way as to encourage them to consider it and leave them the possibility to join the programme. Such a man may take part in one or two meetings, but they are not able to get involved in the group on a long-term basis. However, even one episode of participation in such initiatives may awaken a need to take care of one's health [5].
  8. Men perceive low health literacy as a variable which may cause their stigmatisation. If the terms, language or assumptions used in the health promotion programmes are not clear for them, a feeling of superiority and stigmatisation occurs. In order to develop health literacy among men, health promotion programmes should include understandable contents which could have a direct effect on them and which would allow them to actively engage in the activities beneficial for their health. This can be also seen in the activities aimed at seeking medical help and constitutes a serious problem of public health. Men less frequently than women seek medical help and are treated for so-called "common mental disorders". This is likely to be connected with social stereotypes related to typically male behaviour, e.g. showing no weakness, and this, in turn, is manifested as the reluctance of men to interventions regarding mental health and well-being. Overcoming these stereotypes and modelling attitudes promoting health among men [13]. It must repeatedly be emphasised that seeking help is not a sign of weakness. It should be shown as something positive, which proves mindfulness, feeling of responsibility and emotional maturity.
  9. Conducting health promotion programmes in man-friendly environments helps in their recruitment and active participation: familiar environment gives a sense of security. Places perceived by men as friendly are up to change, so it is important to conduct studies updating information regarding this issue. It is worth emphasising that the role of the place of work and environment, where the man functions, is highlighted in the literature as an important factor of health promotion [5]. A friendly environment gives an opportunity to quietly reflect upon one's health and possibly change the way you think in this context. It also gives a good opportunity to introduce activities based on positive psychology [4].
  10. The programme should clearly state what benefits are predicted for someone who decides to get involved. Programmes designed to directly affect man's work productivity and his relationships seem to be especially attractive.
  11. A common mistake is to assume that each programme will be successful on a large scale.



Additionally, the following factors appear to be important for mental health promotion:

1. Screening tests, educating primary care physicians, psychiatrists and psychologists with regard to specific male problems with mental health.
2. Organising social campaigns concerning the most pressing problems. For example, in 2003, the National Institute of Mental Health (NIMH) in the USA organised a campaign "Real Men. Real Depression". Its objective was to raise social awareness concerning depression symptoms and therapy, and a risk of suicides of men, as well as to increase knowledge of family doctors with regard to this problem, as well as its diagnosing and treatment. The campaign included such activities as broadcasting videos and information programmes, publishing leaflets, and running a website. People were informed e.g. about the course and symptoms of depression in men of different ages, and about advantages and disadvantages of undertaking psychotherapy and pharmacotherapy. There was a huge interest in the campaign issues, much higher than expected [14]. This is so much important also because it showed that man had a higher sense of stigmatisation, autostigmatisation, conflict of roles in the event of undertaking psychotherapy, fear of losing control over one's life, over self-steering and personality changes resulting from using medicines [15].
3. It is also important to provide on-line counselling and applications, especially for teenage and young men.
4. More attention should also be paid (in practice and studies) to a correlation between alcohol abuse (addiction) and suicide tendencies among men [16].

### Conclusions

It is essential to conduct a reliable evaluation of health promotion programmes directed to men. It will allow to seek further answers to the question of an effective, based on resources and including gender issues, work with men regarding mental health promotion. In light of the presented data, it seems necessary to plan activities in the area of men's mental health promotion, with regard to their specific health needs. Introduction of adequate

activities may have a positive effect on the men's mental well-being, and in turn on the quality of life. From the perspective of public health, this may indirectly help to reduce the suicide rates.

### References:

1. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report).
2. Gromulska L. Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. *Przeegl Epidemiol.* 2010; 1(64): 127–132.
3. Robertson S, Gough B, Hanna E, et al. Successful mental health promotion with men: the evidence from 'tacit knowledge'. *Health Promot Int.* 2018; 33(2): 334–344, doi: [10.1093/heapro/daw067](https://doi.org/10.1093/heapro/daw067), indexed in Pubmed: [27543933](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27543933/).
4. Seaton CL, Bottorff JL, Jones-Bricker M, et al. Men's Mental Health Promotion Interventions: A Scoping Review. *Am J Mens Health.* 2017; 11(6): 1823–1837, doi: [10.1177/1557988317728353](https://doi.org/10.1177/1557988317728353), indexed in Pubmed: [28884637](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28884637/).
5. Oliffe JL, Rossnagel E, Bottorff JL, et al. Community-based men's health promotion programs: eight lessons learnt and their caveats. *Health Promot Int.* 2019 [Epub ahead of print], doi: [10.1093/heapro/daz101](https://doi.org/10.1093/heapro/daz101), indexed in Pubmed: [31603471](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31603471/).
6. Łukaszewski W, Doliński D. Mechanizmy leżące u podstaw motywacji. In: Strelau J. ed. *Psychologia. Podręcznik akademicki.* GWP, Gdańsk 2000: 441–468.
7. Taylor J, Cole R, Kynn M, et al. Home away from home: Health and wellbeing benefits of men's sheds. *Health Promot J Austr.* 2018; 29(3): 236–242, doi: [10.1002/hpja.15](https://doi.org/10.1002/hpja.15), indexed in Pubmed: [30511488](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30511488/).
8. Stradomska M. Uwarunkowania prób samobójczych w grupie studentów — program profilaktyczny prowadzony na uniwersytecie. *Psychiatr Psychol Klin.* 2019; 19(3): 293–307.
9. Genuchi M, Mitsunaga L. Sex Differences in Masculine Depression. *The Journal of Men's Studies.* 2015; 23(3): 243–251, doi: [10.1177/1060826514561986](https://doi.org/10.1177/1060826514561986).
10. Milligan C, Neary D, Payne S. Older men and social activity: a scoping review of Men's Sheds and other gendered interventions. *Ageing and Society.* 2015; 36(5): 895–923, doi: [10.1017/s0144686x14001524](https://doi.org/10.1017/s0144686x14001524).
11. Mackenzie CS, Roger K, Robertson S, et al. Counter and Complicit Masculine Discourse Among Men's Shed Members. *Am J Mens Health.* 2017; 11(4): 1224–1236, doi: [10.1177/1557988316685618](https://doi.org/10.1177/1557988316685618), indexed in Pubmed: [28068851](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28068851/).
12. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.* 2000; 50(10): 1385–1401, doi: [10.1016/s0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00390-1), indexed in Pubmed: [10741575](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10741575/).
13. Kingerlee R, Precious D, Sullivan L, et al. Engaging with the emotional lives of men. *Psychol.* 2014; 27: 418–421.
14. Rochlen A, Whilde M, Hoyer W. The Real Men. Real Depression Campaign: Overview, Theoretical Implications, and Research Considerations. *Psychology of Men & Masculinity.* 2005; 6(3): 186–194, doi: [10.1037/1524-9220.6.3.186](https://doi.org/10.1037/1524-9220.6.3.186).
15. Wahto R, Swift JK. Labels, Gender-Role Conflict, Stigma, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help in Men. *Am J Mens Health.* 2016; 10(3): 181–191, doi: [10.1177/1557988314561491](https://doi.org/10.1177/1557988314561491), indexed in Pubmed: [25504645](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25504645/).
16. Conner KR, Pinquart M, Gamble SA. Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2009; 37(2): 127–137, doi: [10.1016/j.jsat.2008.11.007](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.11.007), indexed in Pubmed: [19150207](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19150207/).

Anna Róża Hoss<sup>1</sup>, Rafał Styła<sup>1</sup>, Hubert Suszek<sup>1</sup>, Joachim Kowalski<sup>1, 2</sup>,  
Małgorzata Grochowska<sup>1</sup>, Jakub Dąbrowski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

<sup>2</sup>Laboratorium Psychopatologii Eksperymentalnej, Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk

# Wizerunek psychiatri, psychologa i psychoterapeuty w mediach. Analiza polskich tygodników opinii

*Media image of psychiatrists, psychologists and  
psychotherapists. Analysis of polish weekly reviews*

## Abstract

**Introduction:** *The image of psychiatry and psychiatrists in film, press and news media is presented in a negative way. Psychiatrists are shown as unethical, unprofessional, ineffective and generally bringing harm to their patients, although they are shown as better educated and more intelligent than psychologists. Existing literature on the image of psychiatrists concerns mainly fictional characters and skips the Polish context. The aim of the study was to find out how psychiatry and mental health experts are presented in Polish opinion weeklies.*

**Materials and methods:** *An analysis of psychiatrist's image was carried out using competent judges method. A database of 208 articles from year 2013 was created. The articles were chosen from the magazines "Angora", "Do Rzeczy", "Gazeta Polska", "Gość Niedzielny", "Newsweek Polska", "Polityka", "Sieci", "Wprost", using keywords related to psychiatry, psychology and psychotherapy. Two independent judges conducted the analysis using a questionnaire created for the purpose of this study, assessing the content of the articles on three five-step dimensions: (1) Competence, (2) Positive role, (3) Ethics.*

**Results:** *The average overall assessment of the image of psychiatrists, psychologists and psychotherapists oscillated around the value of 3.5, indicating the neutrality of the image. No statistically significant differences were found in the assessment of the level of competence, a positive assessment of the role and ethics between specialists. 53% of the articles presented psychiatrists in a positive way, 40% in a neutral way, and 6% in a negative way. Among psychologists, the image was positive in 60%, in 27% it was neutral, and in 13% - negative. In the case of psychotherapists, the frequencies is by analogy 33%, 52% and 15%.*

**Conclusions:** *The image of psychiatrists, psychologists and psychotherapists in the analyzed articles was positive or neutral. There was no significant difference between representation strategies of each profession. The comparison of the obtained results with the analyses presented in the literature shows that the image of mental health experts is systematically improving.*

**Psychiatry 2020; 17, 4: 216–223**

**Key words:** *psychiatry, psychotherapy, psychology, stigmatisation, press*

## Wstęp

Postawy wobec dyscyplin zajmujących się zdrowiem psychicznym w znacznym stopniu są kształtowane przez interakcję człowieka z treściami tekstów kultury.

Film, prasa, radio i telewizja sięgają chętnie nie tylko po reprezentacje zaburzeń psychicznych i borykających się z nimi pacjentów, ale i leczących ich specjalistów. Poza fikcyjnymi obrazami fabularnymi, psychiatria i psychoterapia pojawiają się w kontekście doniesień popularnonaukowych, wywiadów ze specjalistami czy komentarzy ekspertów do bieżących wydarzeń społecznych. Strategie przedstawiania psychiatrii, psychologii klinicznej, psychoterapii i przedstawicieli tych zawodów

## Adres do korespondencji:

Anna Róża Hoss  
Wydział Psychologii UW  
ul. Stawki 5/7, 00–183 Warszawa  
e-mail: annarozahoss@gmail.com

w środkach komunikowania masowego negatywnie wpływają na postawy pacjentów — przyczyniając się do rozpowszechniania stygmatyzujących oraz auto-stygmatyzujących postaw i praktyk [1]. W konsekwencji instytucje takie jak Światowe Towarzystwo Psychiatryczne [1] i Polskie Towarzystwo Psychiatryczne [2] postulują konieczność wprowadzenia zmian mających na celu destygmatyzację psychiatrii i psychiatrów, a co za tym idzie, poprawę jakości leczenia.

Spółeczny odbiór psychiatrów i psychiatrii

Spółeczne nastawienie wobec psychiatrii jest bardziej negatywne niż w przypadku innych dyscyplin medycznych, jednak ulega systematycznej poprawie [1]. Wyniki badań dotyczących postaw wobec psychiatrii w populacji ogólnej są niejednoznaczne i dostarczają sprzecznych wniosków, co wydaje się świadczyć o ambiwalencji tych nastawień. W niektórych leczenie uważano za szkodliwe [3, 4] a w innych za pomocne [5, 6]. Większość pacjentów psychiatrycznych leczonych ambulatoryjnie liczyła na uzyskanie skutecznej pomocy [1, 7] i po uzyskaniu jej wyrażała generalną satysfakcję [8, 9], a jednocześnie wyrażała wiele negatywnych, stereotypowych przekonań. W stosunku do procesu leczenia oczekiwano bolesnych zabiegów, przymusowej hospitalizacji czy uzależnienia od leków psychotropowych [10–12]. W opiniach o psychiatrach wspomniano o ich arogancji [13] i skłonności do kontroli [14]. Podstawowe stereotypy dotyczące zawodu psychiatry występujące w populacji ogólnej mówią o psychiatrze jako o przedstawicielu aparatu opresji [15], osobie posiadającej zdolność „czytania w myślach” [16], czykimś niebezpiecznym, przemocowym i skłonny do manipulacji [17]. Pacjenci, którzy nie zrealizowali skierowania na wizytę u lekarza psychiatry jako podstawowy powód podawali strach przed stygmatyzacją [18, 19]. Oczekiwanie dyskryminacji jest wskazywane przez ekspertów za jeden z podstawowych czynników obniżających szansę uzyskania, opóźnienia lub porzucenia leczenia [17, 20, 21]. Szacuje się, że około 70% osób z zaburzeniami psychicznymi nie otrzymuje specjalistycznej pomocy [17].

Postawy lekarzy innych specjalności wobec psychiatrów są niejednoznaczne [22–24]. Wśród opinii specjalistów z innych dziedzin pojawiają się takie jak: „psychiatrzy to osoby niepewne siebie, nieskuteczne, bezużyteczne i niezrozumiałe” [24]. Trzydzieści pięć procent lekarzy niebędących psychiatrami uważa psychiatrów za mniej stabilnych emocjonalnie od innych lekarzy, a 51% — za osoby neurotyczne [1]. Studenci medycyny uważają psychiatrię za dziedzinę, która nie daje możliwości wykorzystania umiejętności zdobytych w trakcie studiów medycznych, ma niewielki prestiż wśród przedstawicieli innych specjalności, jest „niedostatecznie naukowa”, wyczerpująca emocjonalnie, niskopłatna i nieskuteczna [24].

### Figura psychiatry w filmie

Eksperti [25–28] są zgodni, że dominujący filmowy wizerunek psychiatrii i psychiatrów silnie zniekształca rzeczywistość. Hopson [28] wskazuje, że fikcyjne przedstawienia są najbardziej niekorzystne dla psychiatrów, a Orchowski, Spickard i McNamara [29], za Schulzem [30] — że psychiatria jest profesją poddawaną największej ze wszystkich zawodów stereotypizacji w obrazie filmowym. Walter [31] na podstawie analizy 404 amerykańskich kreskówek z lat 1941–1990 wskazał, że w 94% przypadków psychiatra leczy pacjenta, prowadząc psychoterapię, a jedynie w 2% przypadków stosuje farmakoterapię. Aż w przypadku 75% historii leczenie nie wywoływało poprawy, w 15% pogarszało, a tylko w 2% poprawiało stan pacjenta.

Gabbard i Gabbard [26] przeanalizowali wizerunki psychiatrów w 400 filmach. Wśród cech charakteryzujących pozytywne wizerunki lekarzy wymieniają: empatię, opanowanie, umiejętność słuchania i obserwacji, niski poziom dogmatyczności, zaangażowanie, profesjonalizm. Znacznie popularniejszy, negatywnie przedstawiony psychiatra jest oschły, nieprzyjazny, władczy, chciwy i nieprzychylnie nastawiony do pacjenta. Cechują go też: ekscentryczność, niestabilność emocjonalna, nieprzewidywalność, natrętność i onieśmielający sposób komunikowania się. Całokształt zachowań lekarza ocenia się jako negatywny (56%) lub neutralny (36%). Wśród zachowań wskazanych jako negatywne, można wymienić te świadczące o jego „szaleństwie” (15%), chciwości i materializmie (14%), braku zainteresowania pacjentem (11%) i sadyzmie (5%). Porównując wizerunki specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego z wykształceniem medycznym (psychiatra) i bez niego (psycholog, psychoterapeuta), można zauważyć, że ci pierwsi wyróżniają się wyższym poziomem wykształcenia, większym doświadczeniem zawodowym i większą atrakcyjnością fizyczną. Są także ukazywani jako osoby mniej sympatyczne [27]. Mimo to filmowy psychiatra rzadko jest osobą kompetentną i skuteczną. Za brak profesjonalizmu Beachum rozumie brak skuteczności leczenia, ekspresję treści ewidentnie niezgodnych z kanonem wiedzy naukowej i skłonność do łamania zasad etycznych. Warto przytoczyć tu wnioski Wahla, Reissa i Thompson [32], którzy po dokonaniu systematycznego przeglądu badań dotyczących filmowych wizerunków psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów stwierdzili, że wraz z początkiem XXI wieku obserwuje się bardziej pozytywny wizerunek tych zawodów. Specjaliści nadal są pokazywani jako nieetyczni czy manipulujący, ale jednocześnie częściej są ukazywani jako opiekuńczy, empatyczni i inteligentni. Głównym negatywnym przekazem jest nadal nieetyczne zachowanie, zwłaszcza w postaci nadużycia seksualnego.

## Psychiatria w mediach informacyjnych

Media (internet, telewizja, radio, prasa) są dla społeczeństwa podstawowym źródłem wiedzy o zdrowiu psychicznym [27]. Tymczasem sposób ukazywania psychiatrii jest — w porównaniu do innych dyscyplin medycyny — tendencyjny i nierzetelny [1, 26, 28–38]. Na przykład wyniki licznych badań wskazują na konsekwentną tendencję do łączenia tematu zaburzeń psychicznych z wątkami przemocy i przestępstw [1, 27, 32, 33]. Corrigan i wsp. [3948] przebadali 3353 historie związane z psychiatrią, które pojawiły się w amerykańskich czasopismach w 2002 roku i ustalili, że 39% dotyczyło przemocy, niebezpieczeństwa i zagrożenia. W badaniu Coverdale'a, Nairna i Claasena [33] w puli 562 artykułów z nowozelandzkiej prasy drukowanej 61% podkreślało zagrożenia powiązane z zaburzeniami, a 47% łączyło je z przestępczością. Placówki medyczne częściej pokazują się w sensacyjnym, negatywnym kontekście, a więc spójnie ze stereotypem opresyjnego szpitala psychiatrycznego [33]; rzadziej wspomina się o tych nowoczesnych, profesjonalnie wyposażonych, które efektywnie pomagają osobom cierpiącym z powodu zaburzeń psychicznych [1]. Doświadczenie przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wskazują jednakże, że zmiana jest możliwa. Celowe działania towarzystwa wywołały życzliwą odpowiedź ze strony polskich mediów, które w sposób bardziej realny i tym samym bardziej pozytywny zaczęły przedstawiać psychiatrię i psychiatrów. Sytuacja ta miała miejsce m.in. w okolicznościach tak zwanego „kryzysu psychiatrii dziecięcej” [2].

## Obecne badanie

Literatura ukazująca obraz psychiatrii i psychoterapii w mediach jest obfita w analizy wizerunków pochodzących z fikcyjnych historii, a w mniejszym stopniu interesuje się badaniem tego zagadnienia z punktu widzenia komunikatów prasowych [25–29, 31–38, 40–44]. Dostępne badania cechują się również istotnymi ograniczeniami: koncentracją na analizie obrazu choroby i chorego, a mniej wizerunkach specjalistów oraz brakiem rozróżnienia między zawodami psychiatry, psychologa i psychoterapeuty. Według wiedzy autorów niniejszy tekst jako pierwszy podnosi kwestię sposobów przedstawiania psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów w polskiej prasie informacyjnej. Celem niniejszego badania jest ocena wizerunku psychiatrii i specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego (ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrów) w polskich drukowanych mediach informacyjnych i interpretacja wyników w odniesieniu do istniejących już wniosków z literatury światowej.

## Materiał i metody

Autorzy utworzyli bazę artykułów prasowych, pochodzących z ośmiu polskich tygodników opinii o najwyższych wynikach sprzedaży w roku 2013 („Angora”, „Do Rzeczy”, „Gazeta Polska”, „Gość Niedzielny”, „Newsweek Polska”, „Polityka”, „Sieci”, „Wprost”). Czasopisma te można podzielić na dwie grupy odpowiadające profilom światopoglądowym redakcji: (1) czasopisma konserwatywno-katolickie: „Do Rzeczy”, „Gość Niedzielny”, „Gazeta Polska”, „Sieci” oraz (2) czasopisma liberalne: „Newsweek Polska”, „Polityka”, „Wprost” („Angora” stanowi przegląd prasy). Na podstawie słów kluczowych (takich jak: *psychoterapeuta, terapeuta, psycholog, psychiatra, seksuolog, psychoterapia, terapia, psychologia, psychiatria, seksuologia, szpital psychiatryczny, oddział psychiatryczny, psychiatryk*) stworzono wyjściową bazę, zawierającą łącznie 208 artykułów (z czego: 36 z nich pochodziło z tygodnika „Angora”, 20 z „Do Rzeczy”, 11 z „Gazety Polskiej”, 4 z „Gościa Niedzielnego”, 24 z „Newsweeka”, 44 z „Polityki”, 33 z „Sieci” i 36 z „Wprost”). Następnie baza ta została poddana powtórnemu procesowi selekcji, dokonaniem przez sędziów kompetentnych. Ostatecznie do analizy zakwalifikowano 118 artykułów. W tabeli 1 przedstawiono frekwencje dotyczące częstości występowania odniesień do zawodu psychiatry, psychologa i psychoterapeuty w analizowanych czasopismach. Dwóch pracujących niezależnie sędziów przeprowadziło analizę za pomocą instrukcji dla sędziów kompetentnych, oceniając treść na trzech pięciostopniowych wymiarach (gdzie „1” oznaczało, że specjalista „zdecydowanie nie posiada danej cechy”, „2” — raczej nie posiada danej cechy”, „3” — „jest neutralny w zakresie danej cechy”, 4 — „raczej posiada daną cechę”, a „5” — że „zdecydowanie posiada daną cechę”): (1) Kompetencji (zdecydowanie nieprofesjonalny do zdecydowanie profesjonalista), (2) Pozytywnej roli (zdecydowanie negatywna do zdecydowanie pozytywna), (3) Etyczności zachowania (zdecydowanie nieetyczny do bardzo etyczny). Wyższy wynik na każdej z podskal oznaczał większe nasilenie pozytywnej cechy. Utworzono ogólny wskaźnik wizerunku stanowiący średnią arytmetyczną trzech wymiarów. Przyjęto, że wynik w zakresie od 1 do 2,5 oznaczał negatywny, od 2,5 do 3,5 — neutralny, a od 3,5 do 5 — pozytywny wizerunek. Dane surowe z pracy sędziów kompetentnych zostały poddane analizie statystycznej za pomocą programu IBM SPSS Statistics 24.

## Wyniki

Psychiatry najczęściej wypowiadali się na temat psychopatologii (41%), przestępstw (18%) i psychologii (18%) (tab. 2). Psychologowie mówili najczęściej o psychologii

**Tabela 1.** Liczba analizowanych artykułów w podziale na zawód\* i czasopismo**Table 1.** Number of analyzed articles, broken down by profession\* and journal title

	Psychiatrzy (n = 32)	Psychologowie (n = 77)	Psychoterapeuci (n = 27)	Liczba analizowanych artykułów
„Angora”	8	10	2	17
„Do Rzeczy”	3	10	2	14
„Gazeta Polska”	2	0	0	4
„Gość Niedzielny”	0	1	1	2
„Newsweek Polska”	10	12	8	20
„Polityka”	3	23	8	29
„Sieci”	1	2	0	3
„Wprost”	6	20	8	29
Razem	33	78	29	118

\*Jedna osoba mogła reprezentować więcej niż jeden zawód

**Tabela 2.** Tematy wypowiedzi z podziałem na zawód**Table 2.** Main subjects of statements, broken down by professions

	Psychiatrzy (n = 32)	Psychologowie (n = 77)	Psychoterapeuci (n = 27)	Specjaliści ogółem* (n = 136)
Psychologia	7	55	11	58
Przestępstwa	7	10	5	17
Psychopatologia	15	4	6	15
Inne	3	5	3	10
Psychoterapia	1	1	6	7
Pedagogika	1	5	0	5
Psychiatria	3	0	0	3
Służba zdrowia, Medycyna	0	2	0	2

\*Jedna osoba mogła reprezentować więcej niż jeden zawód

(67%), rzadziej o przestępstwach (12%) i pedagogice (6%). Psychoterapeuci zwykle mówili o psychologii (35%), psychopatologii (7%) i psychoterapii (7%). Większość specjalistów (88%) w swoich wypowiedziach odwoływała się do wiedzy pochodzącej z doświadczenia klinicznego, a znacznie rzadziej (psychiatrzy: 17%, psychologowie: 17%, psychoterapeuci: 11%) do literatury naukowej (tab. 3). Nie wykryto istotnych statystycznie różnic w ocenie poziomu kompetencji, pozytywnej oceny roli i etyczności między psychiatrami, psychologami i psychoterapeutami. Ogólny wizerunek psychiatrów wyniósł 3,64 (SD [standard deviation] = 0,25), psychologów 3,5 (SD = 0,34), a psychoterapeutów 3,31 (SD = 0,17) (tab.

4). Średnia ocena wszystkich ekspertów we wszystkich czasopismach wyniosła 3,49 (SD = 0,17) (tab. 5). 53% psychiatrów zostało przedstawionych w pozytywny, 40% w neutralny, a 6% w negatywny sposób. Wśród psychologów pozytywny obraz występował prawie w 60% przypadków. W 27% był on neutralny, a w 13% negatywny. W przypadku psychoterapeutów aż 52% określono jako neutralny, jedynie 33% jako pozytywny i blisko 15% jako negatywny (tab. 6).

#### Dyskusja

Wyniki badań amerykańskich [45] pokazują, że rolę psychiatrów określa się jako negatywną (56%) lub neutralną

**Tabela 3.** Liczba odwołań w artykułach w podziale na rodzaj odwołania oraz zawód  
**Table 3.** Number of references in articles, broken down by profession and type of the reference

	Psychiatrzy (n = 32)	Psychologowie (n = 77)	Psychoterapeuci (n = 27)	Specjaliści ogółem* (n = 136)
Literatura naukowa	5	11	3	19
Doświadczenie kliniczne	30	63	27	120
Inne	1	3	1	5

\*Jedna osoba mogła reprezentować więcej niż jeden zawód

**Tabela 4.** Porównanie średniej oceny wizerunku specjalistów na wymiarach kompetencji, pozytywnej oceny roli, etyczności zachowania i ogólnej oceny wizerunku

**Table 4.** Comparison of the average assessments of the images of specialists, in the dimensions of: competence, positive role, ethics and overall assessment of the image

Wymiary	Psychiatrzy (n = 32)		Psychologowie (n = 77)		Psychoterapeuci (n = 27)		Test H Kruskala- Wallisa H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Kompetencja	3,98	1,03	3,97	1,20	3,56	1,06	4,42	0,11
Pozytywna ocena roli	3,52	0,86	3,41	0,94	3,24	0,86	1,45	0,485
Etyczność zachowania	3,41	0,87	3,12	0,81	3,17	0,83	3,39	0,184
Ogólna ocena wizerunku	3,64	0,25	3,5	0,34	3,31	0,17	3,09	0,465

\*Jedna osoba mogła reprezentować więcej niż jeden zawód; M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

**Tabela 5.** Średnia ocena wizerunku specjalistów z podziałem na zawód i czasopismo

**Table 5.** Average assessment of the image of specialists, broken down by profession and journal title

Średnia ocena wizerunku według czasopism	Psychiatrzy (n = 32)		Psychologowie (n = 77)		Psychoterapeuci (n = 27)		Specjaliści ogółem* (n=136)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
„Angora”	3,83	1,32	3,48	1,26	4,83	0,24	4,04	0,7
„Do Rzeczy”	3,75	0,35	3,60	1,15	2,50	1,42	3,27	0,67
„Gość Niedzielny”	4,41	0,35			3,67	0,00	4,04	0,52
„Newsweek” „Polska”	3,37	0,61	3,41	5,43	2,92	0,68	3,23	0,27
„Polityka”	4,22	0,7	3,84	0,65	3,27	0,83	3,77	0,47
„Sieci”	3,16	0	2,33	1,41			2,74	0,58
„Wprost”	3,31	2,45	3,22	1,09	3,54	0,74	3,35	0,16
„Czasopisma” Łącznie	3,72	0,44	3,31	0,48	3,46	0,73	3,49	0,17

\*Jedna osoba mogła reprezentować więcej niż jeden zawód; M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

**Tabela 6.** Frekwencja artykułów o charakterze pozytywnym, neutralnym i negatywnym według ogólnego wskaźnika wizerunku z podziałem na zawód**Table 6.** Frequencies of positive, neutral and negative articles according to the general image index, broken down by occupation

Ogólny wskaźnik wizerunku	Psychiatry (n = 32)		Psychologowie (n = 77)		Psychoterapeuci (n = 27)	
	n	%	n	%	n	%
Pozytywny	17	53,1	46	59,7	9	33,3
Neutralny	13	40,6	21	27,3	14	51,9
Negatywny	2	6,3	10	13	4	14,8

(36%). W niniejszym badaniu odsetek ten jest niższy. Nie znalazły potwierdzenia pojawiające się w literaturze zagranicznej wnioski dotyczące szczególnie niskiego poziomu oceny etyczności zachowania psychiatrów ani ogólnej, negatywnej oceny ich roli. Literatura przedmiotu dotyczy jednak przede wszystkim wizerunków fikcyjnych, na przykład filmowych, co nie było przedmiotem tej pracy. Należy pamiętać, że nasza praca odnosi się do wąskiego wycinka konkretnego kontekstu kulturowo-społecznego. Nawiązując do wspomnianego badania Wahla, Reissa i Thompson [32] czy wniosków Sartoriusa i zespołu [1] można przypuszczać, że wizerunek psychiatrii i psychiatrów w XXI wieku w istocie ulega systematycznej poprawie. Nie zmienia to jednak faktu, że zawiera on wiele negatywnych zniekształceń, co powinno być przedmiotem oddziaływań środowiska psychiatrycznego. Wyniki polskich badań [22] dotyczących samooceny lekarzy psychiatrów wskazują, że posiadają oni wiele negatywnych przypuszczeń odnośnie własnego wizerunku. Na przykład blisko połowa (47%) z nich sądzi, że społeczeństwo uważa leczenie psychiatryczne za nieskuteczne, a 56,9% uważa, że psychiatria jest oceniana przez lekarzy innych specjalności jako dziedzina o niskim lub bardzo niskim prestiżu. Psychiatry uważają, że opinie o nich i ich dyscyplinie są negatywne bądź neutralne, ale jednocześnie są zadowoleni z wyboru specjalności (96,1%). Sygnalizowane rozbieżności mogą być powiązane ze zjawiskiem autostygmatyzacji [1, 22] co powinno być przedmiotem dalszych badań. Często uczestniczyli oni w komentowaniu zjawisk związanych z przestępstwami, co jest spójne ze wspomnianą wcześniej skłonnością do łączenia w przekazach medialnych psychiatrii z przemocą i naruszaniem prawa [22, 44–49]. Ważnym wydaje się pytanie, czy specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego powinni godzić się na udzielanie podobnych komentarzy dotyczących powyższych kwestii. Potencjalną konsekwencją może bowiem być utrwalenie powiązania wizerunku psychiatrii z przemocą. Podstawowe ograniczenia badania wynikają z właściwości metody — oceny przez sędziów kompetentnych.

Efekty wyczerpującej, eksperckiej analizy jakościowej służą przede wszystkim wskazaniu obszarów o interesującym potencjale badawczym. Jest to szczególnie istotne w przypadku fenomenów, które nie są jeszcze przedmiotem szczególnego zainteresowania, a jednocześnie ich konsekwencje społeczne są istotne i wymierne. Stosownym wydaje się przeprowadzenie podobnych analiz za pomocą metod ilościowych, a także rozwinięcie zakresu materiału badawczego na inne *mass media*, ze szczególnym uwzględnieniem internetu. Pozwoli to na zbadanie zarówno nadanego komunikatu, jak i jego dynamicznej recepcji. Wartą sprawdzenia za pomocą innych metod jakościowych jest treść stereotypu psychiatry pod kątem zestawu konkretnych cech. Dane surowe użyte w badaniu pochodzą z 2013 roku, co stanowi drugie ograniczenie badania. Zasadne będzie powtórzenie badania z użyciem najnowszych danych. PTP podjęło od 2017 roku kroki ku poprawie wizerunku medialnego psychiatrii, m.in. poprzez zaangażowanie ekspertów we współpracę z mediami, w tym z tytułami badanymi w niniejszej pracy. Wnioski przedstawione w raporcie z 2019 roku [2] wskazują na skuteczność tych działań. Budowanie pozytywnego obrazu specjalistów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego jest celem priorytetowym dla środowiska ekspertów. Interwencje skierowane na polepszanie tego wizerunku w bezpośredni sposób poprawiają poziom zaufania społecznego, a co za tym idzie — gotowości do korzystania z leczenia. Odbiorcami omawianych komunikatów są nie tylko pacjenci psychiatryczni i ich rodziny, ale i politycy, urzędnicy, lekarze innych specjalności i osoby u progu decyzji o wyborze ścieżki zawodowej. Wnikliwa analiza zjawiska i podjęte w jej skutek działania służą wszystkim z nich.

#### Wnioski

Wizerunki psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów przedstawione w polskich tygodnikach opinii o najwyższej sprzedaży w roku 2013 roku można

określić jako neutralne lub nieznacznie pozytywne. Obrazy przedstawicieli poszczególnych zawodów nie różnią się od siebie w istotny sposób. Psychiatry pojawiają się w artykułach prasowych w roli ekspertów komentujących bieżące wydarzenia w odniesieniu do własnego doświadczenia klinicznego i wiedzy naukowej. Tematem wypowiedzi jest najczęściej psychopatologia,

co jest zgodne z zakresem ich kompetencji. Dość często wypowiadają się na temat przemocy i przestępstw, cospółgra z tendencją do kojarzenia dziedziny z przestępczością. Wyniki badania wskazują na tendencję do poprawy wizerunku dyscypliny i jej przedstawicieli. Celowe działania środowisk eksperckich skierowane na poprawę wizerunku są nadal potrzebne.

### Streszczenie

**Wstęp:** Wizerunek psychiatrii i psychiatrów jest przedstawiany w filmie, prasie i mediach informacyjnych w negatywny sposób. Psychiatry są pokazywani jako osoby nieetyczne, nieprofesjonalne, nieskuteczne, przynoszące pacjentowi szkodę, a jednocześnie lepiej wykształcone i inteligentniejsze niż psychologowie. Dotychczasowa literatura dotycząca wizerunku psychiatrów dotyczy przede wszystkim postaci fikcyjnych i nie uwzględnia kontekstu polskiego. Celem badania było poznanie sposobu przedstawiania psychiatrii i innych specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego w polskich tygodnikach opinii.

**Materiał i metody:** Przeprowadzono analizę wizerunku psychiatrii metodą oceny sędziów kompetentnych. Utworzono bazę 208 artykułów z 2013 roku z czasopism „Angora”, „Do Rzeczy”, „Gazeta Polska”, „Gość Niedzielny”, „Newsweek Polska”, „Polityka”, „Sieci”, „Wprost” zawierających słowa kluczowe dotyczące psychiatrii, psychologii i psychoterapii. Dwóch pracujących niezależnie sędziów przeprowadziło analizę za pomocą utworzonego na potrzeby badania kwestionariusza, oceniając treść artykułów na trzech pięciostopniowych wymiarach: (1) Kompetencji, (2) Pozytywnej roli, (3) Etyczności zachowania.

**Wyniki:** Średnia ogólna ocena wizerunku psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów oscylowała wokół wartości 3,5 wskazując na neutralność wizerunku. Nie wykryto istotnych statystycznie różnic w ocenie poziomu kompetencji, pozytywnej oceny roli i etyczności między specjalistami. W 53% artykułów ukazywano psychiatrów w sposób pozytywny, w 40% w neutralny, a 6% w negatywny sposób. Wśród psychologów pozytywny obraz występował w 60% przypadków, w 27% był on neutralny, a w 13% negatywny. W przypadku psychoterapeutów frekwencje te wynosiły odpowiednio 33%, 52% i 15%.

**Wnioski:** Wizerunek psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów w analizowanych artykułach był najczęściej pozytywny lub neutralny. Nie wykazano istotnej różnicy między sposobem przedstawiania poszczególnych zawodów. Zestawienie uzyskanych wyników z analizami przedstawionymi w literaturze wskazuje, że wizerunek specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego systematycznie poprawia się.

**Psychiatria 2020; 17, 4: 216–223**

**Słowa kluczowe:** psychiatria, psychoterapia, psychologia, stygmatyzacja, prasa

### Piśmiennictwo:

- Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*. 2010; 9(3): 131–144, doi: [10.1002/j.2051-5545.2010.tb00296.x](https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00296.x), indexed in Pubmed: [20975855](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20975855/).
- Murawiec, S. Sprawozdanie Rzecznika Prasowego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego 2016. 2019: Warszawa.
- Lauber C, Nordt C, Falcato L, et al. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; 36(11): 553–556, doi: [10.1007/s001270170006](https://doi.org/10.1007/s001270170006), indexed in Pubmed: [11824850](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11824850/).
- De Toledo Piza Peluso E, Blay SL. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. *Int J Soc Psychiatry*. 2009; 55(1): 16–27, doi: [10.1177/0020764008092351](https://doi.org/10.1177/0020764008092351), indexed in Pubmed: [19129323](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19129323/).
- Kobau R, Diiorio C, Chapman D, et al. SAMHSA/CDC Mental Illness Stigma Panel Members. Attitudes about mental illness and its treatment: validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. *Community Ment Health J*. 2010; 46(2): 164–176, doi: [10.1007/s10597-009-9191-x](https://doi.org/10.1007/s10597-009-9191-x), indexed in Pubmed: [19330448](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19330448/).
- Yang LH, Phelan JoC, Link BG. Stigma and beliefs of efficacy towards traditional Chinese medicine and Western psychiatric treatment among Chinese-Americans. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2008; 14(1): 10–18, doi: [10.1037/1099-9809.14.1.10](https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.1.10), indexed in Pubmed: [18229996](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18229996/).
- Richardson LA. Seeking and obtaining mental health services: what do parents expect? *Arch Psychiatr Nurs*. 2001; 15(5): 223–231, doi: [10.1053/apnu.2001.27019](https://doi.org/10.1053/apnu.2001.27019), indexed in Pubmed: [11584351](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11584351/).
- Balch P, Ireland JF, McWilliams SA, et al. Client evaluation of community mental health services: relation to demographic and treatment variables. *Am J Community Psychol*. 1977; 5(2): 243–247, doi: [10.1007/BF00903208](https://doi.org/10.1007/BF00903208), indexed in Pubmed: [888795](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/888795/).
- Leaf P, Bruce M, Tischler G, et al. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *Journal of Community Psychology*. 1987; 15(2): 275–284, doi: [10.1002/1520-6629\(198704\)15:2<275::aid-jcop2290150216>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/1520-6629(198704)15:2<275::aid-jcop2290150216>3.0.co;2-j).



10. Skuse DH. Attitudes to the psychiatric outpatient clinic. *Br Med J*. 1975; 3(5981): 469–471, doi: [10.1136/bmj.3.5981.469](https://doi.org/10.1136/bmj.3.5981.469), indexed in Pubmed: [1156825](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1156825/).
11. Noble L, Douglas B, Newman S. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine*. 2001; 52(7): 985–998, doi: [10.1016/S0277-9536\(00\)00210-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00210-0).
12. Bystritsky A, Wagner A, Russo J, et al. Assessment of beliefs about psychotropic medication and psychotherapy: development of a measure for patients with anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*. 2005; 27(5): 313–318, doi: [10.1016/j.genhosp-psych.2005.05.005](https://doi.org/10.1016/j.genhosp-psych.2005.05.005).
13. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, et al. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull*. 2004; 30(3): 665–675, doi: [10.1093/oxfordjournals.schbul.a007114](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007114), indexed in Pubmed: [15631259](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15631259/).
14. Ryan CS, Robinson DR, Hausmann LR. Stereotyping among providers and consumers of public mental health services. The role of perceived group variability. *Behav Modif*. 2001; 25(3): 406–442, doi: [10.1177/0145445501253003](https://doi.org/10.1177/0145445501253003), indexed in Pubmed: [11428247](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11428247/).
15. Fink PJ, Tasman A. *Stigma and mental illness*. Washington, DC, American Psychiatric Press. 1992.
16. Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2008; 17(1): 14–19, doi: [10.1017/s1121189x00002621](https://doi.org/10.1017/s1121189x00002621), indexed in Pubmed: [18444452](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18444452/).
17. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health*. 2013; 103(5): 777–780, doi: [10.2105/AJPH.2012.301056](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056), indexed in Pubmed: [23488489](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23488489/).
18. von Sydow K, Reimer C. Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts. A meta-content analysis of 60 studies published between 1948 and 1995. *Am J Psychother*. 1998; 52(4): 463–488, doi: [10.1176/appi.psychotherapy.1998.52.4.463](https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1998.52.4.463), indexed in Pubmed: [9861426](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9861426/).
19. Ben-Noun, L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 1996; 33(3): 167–174.
20. Gaebel W, Zäske H, Baumann AE, et al. Evaluation of the German WPA „program against stigma and discrimination because of schizophrenia—Open the Doors”: results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res*. 2008; 98(1-3): 184–193, doi: [10.1016/j.schres.2007.09.013](https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.013), indexed in Pubmed: [17961985](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17961985/).
21. Wang PS, Lane M, Olfson M, et al. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6): 629–640, doi: [10.1001/archpsyc.62.6.629](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.629), indexed in Pubmed: [15939840](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939840/).
22. Kochański A, Cechnicki A. Opinions of Polish psychiatrists on psychiatry and their own professional role. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2018; 27(1): 31–48, doi: [10.5114/ppn.2018.74325](https://doi.org/10.5114/ppn.2018.74325).
23. Kochański, A., Cechnicki, A. Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie. *Psychiatria Polska*. 2011; 51(1): 29–44.
24. Angermeyer MC, van der Auwera S, Carta MG, et al. Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry*. 2017; 16(1): 50–61, doi: [10.1002/wps.20383](https://doi.org/10.1002/wps.20383), indexed in Pubmed: [28127931](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28127931/).
25. Gabbard G. *Psychotherapy in Hollywood Cinema*. Australasian Psychiatry. 2016; 9(4): 365–369, doi: [10.1046/j.1440-1665.2001.00365.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.2001.00365.x).
26. Gabbard G. O., Gabbard K. *Psychiatry and the cinema*. USA: American Psychiatric Association. 1999.
27. Beachum, L. (2010) *The Psychopathology of Cinema: How Mental Illness and Psychotherapy are Portrayed in Film*. Honors Projects, 56. <http://scholarworks.gvsu.edu/honorsprojects/56>.
28. Hopson J. The demonisation of psychiatrists in fiction (and why real psychiatrists might want to do something about it). *Psychiatr Bull* (2014). 2014; 38(4): 175–179, doi: [10.1192/pb.bp.113.045633](https://doi.org/10.1192/pb.bp.113.045633), indexed in Pubmed: [25237540](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25237540/).
29. Orchowski L, Spickard B, McNamara J. Cinema and the valuing of psychotherapy: Implications for clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2006; 37(5): 506–514, doi: [10.1037/0735-7028.37.5.506](https://doi.org/10.1037/0735-7028.37.5.506).
30. Schultz JM, Videbeck SL. *Lippincott’s manual of psychiatric nursing care plans*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams, Philadelphia 2013.
31. Walter G. The psychiatrist in American cartoons, 1941–1990. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; 85(2): 167–172, doi: [10.1111/j.1600-0447.1992.tb01463.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb01463.x), indexed in Pubmed: [1543044](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1543044/).
32. Wahl, O., Reiss, M., Thompson, C. A. *Film Psychotherapy in the 21st Century*, Health Communication. 2018; 33(3): 238–245.
33. Coverdale J, Nairn R, Claesen D. Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002; 36(5): 697–700, doi: [10.1046/j.1440-1614.2002.00998.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00998.x), indexed in Pubmed: [12225457](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12225457/).
34. Nunnally J. The communication of mental health information: A comparison of the opinions of experts and the public with mass media presentations. *Behavioral Science*. 2007; 2(3): 222–230, doi: [10.1002/bs.3830020305](https://doi.org/10.1002/bs.3830020305).
35. Gerbner G, Gross L, Morgan M, et al. The “Mainstreaming” of America: Violence Profile No. 11. *Journal of Communication*. 2006; 30(3): 10–29, doi: [10.1111/j.1460-2466.1980.tb01987.x](https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1980.tb01987.x).
36. Wahl OF, Harman CR. Family views of stigma. *Schizophr Bull*. 1989; 15(1): 131–139, doi: [10.1093/schbul/15.1.131](https://doi.org/10.1093/schbul/15.1.131), indexed in Pubmed: [2717886](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2717886/).
37. Berlin FS, Malin HM. Media distortion of the public’s perception of recidivism and psychiatric rehabilitation. *Am J Psychiatry*. 1991; 148(11): 1572–1576, doi: [10.1176/ajp.148.11.1572](https://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1572), indexed in Pubmed: [1928475](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1928475/).
38. Diefenbach D. The portrayal of mental illness on prime-time television. *Journal of Community Psychology*. 1997; 25(3): 289–302, doi: [10.1002/\(sici\)1520-6629\(199705\)25:3<289::aid-jcop5>3.0.co;2-r](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6629(199705)25:3<289::aid-jcop5>3.0.co;2-r).
39. Corrigan PW, Watson AC, Gracia G, et al. Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatr Serv*. 2005; 56(5): 551–556, doi: [10.1176/appi.ps.56.5.551](https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.551), indexed in Pubmed: [15872163](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15872163/).
40. Edney D.R. *Mass Media and Mental Illness: A Literature Review*. Ontario: Canadian Mental Health Association. 2004.
41. Cutcliffe JR, Hannigan B. Mass media, ‘monsters’ and mental health clients: the need for increased lobbying. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001; 8(4): 315–321, doi: [10.1046/j.1365-2850.2001.00394.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00394.x), indexed in Pubmed: [11882144](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11882144/).
42. Wahl O, Roth R. Television images of mental illness: Results of a metropolitan Washington media watch. *Journal of Broadcasting*. 2009; 26(2): 599–605, doi: [10.1080/08838158209364028](https://doi.org/10.1080/08838158209364028).
43. Wahl OF. *Media madness: public images of mental illness*. Rutgers University Press 1995.
44. Rose N. Governing risky individuals: The role of psychiatry in new regimes of control. *Psychiatry, Psychology and Law*. 2009; 5(2): 177–195, doi: [10.1080/13218719809524933](https://doi.org/10.1080/13218719809524933).
45. Wilson C, Nairn R, Coverdale J, et al. Constructing mental illness as dangerous: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999; 33(2): 240–247, doi: [10.1046/j.1440-1614.1999.00542.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00542.x), indexed in Pubmed: [10336222](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10336222/).
46. Angermeyer MC. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000; 102(407): 63–67.
47. Francis C, Pirkis J, Francis C, et al. Portrayal of depression and other mental illnesses in Australian nonfiction media. *Journal of Community Psychology*. 2001; 33(3): 283–297.
48. Olstead R. Contesting the text: Canadian media depictions of the conflation of mental illness and criminality. *Sociology of Health & Illness*. 2002; 24(5): 621–643, doi: [10.1111/1467-9566.00311](https://doi.org/10.1111/1467-9566.00311).
49. Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996; 31(6): 321–326, doi: [10.1007/BF00783420](https://doi.org/10.1007/BF00783420), indexed in Pubmed: [8952371](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8952371/).

Roksana Duszkiewicz<sup>1</sup>, Justyna Gacek<sup>1,2</sup>, Filip Hajdrowski<sup>1</sup>, Agnieszka Greń<sup>1</sup>,  
Krzysztof Silski<sup>1</sup>, Miłosz Gołyszny<sup>1</sup>, Tomasz Ludyga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Koło Naukowe Farmakologii, Zakład Farmakologii Katedry Farmakologii, Wydział Nauk Medycznych,  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>2</sup>Katedra Biochemii i Biologii Molekularnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna  
w Bielsku-Białej

## Analiza zaburzeń neuropsychiatrycznych wywołanych infekcją *Tropheryma whipplei*

*Analysis of neuropsychiatric disorders caused by infection  
*Tropheryma whipplei**

### Abstract

Whipple's disease is a rare, chronic systemic infection caused by gram-positive *Tropheryma whipplei* actinobacterium. So far, the reasons for the *Tropheryma whipplei* infection have not been explained. Clinical symptoms are non-specific and may suggest other diseases, mainly gastrointestinal disease. Nervous system symptoms such as personality disorders, behavioral disorders, depressive symptoms and disturbances of consciousness are also observed.

The aim of the study is to collect information on neuropsychological disorders found in Whipple's disease.

Central nervous system (CNS) involvement can take place in three cases: classic form, in the relapse of previously treated classic form (with changes in the digestive system) and in isolated CNS infection (without evidence of gastrointestinal involvement by *T. whipplei*). Neurological disorders resulting from CNS involvement are variable and may be similar to other diseases of the nervous system. Treatment is difficult due to the long-term course of the disease and non-specificity of its symptoms, which is why the problem is the selection of effective pharmacotherapy. Untreated disease results in worsening neuropsychological disorders. Pharmacotherapy involves the use of antibiotics. The use of antibacterial therapy reduces the risk of recurrence of clinical symptoms.

**Psychiatry 2020; 17, 4: 224–228**

**Key words:** Whipple's disease, *Tropheryma whipplei*, neuropsychological disorder

### Wstęp

Choroba Whipple'a jest rzadkim, przewlekłym zakażeniem układowym wywołanym przez gram-dodatnie aktywnobakterie *Tropheryma whipplei* [1]. Pierwszy przypadek został opisany w 1895 roku, ale wówczas nie uznano go za odrębną jednostkę chorobową [2]. Choroba ta została sklasyfikowana po raz pierwszy przez George'a Hoyta Whipple'a w 1907 roku jako lipodystrofia jelitowa [3], a jej bakteryjne podłoże potwierdzono dopiero w 1961

roku za pomocą mikroskopii elektronowej [4]. Choroba Whipple'a powoduje głównie zaburzenia funkcjonowania układu pokarmowego [3], jednak obserwuje się również u pacjentów objawy ośrodkowe [5], kardiologiczne [6] oraz zaburzenia widzenia [7].

### Etiologia i epidemiologia

Czynnikiem etiologicznym choroby są gram-dodatnie laseczki *Tropheryma whipplei* (*T. whipplei*), należące do rodziny *Cellulomonadaceae*, które zostały zidentyfikowane w 1992 roku [1, 8]. Odkrycie to poprzedzono badaniami łańcuchową reakcją polimerazy (PCR, *polymerase chain reaction*) na bakteryjnym 16S rybosomalnym RNA obecnym w biopsji jelita, po-

### Adres do korespondencji:

Roksana Duszkiewicz  
Koło Naukowe Farmakologii  
Zakład Farmakologii Katedry Farmakologii  
Wydział Nauk Medycznych SUM  
ul. Medyków 18, 40–752 Katowice  
e-mail: roksana.duszkiewicz@gmail.com

brany od pacjenta z chorobą Whipple'a [9]. Laseczka *T. whipplei* jest jednym z przykładów mikroorganizmów, które wywołują choroby u ludzi, ale nie mogą być hodowane *in vitro* [8]. Wyniki badań filogenetycznych wykazały jej bliski związek z typowymi bakteriami środowiskowymi zamieszkującymi stratosferę i hydrosferę [10], co z kolei wyjaśniałoby napotymane trudności hodowli w warunkach laboratoryjnych [11]. Dotychczas w pełni nie wyjaśniono przyczyn zakażenia. Wyniki badań epidemiologicznych, w tym kilku przypadków rodzinnych, wskazują na uwarunkowaną genetycznie podatność na zakażenie, związaną z obecnością antygenów leukocytarnych HLA-27 [7]. Stwierdzono również, że w organizmie człowieka uszkodzone limfocyty pomocnicze T typu 1 odgrywają kluczową rolę w rozwoju zakażeń *T. whipplei* [12]. Inną sugerowaną przyczyną rozwoju zakażenia mogą być zmiany aktywności układu immunologicznego pacjentów, u których pod wpływem infekcji zwiększa się uwalnianie interleukiny 4 (IL-4, *interleukine 4*). Dochodzi ponadto do zahamowania uwalniania cytokin prozapalnych aktywujących makrofagi oraz spadku uwalniania interferonu  $\gamma$  i IL-12 [13–15].

Choroba Whipple'a jest rzadkim zaburzeniem, może więc być nieprawidłowo rozpoznana lub nierozpoznana z powodu występowania nietypowych objawów. Dość ogólną egzemplifikacją jest fakt, że na całym świecie opisano mniej niż 1000 przypadków [16]. Choroba ta częściej występuje u mężczyzn w średnim wieku niż u kobiet (w stosunku 9:1) oraz częściej u osób rasy kaukaskiej [2]. Zauważono również, że większość pacjentów stanowią osoby związane zawodowo z branżą budowlaną i rolnictwem, które mają kontakt z glebą oraz zwierzętami [17].

### Diagnostyka

W 1949 roku po raz pierwszy zostały opisane PAS — dodatnie (*periodic acid + Schiff reagent*) makrofagi w wycinkach pobranych z jelita cienkiego u pacjentów z chorobą Whipple'a [18]. Rozpoznanie omawianej choroby ustala się na podstawie dodatnich wyników badań histopatologicznych i mikrobiologii molekularnej bioptatów na obecność PAS-dodatnich makrofagów w błonie śluzowej dwunastnicy i/lub jelita cienkiego [19]. Oprócz jelita cienkiego, PAS-dodatnie makrofagi mogą być obecne również w jelicie grubym, żołądku, sercu, płucach, wątrobie, trzustce, nerkach, płynach ustrojowych, a także w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) [12, 20–22]. Przy diagnozowaniu choroby Whipple'a należy wziąć pod uwagę możliwość występowania innych chorób takich jak histoplazmoza, makroglobulinemia oraz zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS, *acquired immunodeficiency syndrome*), w których rów-

nież występują makrofagi PAS-dodatnie. Do rozpoznania można zastosować ponadto techniki immunohistochemiczne (IHC, *immunohistochemical*) ze specyficznymi przeciwciałami przeciwko *T. whipplei*.

Według kryteriów diagnostycznych zaproponowanych przez Louisa i wsp. [23] zajęcie OUN w przebiegu choroby Whipple'a można rozpoznać, gdy u pacjenta występują:

- miorytmia oczna i/lub
- pozytywny wynik biopsji tkanki mózgu (komórki PAS-dodatnie) i/lub pozytywny wynik analizy PCR.

Wśród testów używanych w badaniach neuropsychologicznych do oceny deficytów poznawczych u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN stosowane są: test Mini Mental (MMSE, *Mini Mental State Examination*), test rysowania zegara (CDT, *Clock Drawing Test*), test łączenia punktów (TMT, *Trial Making Test*), Skala depresji Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*), test pamięci wzrokowej Bentona (BVRT, *Benton Visual Memory Test*), test 15 słów Reya (RAVLT, *Rey Auditory Verbal Learning Test*) [22].

### Objawy kliniczne

Objawy kliniczne są niespecyficzne i mogą sugerować inne choroby, w tym głównie choroby układu pokarmowego. Choroba Whipple'a charakteryzuje się gorączką, biegunką, utratą masy ciała, limfadenopatią (powiększeniem węzłów chłonnych), zapaleniem wielostawowym [24]. U niektórych pacjentów obserwuje się objawy zajęcia OUN [5] oraz objawy serc pochodne, takie jak zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie osierdzia oraz zapalenie wsierdzia [6]. Dodatkowo mogą wystąpić zaburzenia układu wzrokowego, które obejmują między innymi zapalenie błony naczyniowej, siatkówki, rogówki, naczyniówki oraz porażenie mięśni odpowiedzialnych za ruchy gałek ocznych [7]. Wyniki badań laboratoryjnych chorych wskazują głównie na wzrost parametrów zapalnych, hipokaliemię, hipoalbuminemię, niedokrwistość mikrocytarną oraz niedobory witamin B i D, będące wynikiem złego wchłaniania [25]. W przypadku niepodjęcia leczenia przebieg choroby może być trój etapowy. Pierwszy etap to niespecyficzne dolegliwości stawowe i stany podgorączkowe, drugi — dolegliwości gastroenterologiczne powodujące znaczną utratę masy ciała w krótkim czasie, natomiast etap trzeci — kacheksja i powiększenie węzłów chłonnych [5, 26].

### Objawy ze strony układu nerwowego

Pierwszy przypadek zajęcia OUN w przebiegu choroby Whipple'a został opisany w 1958 roku [27] i od tego czasu systematycznie poszerza się zakres wiedzy dotyczącej tego zaburzenia. Zajęcie OUN jest trzecim głównym objawem choroby (10–43% pacjentów) [24, 28], a zaburzenia neurologiczne są różnorodne i mogą

być podobne do innych chorób układu nerwowego [24, 29]. Różna jest częstość występowania objawów ośrodkowych u pacjentów z chorobą Whipple'a. Niektórzy autorzy opisywali zaburzenia ze strony OUN u niemal połowy pacjentów [23, 29]. Opisano jednak również przypadki bezobjawowego zajęcia OUN, które zostały zidentyfikowane pośmiertnie [29]. W związku z tym pojawiły się przypuszczenia, że wszyscy pacjenci z chorobą Whipple'a mają zajęcie OUN, pomimo braku objawów klinicznych i potwierdzających wyników badań laboratoryjnych oraz radiologicznych [30].

Kolonizacja OUN może mieć miejsce w trzech przypadkach: klasycznej postaci, w nawrocie wcześniej leczonej klasycznej postaci (ze zmianami w układzie pokarmowym) oraz w izolowanej infekcji OUN (bez dowodów zajęcia układu pokarmowego przez *T. whipplei*) [28, 29]. Compain i wsp. [31] przedstawili charakterystykę 18 pacjentów z chorobą Whipple'a, u których potwierdzono manifestacje ośrodkowe. Badania zostały wykonane na grupie 8 kobiet i 10 mężczyzn w wieku 30–56 lat. Wśród pacjentów znajdowały się zarówno osoby z klasyczną postacią choroby, z nawrotem choroby oraz przypadki izolowanej infekcji OUN. Analizowano objawy kliniczne, wyniki badań diagnostycznych i laboratoryjnej oceny płynu mózgowo-rdzeniowego, dodatkowo oceniano wyniki obrazowania mózgu oraz przeanalizowano sposób i efekty leczenia wszystkich pacjentów. Objawy neurologiczne z różnym nasileniem występowały u każdej z badanych osób. Obserwowano upośledzenie funkcji poznawczych (11 pacjentów), objawy uszkodzenia górnego neuronu ruchowego (8 pacjentów), objawy pozapiramidowe (6 pacjentów), bóle głowy (5 pacjentów), zaburzenia snu (4 pacjentów), nieprawidłowe ruchy mimowolne (4 pacjentów), miorytmie oczne (3 pacjentów), zapalenie nerwu wzrokowego (3 pacjentów), ataksję mózdzkową (2 pacjentów), padaczkę (2 pacjentów), zapalenie rdzenia kręgowego (2 pacjentów). Ponadto w przebiegu choroby Whipple'a wskazuje się również na występowanie postępującego porażenia nadjądrowego, miorytmii mięśni ocznych, twarzowych i żwaczy. Rzadziej obserwowana jest neuropatia, miopatia, zapalenie mózgu czy opon mózgowo-rdzeniowych [22, 31, 32]. Zaburzenia poznawcze są najczęstszymi objawami u pacjentów z chorobą Whipple'a (ok. 70% przypadków) [32]. Obserwowano również zaburzenia osobowości, zaburzenia zachowania, objawy depresyjne oraz zaburzenia świadomości [12, 33, 34]. W Polsce interesujący przypadek pacjenta z chorobą Whipple'a z zajęciem OUN opisany został w „Psychiatrii Polskiej” w 2013 roku [22]. Dotyczył 54-letniego mężczyzny ze zdiagnozowaną i leżoną od 10 lat chorobą. Pierwszymi objawami sugerującymi zajęcie OUN były zaburzenia zachowania

i otępienie, obejmujące: apatię, zaburzenia pamięci, nastroju oraz zaburzenia snu, przy czym brakowało objawów ze strony układu pokarmowego. Nietypowe było pojawienie się objawów neurologicznych i neuropsychologicznych podczas remisji gastroenterologicznej i w trakcie stosowania antybiotykoterapii. Według dostępnych danych stosowanie antybiotyków powinno zmniejszać objawy otępienne i zaburzenia behawioralne. Autorzy sugerowali wykonywanie testów neuropsychologicznych w celu oceny przyczyn występujących zaburzeń, które mogą być nie tylko objawem samej choroby i postępującego otępienia, ale również reakcją chorego na długi i uciążliwy przebieg choroby. Dodatkowo testy te mogłyby posłużyć do oceny skuteczności zastosowanych leków, których nieskuteczność może być spowodowana pogarszającym się stanem pacjenta [33].

### Leczenie

Właściwy wybór skutecznego leku jest uznawany za zasadniczą część terapii choroby Whipple'a, by równocześnie zmniejszyć ryzyko nawrotów zaburzeń OUN w przyszłości [35, 36]. Nieleczona choroba Whipple'a ma złe rokowanie i powoduje 100% śmiertelności, średnio po roku od przerwania leczenia [33]. Terapia polega na stosowaniu antybiotyków przenikających przez barierę krew-mózg (m.in. ceftriakson) [37] lub na stosowaniu przez 12 miesięcy ko-trimoksazolu [38]. Zastosowanie terapii przeciwbakteryjnej zmniejsza ryzyko nawrotów objawów klinicznych. Ko-trimoksazol jest szczególnie skuteczny w leczeniu pacjentów z objawami ośrodkowymi, a jego stosowanie poprawia lub przynajmniej stabilizuje przebieg choroby [29]. Nawet przy odpowiednio dobranym i prawidłowo prowadzonym leczeniu mogą jednak nastąpić nawroty. Szacuje się, że po średnim okresie trwania choroby (ok. 5 lat) u 2–33% przypadków nastąpi nawrót choroby [24]. W zależności od objawów psychicznych i ich intensywności stosuje się dodatkowo leczenie objawowe. Stosowane są leki przeciwpsychotyczne, przeciwłękowe, psychoanaleptyczne, nasenne i uspokajające [22].

### Podsumowanie

Zdiagnozowanie samej choroby Whipple'a jest złożone, a dodatkową trudność stanowi ustalenie zajęcia OUN. Przebieg choroby jest długotrwały, objawy bardzo często niespecyficzne, a wyniki stosowanych testów mogą być niejednoznaczne, dlatego trudny jest dobór skutecznej farmakoterapii [38]. Problemy te powodują, że istotne z diagnostycznego punktu widzenia jest przeprowadzenie nie tylko szczegółowego wywiadu lekarskiego, badań laboratoryjnych i histopatologicznych, ale także badań neuropsychologicznych oraz psychiatrycznych u wszystkich pacjentów z podejrzeniem choroby Whipple'a.

**Streszczenie**

Choroba Whipple'a jest rzadkim, przewlekłym zakażeniem układowym wywołanym przez gram-dodatnie aktywnobakterie *Tropheryma whipplei*. Dotychczas nie wyjaśniono przyczyn zakażenia tym patogenem. Objawy kliniczne są niespecyficzne i mogą sugerować inne choroby, w tym głównie choroby układu pokarmowego. Obserwuje się również objawy ze strony układu nerwowego, takie jak zaburzenia osobowości, zaburzenia zachowania, objawy depresyjne oraz zaburzenia świadomości.

Celem pracy jest zebranie informacji na temat zaburzeń neuropsychologicznych występujących w Chorobie Whipple'a. Zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) może mieć miejsce w trzech przypadkach: klasycznej postaci, w nawrocie wcześniej leczonej klasycznej postaci (ze zmianami w układzie pokarmowym) oraz w izolowanej infekcji OUN (bez dowodów zajęcia układu pokarmowego przez *T. whipplei*). Zaburzenia neurologiczne wynikające z zajęcia OUN są różnorodne i mogą być podobne do innych chorób układu nerwowego. Leczenie jest utrudnione ze względu na długotrwały przebieg choroby i niespecyficzność jej objawów, dlatego też problemem jest dobór skutecznej farmakoterapii. Nieleczona choroba skutkuje pogłębieniem zaburzeń neuropsychologicznych. Farmakoterapia polega na zastosowaniu antybiotyków. Wdrożenie terapii przeciwbakteryjnej zmniejsza ryzyko nawrotów objawów klinicznych.

**Psychiatria 2020; 17, 4: 224–228**

**Słowa kluczowe:** choroba Whipple'a, *Tropheryma whipplei*, zaburzenia neuropsychologiczne

**Piśmiennictwo:**

- La Scola B, Fenollar F, Fournier PE, et al. Description of *Tropheryma whipplei* gen. nov., sp. nov., the Whipple's disease bacillus. *Int J Syst Evol Microbiol.* 2001; 51(Pt 4): 1471–1479, doi: [10.1099/00207713-51-4-1471](https://doi.org/10.1099/00207713-51-4-1471), indexed in Pubmed: [11491348](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11491348/).
- Dobbins W. Whipple's Disease. *Mayo Clinic Proceedings.* 1988; 63(6): 623–624, doi: [10.1016/s0025-6196\(12\)64892-7](https://doi.org/10.1016/s0025-6196(12)64892-7).
- Whipple GHA. hitherto undescribed disease characterized anatomically by deposits of fat and fatty acids in the intestinal and mesenteric lymphatic tissues. *Johns Hopkins Hosp Bull* 1907: 383–389.
- Yardley J, Hendrix TR. Combined electron and light microscopy in Whipple's disease: demonstration of "bacillary bones" in the intestine. *Johns Hopkins Hosp Bull.* 1961; 109: 80–98.
- Maizel H, Ruffin JM, Dobbins WO. Whipple's disease: a review of 19 patients from one hospital and a review of the literature since 1950. *Medicine Baltimore* 1970: 175–205.
- Ratliff NB, McMahon JT, Naab TJ, et al. Whipple's disease in the porcine leaflets of a Carpentier-Edwards prosthetic mitral valve. *N Engl J Med.* 1984; 311(14): 902–903, doi: [10.1056/NEJM198410043111407](https://doi.org/10.1056/NEJM198410043111407), indexed in Pubmed: [6206394](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6206394/).
- Dobbins WO, Dobbins WO. HLA antigens in Whipple's disease. *Arthritis Rheum.* 1987; 30(1): 102–105.
- Relman DA, Schmidt TM, MacDermott RP, et al. Identification of the uncultured bacillus of Whipple's disease. *N Engl J Med.* 1992; 327(5): 293–301, doi: [10.1056/NEJM199207303270501](https://doi.org/10.1056/NEJM199207303270501), indexed in Pubmed: [1377787](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1377787/).
- Wilson KH, Blitchington R, Frothingham R, et al. Phylogeny of the Whipple's-disease-associated bacterium. *Lancet.* 1991; 338(8765): 474–475, doi: [10.1016/0140-6736\(91\)90545-z](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)90545-z), indexed in Pubmed: [1714530](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1714530/).
- Maiwald M, Ditton HJ, von Herbay A, et al. Reassessment of the phylogenetic position of the bacterium associated with Whipple's disease and determination of the 16S-23S ribosomal intergenic spacer sequence. *Int J Syst Bacteriol.* 1996; 46(4): 1078–1082, doi: [10.1099/00207713-46-4-1078](https://doi.org/10.1099/00207713-46-4-1078), indexed in Pubmed: [8863438](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8863438/).
- Stackebrandt E, Liesack W, Goebel BM. Bacterial diversity in a soil sample from a subtropical Australian environment as determined by 16S rDNA analysis. *FASEB J.* 1993; 7(1): 232–236, doi: [10.1096/fasebj.7.1.8422969](https://doi.org/10.1096/fasebj.7.1.8422969), indexed in Pubmed: [8422969](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8422969/).
- Kiyooki U, Takashi S, Tomonori Y, et al. Central nervous system relapse of Whipple's disease. *Intern Med.* 2012; 51(15): 2045–2050.
- Schoedon G, Goldenberger D, Forrer R, et al. Deactivation of macrophages with interleukin-4 is the key to the isolation of *Tropheryma whipplei*. *J Infect Dis.* 1997; 176(5): 672–677.
- Marth T, Neurath M, Cuccherini BA, et al. Defects of monocyte interleukin 12 production and humoral immunity in Whipple's disease. *Gastroenterology.* 1997; 113(2): 442–448, doi: [10.1053/gast.1997.v113.pm9247462](https://doi.org/10.1053/gast.1997.v113.pm9247462), indexed in Pubmed: [9247462](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9247462/).
- Schneider T, Stallmach A, von Herbay A, et al. Treatment of refractory Whipple disease with interferon-gamma. *Ann Intern Med.* 1998; 129(11): 875–877, doi: [10.7326/0003-4819-129-11\\_part\\_1-199812010-00006](https://doi.org/10.7326/0003-4819-129-11_part_1-199812010-00006), indexed in Pubmed: [9867729](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9867729/).
- Papaliadis GN. Whipple's Disease. In: Papaliadis GN. ed. *Uveitis: A practical guide to the diagnosis and treatment of intraocular inflammation.* Springer 2017: 117–118.
- Kniewl MM. Whipple — epidemiologie und aetiologie. *Der Mikrobiol.* 1994; 4: 123–126.
- Hendrix JP, Black-Schaffer B, Withers P, et al. Whipple's intestinal lipodystrophy; report of four cases and discussion of possible pathogenic factors. *Arch Intern Med.* 1950; 85(1): 91–131, doi: [10.1001/archinte.1950.00230070113006](https://doi.org/10.1001/archinte.1950.00230070113006), indexed in Pubmed: [15398862](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15398862/).
- Fenollar F, Raoult D. Molecular techniques in Whipple's disease. *Expert Rev Mol Diagn.* 2001; 1(3): 299–309.
- Maiwald M, Schuhmacher F, Ditton HJ, et al. Environmental occurrence of the Whipple's disease bacterium (*Tropheryma whippelii*). *Appl Environ Microbiol.* 1998; 64(2): 760–762, doi: [10.1128/AEM.64.2.760-762.1998](https://doi.org/10.1128/AEM.64.2.760-762.1998), indexed in Pubmed: [9464419](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9464419/).
- Braubach P, Lippmann T, Raoult D, et al. Fluorescence hybridization for diagnosis of Whipple's disease in formalin-fixed paraffin-embedded tissue. *Front Med (Lausanne).* 2017; 4: 87, doi: [10.3389/fmed.2017.00087](https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00087), indexed in Pubmed: [28691008](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28691008/).
- Dymon I, Tabaka-Pradela J, Knast K, et al. Objawy neurologiczne i neuropsychologiczne w przewlekłej postaci choroby Whipple'a — opis przypadku. *Psychiatr Pol.* 2017; 51(5): 953–961.
- Louis ED, Lynch T, Kaufmann P, et al. Diagnostic guidelines in central nervous system Whipple's disease. *Ann Neurol.* 1996; 40(4): 561–568, doi: [10.1002/ana.410400404](https://doi.org/10.1002/ana.410400404), indexed in Pubmed: [8871574](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8871574/).
- Durand D, Lecomte C, Cathébras P, et al. Whipple disease: clinical review of 52 cases. *Medicine.* 1997; 76(3): 170–184, doi: [10.1097/00005792-199705000-00003](https://doi.org/10.1097/00005792-199705000-00003).
- Dobbins WO. The diagnosis of Whipple's disease. *N Engl J Med.* 1995; 332(6): 390–392, doi: [10.1056/NEJM199502093320611](https://doi.org/10.1056/NEJM199502093320611), indexed in Pubmed: [7529893](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7529893/).
- Berthelot JM, Puéchal X, Gaudé M, et al. Whipple's disease. *Joint Bone Spine.* 2002; 69(2): 133–140, doi: [10.1016/s1297-319x\(02\)00359-7](https://doi.org/10.1016/s1297-319x(02)00359-7), indexed in Pubmed: [12027303](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12027303/).
- Sieracki JC. Whipple's disease — observation on systemic involvement. I. Cytologic observations. *AMA Arch Pathol.* 1958; 66(4): 464–467, indexed in Pubmed: [13582384](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13582384/).

28. Lagier JC, Lepidi H, Raoult D, et al. Systemic *Tropheryma whipplei*: clinical presentation of 142 patients with infections diagnosed or confirmed in a reference center. *Medicine (Baltimore)*. 2010; 89(5): 337–345, doi: [10.1097/MD.0b013e3181f204a8](https://doi.org/10.1097/MD.0b013e3181f204a8), indexed in Pubmed: [20827111](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20827111/).
29. Gerard A, Sarrot-Reynauld F, Liozon E, et al. Neurologic presentation of Whipple disease: report of 12 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2002; 81(6): 443–457, doi: [10.1097/00005792-200211000-00005](https://doi.org/10.1097/00005792-200211000-00005), indexed in Pubmed: [12441901](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12441901/).
30. Dobbins W. Whipple's Disease. *Mayo Clinic Proceedings*. 1988; 63(6): 623–624, doi: [10.1016/s0025-6196\(12\)64892-7](https://doi.org/10.1016/s0025-6196(12)64892-7).
31. Compain C, Sacre K, Puéchal X, et al. Central nervous system involvement in Whipple disease: clinical study of 18 patients and long-term follow-up. *Medicine (Baltimore)*. 2013; 92(6): 324–330, doi: [10.1097/MD.000000000000010](https://doi.org/10.1097/MD.000000000000010), indexed in Pubmed: [24145700](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24145700/).
32. Manzel K, Tranel D, Cooper G. Cognitive and behavioral abnormalities in a case of central nervous system Whipple disease. *Arch Neurol*. 2000; 57(3): 399–403, doi: [10.1001/archneur.57.3.399](https://doi.org/10.1001/archneur.57.3.399), indexed in Pubmed: [10714668](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10714668/).
33. França MC, Castro Rde, Balthazar ML, et al. Whipple's disease with neurological manifestations: case report. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62(2A): 342–346, doi: [10.1590/s0004-282x2004000200028](https://doi.org/10.1590/s0004-282x2004000200028), indexed in Pubmed: [15235743](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15235743/).
34. Matthews BR, Jones LK, Saad DA, et al. Cerebellar ataxia and central nervous system whipple disease. *Arch Neurol*. 2005; 62(4): 618–620, doi: [10.1001/archneur.62.4.618](https://doi.org/10.1001/archneur.62.4.618), indexed in Pubmed: [15824262](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15824262/).
35. Feurle GE, Marth T. An evaluation of antimicrobial treatment for Whipple's Disease. Tetracycline versus trimethoprim-sulfamethoxazole. *Dig Dis Sci*. 1994; 39(8): 1642–1648, doi: [10.1007/BF02087770](https://doi.org/10.1007/BF02087770), indexed in Pubmed: [7519538](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7519538/).
36. Misbah SA, Mapstone NP. Whipple's disease revisited. *J Clin Pathol*. 2000; 53(10): 750–755, doi: [10.1136/jcp.53.10.750](https://doi.org/10.1136/jcp.53.10.750), indexed in Pubmed: [11064667](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11064667/).
37. Schnider PJ, Reisinger EC, Berger T, et al. Treatment guidelines in central nervous system Whipple's disease. *Ann Neurol*. 1997; 41(4): 561–562, doi: [10.1002/ana.410410425](https://doi.org/10.1002/ana.410410425), indexed in Pubmed: [9124818](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9124818/).
38. Wroe SJ, Pires M, Harding B, et al. Whipple's disease confined to the CNS presenting with multiple intracerebral mass lesions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1991; 54(11): 989–992, doi: [10.1136/jnnp.54.11.989](https://doi.org/10.1136/jnnp.54.11.989), indexed in Pubmed: [1724783](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1724783/).

Małgorzata Sosnowska  
Psychoterapia, praktyka prywatna

# Przegląd badań nad wpływem epidemii na zdrowie psychiczne pracowników medycznych i osób poddanych kwarantannie oraz izolacji

*Review of research on impact of epidemic on healthcare workers, quarantined and socially isolated persons*

## Abstract

For over a decade there has been several studies on mental health effects of anxiety caused by epidemic on psychological wellbeing of medical workers and those quarantined. In the face of novel coronavirus (COVID-19) in Poland it is vital to apply knowledge from previous research on the psychological impact of global disease outbreaks in order to anticipate mental health costs of the epidemic and social isolation. Recent research has shown medical workers are the most vulnerable to post traumatic stress among many others identified, e.g., people quarantined and socially isolated due to introduced countermeasures. Research gives insight on the impact of overwhelming sense of threat on those affected by the pandemic and how these effects can be observed in declined wellbeing and physical health over long periods of time after the exposure.

**Psychiatria 2020; 17, 4: 229–236**

**Key words:** post traumatic stress, epidemic, quarantine, anxiety

## Wstęp

Zagrożenia poważnymi chorobami o charakterze epidemii miały miejsce wielokrotnie w nowożytnym świecie. Te odległe, jak pandemia dżumy w latach 1346–1350, która pochłonęła na terenie Europy 25 milionów ludzi, sprawiają wrażenie dawno minionych [1]. Ostatnie poważne choroby zakaźne o dużym zasięgu, jak SARS w Chinach i Kanadzie w 2003 roku, czy fale zagrożenia ptasią grypą, nadal sprawiały wrażenie odległych w stosunku do Europy i Polski. Na początku roku pojawiły się zakażenia nowym wirusem COVID-19, początkowo w Chinach, później bliżej nas, we Włoszech. Odległość geograficzna choroby sprawiała, że nie dotyczyła nas w bezpośredni sposób, wywoływała jednak niepokój i niedowierzenie.

Kiedy koronawirus dotarł do Polaki w marcu, odpowiedzią rządu na zagrożenie epidemiologiczne była między innymi akcja „Zostań w domu”. Tym sposobem staliśmy się uczestnikami dramatu obejmującego cały świat, zaangażowanymi w jego przetrwanie. Amerykańska intelektualistka Susan Sontag pisała pod koniec XX wieku, że „choroba nieodmiennie przychodzi z zewnątrz” [2], analizując choroby i ich metafory od dawno minionych pandemii, poprzez gruźlicę, nowotwory i AIDS. Na podstawie mitów na temat chorób somatycznych rozpoznała jako jedno z najbardziej krzywdzących przekonań — że osoba chora ponosi winę za swój stan. Nie ma chyba wątpliwości, że wobec wirusów dwudziestego pierwszego wieku, szczególnie spustoszenia czynionego przez nowy COVID-19 na świecie, człowiek jest w dużej mierze bezradny. Można podejmować działania prewencyjne i czerpać wiedzę z doświadczeń poprzednich epidemii. Pandemie dwudziestego wieku są przedmiotem badań zarówno epidemiologów, jak instytucji zdrowia pub-

## Adres do korespondencji:

Małgorzata Sosnowska  
ul. Gen. T. Bora-Komorowskiego 56A/35  
03–986 Warszawa  
e-mail: malgorzata.maria.sosnowska@gmail.com

licznego. Powstały prace na temat sytuacji psychicznej opiekunów medycznych, pacjentów i mieszkańców objętych epidemią obszarów. Przynoszą one informacje o tym, które grupy ponoszą największe koszty zdrowia psychicznego oraz jakie są następstwa warunków epidemii na stan psychiczny po jej ustaniu. Lęk przed zarażeniem jest pożywką dla społecznego wykluczenia i dyskryminacji. Wiadomo także, że masowe tragedie, zwłaszcza spowodowane chorobami zakaźnymi wywołują lęk i obawy, które prowadzą do zakłócenia dobrostanu psychofizycznego i zmiany zachowania wśród wielu osób. Warto przeanalizować to, co wiemy do tej pory na temat reakcji psychicznych na epidemie ostatnich dwudziestu lat.

### **Badanie wpływu kwarantanny na stan psychiczny w czasie epidemii SARS**

W 2003 roku wybuch SARS w Chinach i Kanadzie spowodował panikę wśród mieszkańców. W Toronto wprowadzono kwarantannę dla osób, które miały kontakt z zakażonymi pacjentami. Badacze uważają, że dzięki wprowadzeniu kwarantanny, która nie była wówczas stosowana w Ameryce Północnej od pięćdziesięciu lat, udało się powstrzymać rozprzestrzenianie choroby [3]. Kwarantanna separuje jednostki potencjalnie narażone na zarażenie, a w następstwie na zachorowanie, od populacji ogólnej. Choć stosuje się ją dla większego dobra ogólnego, przebywanie w kwarantannie może stworzyć silne psychologiczne, emocjonalne i finansowe problemy dla wielu osób. Wiedza i zrozumienie, czym jest kwarantanna dla poddanych nią osób, jest potrzebna, by w jak największym stopniu zahamować zakaźność, a jednocześnie zminimalizować jej efekty negatywne. W czasie pierwszej i drugiej fali SARS w Toronto 15 000 osób było proszonych o dobrowolne poddanie się kwarantannie. Osoby te zostały poinstruowane, by pozostać w domu, nie przyjmować wizyt, często myć ręce, nosić maskę, jeśli przebywają w pomieszczeniu z członkami rodziny, nie dzielić ręczników ani kubków, spać w oddzielnych pokojach, mierzyć temperaturę dwa razy dziennie, a w razie wystąpienia objawów, dzwonić pod wskazany numer. Część z tych osób wzięła w 2004 roku udział w badaniu wpływu kwarantanny na zdrowie psychiczne. Wtedy okazało się, że w większości kwarantanną byli objęci pracownicy medyczni. Często znali osoby hospitalizowane z rozpoznaniem SARS, byli kolegami medyków leczących takich pacjentów lub znali pacjentów, którzy zmarli w wyniku tej choroby. Te warunki stawiły ich w grupie zwiększonego ryzyka zakażenia. Znaczna część tych osób miała objawy stresu pourazowego mierzonego skalą PTSD (*posttraumatic stress disorder*) oraz objawy depresji. Autorzy zauważyli, że poziom odczuwanego

stresu w trakcie trwania kwarantanny był porównywalny ze stresem dziennikarzy przebywających w strefie wojny. Im dłużej trwała kwarantanna, tym wyższe były wyniki na skali stresu pourazowego. Pracownicy szpitali, medycy opiekujący się zakażonymi pacjentami, są narażeni nie tylko na zachorowanie, ale doświadczają bardzo silnego stresu w związku ze swoją pracą w czasie epidemii. Potwierdzają to wyniki kolejnego etapu badań nad pracownikami ochrony zdrowia w Toronto [4]. Wykazano, że stres występuje częściej w pielęgniarce, pracowników ochrony zdrowia w niepełnym wymiarze pracy oraz osób objętych kwarantanną. Ponownie potwierdzono, że praca na oddziale klinicznym z chorymi zakaźnie zwiększa wystąpienie symptomów stresu pourazowego. Zauważono jednak, że skuteczność radzenia sobie ze stresem wynikającym z warunków pracy, zależy od oszacowania własnej skuteczności. Skuteczna opieka nad chorymi na SARS nie tylko, zdaniem autorów, redukuje poziom stresu, ale także promuje poczucie skuteczności w sprośtaniu bieżącym wymaganiom. Poczucie skuteczności pracowników zmniejsza ich bezradność i wrażliwość doświadczane w początkowym stadium epidemii.

Kolejne badanie analizujące psychologiczną sytuację pracowników szpitali, opisuje sytuację w chińskim Beijing w trakcie wybuchu SARS. Dostępne dane pokazują, że pracownicy szpitali zarażali się i chorowali częściej niż osoby niepracujące w ochronie zdrowia [5]. Ryzyko zachorowania wywoływało u nich niepokój o siebie i bliskich. Już wcześniejsze doniesienia pokazywały, że u pracowników szpitali, mających kontakt z pacjentami zarażonymi zakaźną chorobą, częściej występują objawy stresu pourazowego w ośrodkach w Kanadzie, Hong Kongu, Tajwanie i Singapurze. Śmiertelność w wyniku zarażenia SARS była bardzo wysoka, obawy badanych koncentrowały się między innymi wokół bezpośredniego zagrożenia życia i lęku przed śmiercią. Czynnikiem, który podnosił poziom stresu i przyczyniał się w następstwie do wystąpienia objawów stresu pourazowego, był charakter choroby, a dokładnie jej nieznanostwo i objawy trudne do wyleczenia. Także dłuższy czas trwania zagrożenia zwiększa ryzyko stresu pourazowego. Przytoczone powyżej chińskie badania były prowadzone trzy lata po epidemii. Po tym czasie u 40% pracowników szpitali utrzymywały się objawy stresu pourazowego. Jest to zgodne z obecnym stanem wiedzy, że objawy stresu pourazowego utrzymują się u osób, które przeżyły katastrofę. Ze stresem pourazowym powiązano: pracę w szpitalu, w którym panuje SARS, kwarantannę oraz śmierć bliskiej osoby w następstwie zakażenia SARS. Z kolei altruistyczna akceptacja ryzyka zakażenia w trakcie pracy w szpitalu, była czynnikiem chroniącym przed wysokim stresem pourazowym. Po trzech latach



w badanej grupie utrzymywał się lęk przez SARS, szczególnie u lekarzy i pielęgniarek, czyli w grupie zawodowej szczególnie ważnej dla społeczeństwa w trakcie trwania epidemii. Byłam świadkiem reakcji mieszkańców Toronto na wspomnienie o SARS po sześciu latach. W 2009 roku podczas poznawania struktury i organizacji centrów zdrowia psychicznego w Toronto, mieszkańcy z powagą i smutkiem wyjaśniali, że nadal we wszystkich budynkach publicznych zainstalowane są dozowniki z płynem do dezynfekcji rąk. Podobnie w środkach komunikacji i toaletach umieszczono instrukcje mycia rąk oraz zastygnięcia twarzy w trakcie kichania i kaszlu. To wszystko są środki prewencyjne, ale również konkretne sposoby na niwelowanie lęku i wzrost poczucia zaradności wobec ryzyka infekcji, obecnej i w przyszłości.

### Negatywne skutki kwarantanny

Po jedenastu latach warunki odbywania kwarantanny w okresie pandemii koronawirusa różnią się znacznie od tych z czasu wybuchu SARS. Obecnie rozwinięte są media społecznościowe, a powszechny dostęp do Internetu umożliwia utrzymanie kontaktów towarzyskich, rodzinnych oraz pracy i edukacji zdalnej. Jest szerszy dostęp do informacji i większe możliwości pomocy w przetrwaniu izolacji. Kwarantanna jest mimo to zawsze przykra dla tych, którzy jej podlegają. Wiąże się z separacją od kochanych osób, ograniczeniem wolności, niepewnością co do własnego zdrowia, co skutkuje wzrostem agresji i prób samobójczych [6, 7]. Autorzy publikujący w *Lancet* zauważyli, że osoby chorujące psychicznie, jeśli podlegały kwarantannie, doświadczały symptomów lęku i złości nawet w okresie czterech do sześciu miesięcy po jej zakończeniu. Zauważono, że jedno z największych obciążeń psychologicznych kwarantanny to jej długość — im dłużej trwa, tym więcej pojawia się problemów ze zdrowiem psychicznym i objawów stresu pourazowego po jej zakończeniu. Dojmujące są też lęki przed infekcją, frustracja wywołana sytuacją oraz nuda. Źródłem stresu było też złe zaopatrzenie w podstawowe potrzeby (woda, jedzenie, ubranie, zakwaterowanie). Niedokładne informacje od ochrony zdrowia lub brak jasnych wytycznych o zachowaniu, które należy podjąć w przypadku wystąpienia niepokojących objawów choroby, stanowiły źródło stresu. Po ustąpieniu zagrożenia, kiedy kwarantanna jest niepotrzebna, pojawiają się kolejne źródła stresu związane z finansami i stygmatyzacją. Osoby objęte kwarantanną mogą stracić źródło utrzymania. Z przeglądu literatury wynika, że pracownicy ochrony zdrowia, którzy odbyli kwarantannę, byli częściej stygmatyzowani. Otoczenie traktowało ich inaczej niż zwykle: unikali, nie zapraszali, wycofywali zaproszenia, okazywali niepokój lub podejrzliwość w kontakcie [6]. Pracownicy

szpitali leczących pacjentów z SARS w Toronto pomimo narażania zdrowia i życia, spotykali się z szykanami ze strony sąsiadów i znajomych. Sześćdziesiąt procent spośród nich było omijanych przez sąsiadów, z obawy przed zarażeniem unikano także członków ich rodzin [4]. Przewiduje się, że obecne metody powstrzymania rozprzestrzeniania wirusa, jak samoizolacja i kwarantanna, wywołają osamotnienie, niepokój, depresję, bezsenność, nadużywanie alkoholu i narkotyków, samouszkodzenia oraz zachowania samobójcze [8]. Kolejnym zagrożeniem związanym z zamknięciem w domach jest wzrost przemocy domowej, gdzie w sytuacji już istniejącego problemu, osoby doświadczające przemocy i ich dzieci nie mają się gdzie schronić.

Co można zrobić, aby zmniejszyć negatywne skutki kwarantanny? Dotychczasowa wiedza pokazuje, że czas jej trwania powinien być tak krótki, jak to możliwe [6]. Osoby nią objęte powinny dostawać wszelkie potrzebne informacje, przekazywane w sposób jasny i spójny. Powinny mieć zapewnione potrzebne zaopatrzenie, należy dbać o dobrą komunikację z osobami izolowanymi. Pracownicy ochrony zdrowia potrzebują szczególnej troski z uwagi na wyczerpanie psychiczne i ryzyko stygmatyzacji. Dotychczasowe doświadczenia pokazały, że wsparcie organizacji działało ochronnie na zdrowie psychiczne jej pracowników. Podejście altruistyczne przejawiające się założeniem, że inni odniosą korzyść z mojej społecznej izolacji, może sprawić, że ta stresująca sytuacja, którą jest kwarantanna, będzie nieco łatwiejsza do wytrzymania. Chodzi o przekonanie, że ponoszenie osobistego kosztu jakim jest poddanie się kwarantannie, pomaga utrzymać bezpieczeństwo innych osób.

### Wpływ mediów na stan psychiczny w czasie zagrożenia

Rzetelne informowanie o sytuacji zagrożenia epidemiologicznego jest potrzebne. Jednak choć jest ono pomocne i etycznie uzasadnione, niesie ze sobą inną groźbę. Paradoksalnie praca dziennikarzy i przedstawicieli zdrowia publicznego polegająca na przekazywaniu informacji o niebezpieczeństwie i działaniach zaradczych, wywołuje poczucie zagrożenia. Występuje psychologiczny stres jako efekt powtarzających się w mediach groźnych wiadomości. Ten stres powoduje pogorszenie zdrowia psychicznego i fizycznego [6]. Wzrost niepokoju pod wpływem komunikatów przyczynia się do poszukiwania wsparcia społecznego, które, o ile wychodzi poza kontakt online, o tyle nie jest rekomendowane w chwili obecnego zagrożenia epidemiologicznego. Nie można spotkać się z przyjaciółką w kawiarni ani z kumplem na piwie. Efektem wzmożonego niepokoju generowanego przez media było na początku pandemii koronawirusa panicz-

ne wykupywanie papieru toaletowego, wody butelkowanej i środków odkażających, co spowodowało deficyt tych towarów, a fenomen ów był obserwowany na całym świecie. W obliczu zagrożenia zdrowia społeczeństwo polega na mediach, stamtąd chce uzyskać aktualne informacje, by się zabezpieczyć. Dlatego tym bardziej potrzeba godnych zaufania źródeł informacji. Autorzy zauważają, że ludzie mają tendencję do dokonywania właściwej oceny ryzyka, kiedy fakty są znane i efektywnie przekazywane przez media [6]. Dopiero kiedy brakuje dostępu do informacji, niepewność może doprowadzić do zwiększenia oceny ryzyka. Kiedy niepewność łączy się z niewidzialnym zagrożeniem, jakim jest wirus, lęki i obawy mogą się zaognić i rozniecić dezinformację. Bez godnego źródła informacji lęk ulega eskalacji, szerzą się pogłoski. Badacze zwracają uwagę, że wzrost odczuwania stresu w odpowiedzi na doniesienia w mediach może mieć długotrwałe reperkusje dla zdrowia [6].

Ciekawą obserwację przynoszą badania po zamachach jedenastego września 2001 w Nowym Jorku. Media relacjonowały na okrągło zamach i po wielokroć w dniach następnym powtarzały ujęcia uderzających w wieżowce samolotów [9]. Te doniesienia były wysoce stresujące, budziły lęk i poczucie bezpośredniego zagrożenia kolejnym atakiem terrorystycznym. Osoby śledzące w mediach zamachy odczuwały stres. W późniejszych badaniach okazało się, że taki generowany przez oglądanie w telewizji stres, może mieć długofalowe reperkusje dla zdrowia. Pomiar dokonany po dwóch i trzech latach ujawniał, że stres wywołany doniesieniami w mediach wywołał objawy stresu pourazowego, które się utrzymywały [9]. Po ataku 9/11 obserwowano także więcej diagnoz nowych pacjentów zgłaszających dolegliwości i choroby, których objawy utrzymywały się od dwóch do trzech lat po zamachach. Obserwowano nowo diagnozowane choroby układu krążenia związane ze stresem po 9/11, szczególnie u osób obawiających się kolejnych ataków terrorystycznych w przyszłości. Reakcje związane ze stresem były silniejsze u osób śledzących w mediach relacje z traumatycznego wydarzenia niż u tych, które w nim uczestniczyły. Te fakty podkreślają związek między odpowiedzią na stres a objawami somatycznymi, które obserwowano nawet u osób mieszkających daleko od miejsc, w których doszło do katastrofy. Podkreślają też, jak wielka jest siła przekazu medialnego, skoro może rozwinąć pourazowe reakcje psychosomatyczne. Autorzy podkreślają, że rodzaj wiadomości w mediach koreluje z psychologiczną i fizjologiczną reakcją na traumatyczne wydarzenia w przestrzeni publicznej [6]. Przed siłą mediów przestrzegają także słowa Sontag: „Żyjemy w społeczeństwie spektaklu. Każdą sytuację trzeba zamienić w spektakl, by stała się dla nas rzeczywista — to znaczy

ciekawa. [...] Rzeczywistość abdykowała. Istnieją tylko przedstawienia: media” [10]. Te słowa nabierają szczególnego znaczenia w obecnej sytuacji, kiedy koronawirus zdominował przestrzeń publiczną i medialną, a cierpienie i dramat chorych i ich rodzin, podobnie jak relacje wojenne, są newsem, widzowie zaś nie mogą się oderwać, by nie uronić nic z relacji na żywo.

### **Psychiczne reakcje na koronawirusa w świetle najnowszych badań**

Psychologowie i psychiatry na świecie rozważają liczne scenariusze globalnego wpływu pandemii na zdrowie psychiczne ze szczególnym uwzględnieniem wzrostu depresji, samobójstw, samouszkodzeń ciała [8]. W Indiach zamknięcie sklepów sprzedających alkohol spowodowało wzrost samobójstw u alkoholików jako efekt odstawienia używki. Przewiduje się wzrost rozpoznania lęku uogólnionego, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych w dużej populacji. Wzrost zachowań kompulsywnych jest wygenerowany przez promowanie częstego i dokładnego mycia rąk. W niektórych przypadkach izolacja domowa prowadzi u dzieci do nudy i wywołanej nią agresji. Kolejnym problemem już obserwowanym jest przesyt mediami informującymi o koronawirusie, z których część jest nieprawdziwa i niesprawdzona. Takie niesprawdzone informacje wywołują lęk, niepokój, stres, zagubienie. Jeszcze innym zagrożeniem jest lęk przed poddaniem się testom na obecność koronawirusa u osób, które zetknęły się z kimś zarażonym. Te osoby szczególnie boją się stygmatyzacji i izolacji, wykluczenia ze społeczności samym faktem poddanie się testowi, obawiają się, że w razie zarażenia, będą obwiniani i odseparowani od bliskich. Szczególnie narażeni na skutki pandemii są osoby niosące pomoc chorym: lekarze, pielęgniarki i służby skierowane im do pomocy. Pracują nieustannie w warunkach ciągłego narażenia na zakażenie. W takich warunkach ich zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny są równie ważne, jak zapewnienie leczenia chorym pacjentom.

Lee, powołując się na badania chińskie, podaje, że wśród pracowników medycznych narażonych na zakażenie koronawirusem wystąpił dotychczas: zespół stresu pourazowego u 73,4%, depresja u 50,7%, lęk uogólniony u 44,7%, a bezsenność u 36,1% [11]. Autor przypomina, że również wcześniejsze badania nad psychologicznym wpływem globalnego wybuchu chorób zakaźnych wykazały związek między lękiem wywołanym pandemią a obawami o zarażenie, zdrowie, objawami stresu pourazowego, a także próbami samobójczymi. Na Christopher Newport University w Newport (USA) stworzono kwestionariusz do badania lęku przed koronawirusem *Coronavirus Anxiety Scale* (CAS) [11]. Jest







**Streszczenie**

W ciągu ostatnich kilkunastu lat powstały prace analizujące psychologiczne skutki epidemii na zdrowie pracowników medycznych, a także psychologiczne skutki kwarantanny dla objętych nią osób. W obliczu obecnego zagrożenia nowym koronawirusem (COVID-19) w Polsce, istotne wydaje się czerpanie wiedzy z badań naukowych nad minionymi wybuchami chorób zakaźnych w celu przewidzenia psychologicznych efektów epidemii i izolacji społecznej. Dotychczasowy stan badań pokazuje, że grupą najbardziej narażoną na zespół stresu pourazowego są pracownicy medyczni i służby zaangażowane w niesienie pomocy chorym. Kolejną wrażliwą grupę stanowią osoby objęte kwarantanną i społeczną izolacją w wyniku epidemii. Przegląd badań pokazuje również, że psychologiczne i społeczne skutki poczucia zagrożenia z czasu trwania epidemii, rozciągają się w czasie wpływając na dobrostan psychiczny i zdrowie fizyczne w latach następujących po wygaszeniu stanu zagrożenia.

**Psychiatria 2020; 17, 4: 229–236**

**Słowa kluczowe:** stres pourazowy, epidemia, kwarantanna, lęk

**Piśmiennictwo**

- Moukaddam N. Fear, outbreaks and pandemics: lessons learned. *Psychiatric Times*. 2019, 36 (11). <https://www.psychiatrytimes.com/anxiety/fears-outbreaks-and-pandemics-lessons-learned>.
- Sontag S. Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory. PIW, Warszawa 1999: 134.
- Hawryluk L, Gold WL, Robinson S, et al. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*. 2004; 10(7): 1206–1212.
- Styra R, Hawryluk L, Robinson S, et al. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res*. 2008; 64(2): 177–183, doi: [10.1016/j.jpsychores.2007.07.015](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.07.015), indexed in Pubmed: [18222131](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18222131/).
- Wu P, Fang Y, Guan Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009; 54(5): 302–311, doi: [10.1177/070674370905400504](https://doi.org/10.1177/070674370905400504), indexed in Pubmed: [19497162](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19497162/).
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395(10227): 912–920, doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8), indexed in Pubmed: [32112714](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32112714/).
- Murawiec S, Tryjanowski P. Psychiatria patrzy na ptaki w czasie epidemii COVID-19: obserwacje, introspekcje, interpretacje. *Psychiatr Psychol Klin*. 2020; 20(2): 94–97.
- Kumar A, Nayar KR. COVID 19 and its mental health consequences. *J Ment Health*. 2020 [Epub ahead of print]: 1–2, doi: [10.1080/09638237.2020.1757052](https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052), indexed in Pubmed: [32339041](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32339041/).
- Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychol*. 2020; 39(5): 355–357, doi: [10.1037/hea0000875](https://doi.org/10.1037/hea0000875), indexed in Pubmed: [32202824](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32202824/).
- Sontag S. Widok cudzego cierpienia. Wydawnictwo Karakter, Kraków 2010: 130.
- Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Stud*. 2020; 44(7): 393–401, doi: [10.1080/07481187.2020.1748481](https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481), indexed in Pubmed: [32299304](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32299304/).
- Lin K, Yang BX, Luo D, et al. The mental health effects of COVID-19 on health care providers in china. *Am J Psychiatry*. 2020; 177(7): 635–636, doi: [10.1176/appi.ajp.2020.20040374](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20040374), indexed in Pubmed: [32605443](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32605443/).
- Zhou J, Liu L, Xue P, et al. Mental Health Response to the COVID-19 Outbreak in China. *Am J Psychiatry*. 2020; 177(7): 574–575, doi: [10.1176/appi.ajp.2020.20030304](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030304), indexed in Pubmed: [32375540](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32375540/).
- Kalin ML, Garlow SJ, Thertus K, et al. Rapid implementation of telehealth in hospital psychiatry in response to COVID-19. *Am J Psychiatry*. 2020; 177(7): 636–637, doi: [10.1176/appi.ajp.2020.20040372](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20040372), indexed in Pubmed: [32605442](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32605442/).

Stanisław Surma<sup>1</sup>, Monika Romańczyk<sup>1</sup>, Joanna Fojcik<sup>2</sup>, Marek Krzystanek<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Koło Naukowe STN, Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>2</sup>Oddział Psychiatrii Sądowej, Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

<sup>3</sup>Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

# Kawa — lekarstwo, używka i narkotyk

## Coffee: drug, stimulant substance and narcotic

### Abstract

Coffee beans has been used for centuries by man. The main ingredient of coffee responsible for the biological effects of its action is caffeine. When used occasionally or in small quantities may have a beneficial effect on human health and functioning. Certain beneficial effects of caffeine as a medicine have been proven, especially in neurodegenerative diseases. Caffeine as a stimulant may improve many aspects of everyday human functioning. However, at higher doses, regularly taken, caffeine causes tolerance and withdrawal symptoms. Because the use of caffeine is common in the population, it is possible that some of the population is already addicted to it. The aim of the review is to show cross-sectionally the use of caffeine as a stimulant, as a substance with potentially medical properties and a substance that may cause addiction, perhaps on a population scale.

*Psychiatry 2020; 17, 4: 237–246*

**Key words:** coffee, caffeine, stimulant, tolerance

### Wstęp

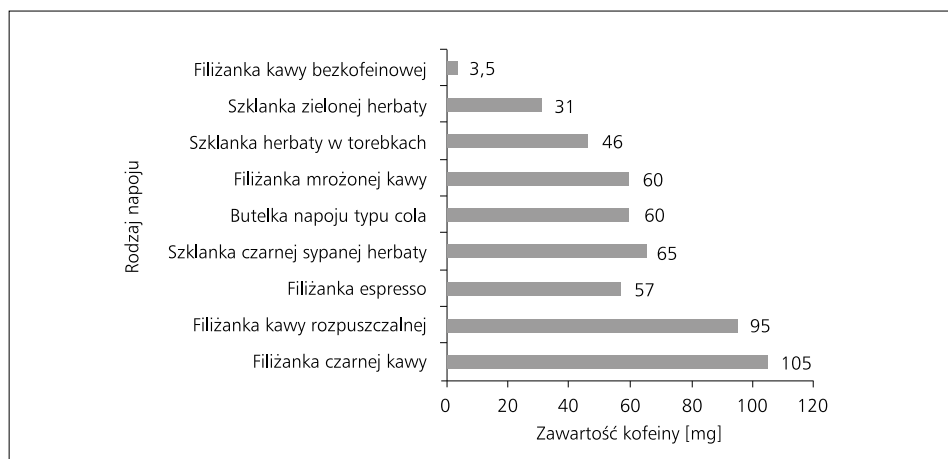
Pierwsze plantacje kawy pojawiły się w 575 roku naszej ery na Wyżynie Abisyńskiej i Półwyspie Somalijskim. Słowo „kawa” wywodzi się z etiopskiej prowincji Kafa. Spożywanie kawy zapoczątkowane zostało przez Arabów między XI a XII wiekiem. Pierwsze kawiarnie powstały w Europie — w 1645 r. w Wenecji, w 1650 roku w Oksfordzie, w 1652 roku w Londynie, w 1659 roku w Marsylii, w 1663 roku w Amsterdamie, w 1672 roku w Paryżu, w 1673 roku w Bremie, w 1677 roku w Hamburgu, w 1683 roku w Wiedniu, w 1696 roku w Norymberdze, w 1697 roku w Wurzburgu, w 1704 roku w Monachium oraz w 1721 roku w Berlinie [1]. W Polsce kawa pojawiła się pod koniec XVII wieku. Do rozpowszechnienia kawy w naszym kraju przyczyniło się między innymi wydanie w 1769 roku książki pt. *Opisanie sposobu należytego zażywania kawy tureckiej*. Ponadto, udział w popularyzowaniu kawy miał też Adam Kazimierz

Czartoryski, autor komedii *Kawa* (1779 rok.). Warto również wspomnieć, że w XIX wieku na polskich dworach do parzenia kawy zatrudniano odpowiednio przygotowane osoby — „kawiarki”, o których pisze w *Panu Tadeuszu* nasz wieszcz narodowy Adam Mickiewicz [1].

Obszar uprawy kawy na świecie obejmuje prawie 10 milionów hektarów pól uprawnych znajdujących się w 80 państwach. Obecnie kawa uprawiana jest w pasie kawowym zlokalizowanym pomiędzy Zwrotnikiem Raka i Koziorożca. Brazylia, Kolumbia i Wietnam są głównymi producentami kawy i zapewniają ponad połowę jej światowej produkcji [1]. Kawa, obok wody, jest jednym z najczęściej spożywanych napojów na świecie — mowa o prawie 9 mln ton/rok. Handel nią przynosi rocznie 10 miliardów dolarów zysku [1]. Tak wysokie spożycie związane jest przede wszystkim z działaniem pobudzającym (kofeina jest najczęściej spożywaną substancją psychoaktywną na świecie) i niepowtarzalnym smakiem od czasów starożytnych [2]. Spożycie kawy na świecie jest zróżnicowane. Według danych Międzynarodowej Organizacji Kawy (*International Coffee Organisation*) w Finlandii na jednego mieszkańca przypada rocznie 11,9 kg kawy, co sytuuje ją na pierwszym miejscu w skali światowej. W Polsce

### Adres do korespondencji:

Stanisław Surma  
Koło Naukowe STN  
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej  
Katedra Psychiatrii i Psychoterapii SUM  
ul. Ziołowa 45/47, 40–635 Katowice  
e-mail: stanislaw.surma@med.sum.edu.pl



Rycina 1. Średnia zawartość kofeiny w wybranych napojach. Na podstawie [4]

Figure 1. Average caffeine content in selected drinks. Based on [4]

według tych danych spożycie kawy w przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosi 3,65 kg/rok (średnio 1–2 filiżanki kawy dziennie). W ciągu ostatnich 10 lat spożycie kawy w Polsce zwiększyło się o około 80%.

Palona kawa zawiera 1000 związków biologicznie aktywnych [3]. Do najważniejszych zalicza się kofeinę, kwas chlorogenowy, cafestol, kahwerol, witaminę E, magnez oraz potas [3]. Zawartość kofeiny w poszczególnych napojach jest zmienna (ryc. 1).

Co ciekawe, zawartość kofeiny w filiżance kawy jest inna w różnych częściach świata. W Europie Północnej i Wielkiej Brytanii wynosi około 140 mg. W Europie Południowej jest to 50 mg, natomiast w Stanach Zjednoczonych 85 mg [5, 6]. W badaniach naukowych za pojęcie „filiżanka kawy” odpowiada zazwyczaj 240 ml napoju, w tym 100 mg kofeiny [7].

Celem pracy było przekrojowe pokazanie spożywania kofeiny jako używki, jako substancji o potencjalnie medycznych właściwościach oraz substancji, mogącej powodować uzależnienie być może na skalę populacyjną.

### Opis metody

Dokonano przeglądu piśmiennictwa, wyszukując w bazach PubMed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)) oraz Web of Science ([www.webofknowledge.com](http://www.webofknowledge.com)) prace według słów kluczowych: „kofeina” i „kawa”. Analizę prowadzono w aspekcie charakterystyki kofeiny jako substancji czynnej biologicznie, substancji uzależniającej i substancji o potencjalnym działaniu klinicznym.

### Farmakokinetyka i biologiczne efekty działania kofeiny

Kofeina jest naturalnie występującym związkiem w ziarnach kawy (1,3,7-trimetyloksantyna) będącym alkaloidem purynowym [8]. Kofeina została odkryta w 1819

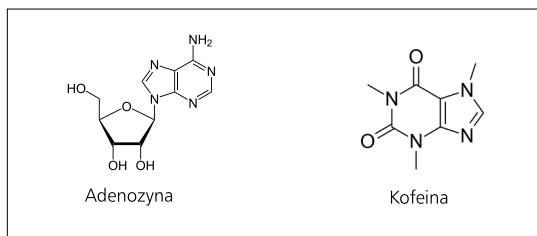
roku przez niemieckiego chemika Friedricha Ferdinanda Runge. Określenie „kofeina”, miało oznaczać związek chemiczny obecny w kawie [9].

Wchłanianie kofeiny odbywa się w jelicie cienkim. Jest znacznie wolniejsze, kiedy kofeinę łączy się z pokarmem, z kolei najszybsze, kiedy kofeina jest zawarta w gumie do żucia. Kofeina szybko przechodzi barierę krew–mózg, stąd szybki efekt ośrodkowy kofeiny. Warto zaznaczyć, że kofeina jest związkiem o niskim współczynniku ekstrakcji przez wątrobę, w związku z czym bez przeszkód trafia do krążenia ogólnego. Okres półtrwania kofeiny przy dawce mniejszej niż 10 mg/kg, odpowiadającej nawet dużym dawkom spożywanym średnio przez ludzi, wynosi około godziny, dla większych dawek nawet 4 godz. [10]. Nikotyna skraca okres półtrwania kofeiny o 30–50%, natomiast leki antykoncepcyjne wydłużają go nawet o 100%. Kofeina jest metabolizowana w wątrobie głównie za pomocą cytochromu P450 1A2 (CYP1A2). Cytochrom CYP1A2 przekształca kofeinę w paraksantynę, która kolejno ulega procesowi demetylacji i hydroksylacji odpowiednio przez CYP1A2 i CYP1A6. Po demetylacji paraksantyna zmienia swoją strukturę i staje się metyloksantyną, nadal utlenia się przez oksydazę ksantynową z wytworzeniem kwasu moczowego wydalanego przez nerki [11, 12].

Mechanizm działania kofeiny wiąże się z jej budową chemiczną (ryc. 2).

Cząsteczka kofeiny jest strukturalnie podobna do adenyzy, a zatem wiąże się z receptorami adenyzyowymi na powierzchni komórek i, działając więc jako konkurencyjny inhibitor, uniemożliwia ich aktywację przez adenyzy (ryc. 3) [9]. W ośrodkowym układzie nerwowym głównymi podtypami receptorów adenyzyowych są A1 i A2a. Receptor A1 jest najbardziej rozpowszechniony w mózgu i rdzeniu kręgowym i ma najwyższe powinowactwo do





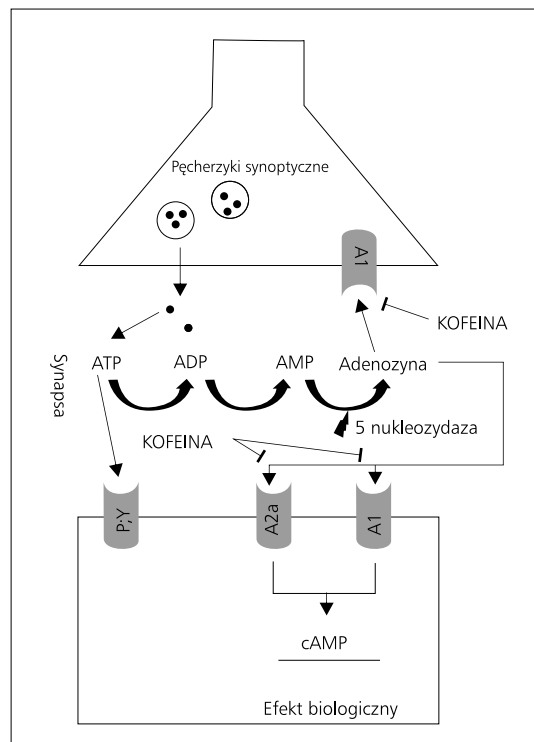
**Rycina 2.** Budowa cząsteczki adenozyzny i kofeiny  
**Figure 2.** Structure of the adenosine and caffeine molecule

kofeiny. W mózgu najwięcej receptorów A<sub>2a</sub> występuje w regionach bogatych w dopaminę. Pobudzenie receptorów A<sub>2a</sub> związane jest ze wzrostem cAMP w komórce i prowadzi do rozszerzenia naczyń krwionośnych. Ponadto wykazano, że w ludzkich płytkach krwi wrażliwość tego receptora na agonistę wzrasta w wyniku długiego spożywania kofeiny prowadząc do zahamowania agregacji płytek [13, 14].

Adenozyzna wpływa na funkcję wielu układów i narządów łącznie z układem krążenia, moczowo-płciowym, immunologicznym, oddechowym i nerwowym [15]. Adenozyzna pełni swoje funkcje w ośrodkowym układzie nerwowym, działając na receptory sprzężone z białkiem G. Obecnie znane są 4 podtypy receptorów adenozynowych: A<sub>1</sub>, A<sub>2a</sub>, A<sub>2b</sub> oraz A<sub>3</sub> (tab. 1) [16].

Kliniczne działanie kofeiny na ośrodkowy układ nerwowy jest związane głównie z blokowaniem receptorów adenozynowych A<sub>2a</sub> w jądrze półleżącym, będącym częścią układu nagrody i w korze przedczołowej [17]. Zwykłe dawki kofeiny, odpowiadające spożywanym przeciętnie przez ludzi, nie powodują zwiększenia uwalniania dopaminy w jądrze półleżącym, tylko w korze przedczołowej, co jest odpowiedzialne za wzrost aktywności. Duże dawki kofeiny, odpowiadające nadużywaniu kofeiny (600–750 mg/d.) mogą aktywować również jądro półleżące i działać stymulująco podobnie jak amfetamina, prowadząc do objawów uzależnienia [10, 18].

Adenozyzna, gromadząca się w przestrzeni międzykomórkowej neuronów, stymulując te receptory, zmniejsza uwalnianie neurotransmiterów pobudzających w ośrodkowym układzie nerwowym i powoduje efekt zmęczenia, zmniejszenia motywacji oraz aktywności. Efekt ten blokuje czasowo kofeina. Przewlekłe używanie kofeiny może jednak prowadzić do reakcji receptorowej „w górę” receptorów adenozynowych, prowadząc do tolerancji tego efektu a w sytuacji odstawienia kofeiny — do objawów odstawiennych. Każda osoba regularnie spożywająca duże dawki kofeiny powinna liczyć się z możliwością wystąpienia u niej adaptacyjnych reakcji receptorowych



**Rycina 3.** Receptorowy mechanizm działania kofeiny  
**Figure 3.** The receptor mechanism of action of caffeine

i uzależnienia.

Kofeina spożywana w niewielkich dawkach może mieć pozytywny wpływ na funkcjonowanie człowieka. Antagonistyczne działanie kofeiny na receptory adenozynowe wywołuje stan korowej nadpobudliwości, prowadząc do poprawy funkcji poznawczych. Kofeina zwiększa również poczucie energii i zmniejsza uczucie zmęczenia, poprawia również wydolność fizyczną, czujność, przyspiesza tempo reakcji, poprawia koncentrację uwagi, poprawia działanie pamięci operacyjnej oraz koordynację ruchową [19]. Wykazano też, że kofeina w dawkach do 400 mg/dobę może w realny sposób poprawiać uwagę oraz szybkość przetwarzania informacji [20]. Analiza piśmiennictwa w bazie Cochrane z 2010 roku wykazała, że nie ma dowodów wskazujących na to, że osoby spożywające kofeinę powinny zaprzestać jej spożywanie [21].

Wśród obwodowych efektów działania kofeiny należy wymienić niewielkie zwiększenie ciśnienia krwi, diurezy (poprzez zmniejszanie wydzielania wazopresyny przy jednoczesnym pobudzeniu wydzielania przedsionkowego peptydu natriuretycznego [ANP, *atrial natriuretic peptide*]), a także spontaniczną stymulację układu nerwowego i tempa przemian metabolicznych [22, 23].

**Tabela 1.** Charakterystyka receptorów adenozynowych. Na podstawie [16]**Table 1.** Characterization of adenosine receptors. Based on [16]

Charakterystyka/ /podtyp	A1	A2a	A2b	A3
Sprzężone białko G	G <sub>i</sub> ; G <sub>0</sub>	G <sub>s</sub> ; G <sub>olf</sub> <sup>r</sup> G <sub>15/16</sub>	G <sub>s</sub> <sup>r</sup> ; G <sub>q</sub> <sup>r</sup> G <sub>11</sub>	G <sub>i</sub> ; G <sub>0</sub>
Efekt biochemiczny	Zmniejszenie stężenia cAMP Zwiększenie stężenia Ca <sup>2+</sup> Zwiększenie stężenia IP <sub>3</sub> , DAG, PLC	Zwiększenie stężenia cAMP Zwiększenie stężenia IP <sub>3</sub>	Zwiększenie stężenia cAMP Zwiększenie stężenia IP <sub>3</sub> , DAG, PLC	Zmniejszenie stężenia cAMP Zwiększenie stężenia IP <sub>3</sub> , DAG, PLC
Lokalizacja	Kora mózgowa, hipokamp, mózdzek, wzgórze wzrokowe, pień mózgu, rdzeń kręgowy, ok, płuca, jelita, jądra, tkanka tłuszczowa, aorta, serce, wątroba, żołądek, a także nerki i pęcherz	Mózg (regiony bogate w dopaminę) oko, mięśnie szkieletowe, serce, płuca, pęcherz moczowy i macica, jelito cienkie, nerka, śledziona, żołądek, jądra, skóra i wątroba	Jelito ślepe, jelito grube, pęcherz moczowy, mózg, rdzeń kręgowy, płuca, jelito czcze, nerka, serce, skóra, śledziona i wątroba	Wątroba, aorta, mózg, serce, nerka, mózg i płuca
Efekt pobudzenia	Zwolnienie akcji serca, zwężenie naczyń krwionośnych, hamowanie uwalniania neuroprzekazników, skurcz komórek mezangium, hamowanie uwalniania reniny, chemotaksję neutrofilii, hamowanie lipolizy w adipocytach	Rozszerzenie naczyń krwionośnych, hamowanie agregacji płytek krwi, modulacja funkcji neutrofilii a także działanie immunosupresyjne	Kontrola napięcia naczyńniczki, neurosekrecja, aktywacja komórek tłuszczowych, rozszerzenie naczyń krwionośnych oraz skurcz serca	Ochrona komórki przed skutkami niedokrwienia i niedotlenienia oraz degranulacja komórek tłuszczowych

IP<sub>3</sub> — inozytolo-1,4,5-trifosforan; DAG — diacyloglicerol; PLC — fosfolipaza C

### Kofeina w kawie a uzależnienie

Jak wspomniano, spożywanie dużej ilości kawy i tym samym dużej ilości kofeiny jest związane ze stymulacją jądra półleżącego i może prowadzić do uzależnienia. Tolerancja na działanie kofeiny rozwija się szybko; 400 mg kofeiny powoduje zaburzenia snu jedynie przez siedem dni [18]. Współcześnie jako ilości spożywanej kofeiny, przy którym można mówić o nadużywaniu kofeiny, czyli kofeinizmie mogącym prowadzić do objawów uzależnienia, przyjmuje się dawkę 600–750 mg/dobę [18]. Odpowiada to średnio wypijaniu 3–6 kaw dziennie, w zależności od gatunku kawy (Robusta zawiera ok. 180 mg kofeiny w 1 filiżance kawy, natomiast Arabika ok. 100 mg). Za dawkę toksyczną przyjmuje się 1000 mg kofeiny w jednorazowym spożyciu. Nie ma wątpliwości, że dawki kofeiny poniżej 400 mg/dobę, pod warunkiem że nie są spożywane stale,

wzmagają aktywność człowieka. Problem uzależnienia (tolerancji i objawów abstynencyjnych) pojawia się, kiedy spożywanie kofeiny jest ciągłe. W takiej sytuacji przerwanie spożywania kofeiny może prowadzić do objawów abstynencyjnych w postaci pogorszenia procesów poznawczych, pogorszenia sprawności, drażliwości albo spadku nastroju. Jeżeli objawy te pojawiają się rano już po obudzeniu, w praktyce oznacza to występowanie porannych objawów abstynencyjnych u osób, które mogą nie spodziewać się u siebie objawów uzależnienia. Osoby te mogą mieć odczucie, że ich złe samopoczucie jest pierwotne, a kofeina pomaga im to zmienić. Tymczasem są oni uzależnieni od kofeiny i cierpią na objawy abstynencyjne, dopóki nie spożyją pierwszej dawki. Kofeina u osób uzależnionych nie działa więc korzystnie *per se*, jako stymulująca używka, tylko jako substancja łagodząca

objawy abstynencji od kofeiny, występujące pół dnia po jej odstawieniu [24].

Skalę uzależnienia od kofeiny w populacji ogólnej trudno oszacować. Trudności, jakie napotykają takie badania, są związane z rzadkimi przypadkami osób, które jej nie spożywają. W jednym badaniu przeprowadzonym zdalnie w grupie 166 osób w Vermont wykazano, że 17% osób było łagodnie lub ciężko uzależnionych [10]. Być może zjawisko mniejszego lub większego uzależnienia od kofeiny dotyczy większości osób regularnie pijących kawę. Najnowsza klasyfikacja *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* nie wprowadziła uzależnienia od kofeiny jako nowego typu uzależnienia, jednak umieściła problematyczne spożywanie kawy i jej objawy w obszarze rozpoznania diagnostycznych, wymagających dalszych badań.

Podobnie jak uzależnienie od kofeiny zawartej w ziarnach kawy, niedoszacowanym zjawiskiem populacyjnym jest uzależnienie od kofeiny w Coca-Coli, które może dotyczyć nawet 16% populacji. Puszka Coca-coli zawiera około 50 mg kofeiny. U osób uzależnionych po odstawieniu kofeiny rozwija się zespół abstynencyjny z obecnością zmęczenia, braku energii, problemów z koncentracją uwagi, problemami w zasypianiu i ze sploteniem snu [25]. Osobnym problemem, ale również istotnym klinicznie, jest występowanie zespołu metabolicznego u osób spożywających dziennie nawet 3 litry Coca-Coli.

### Kofeina w kawie — odstawienna migrena

Jedną z teorii powstawania migreny jest „teoria purynowa”. Została po raz pierwszy opisana w 1989 roku i zakłada, że czynnikiem wyzwalającym ataki migreny jest silne rozszerzenie naczyń krwionośnych w mózgu pod wpływem adenozyiny [26, 27]. W tym aspekcie kofeina jako antagonist receptorów adenozyinowych może łagodzić migrenowe bóle głowy. Za przeciwbólowym działaniem kofeiny przemawia fakt, że ogranicza ona syntezę leukotrienów i prostaglandyn, o których wiadomo, że biorą udział w patogenezie bólu migrenowego [28]. Niektóre wyniki badań eksperymentalnych wykazały, że prostaglandyna E2, pobudzając receptory EP4, powoduje rozszerzenie tętnicy środkowej mózgu oraz tętnicy oponowej środkowej, które są zaangażowane w patofizjologię naczyniową migreny [29]. Ponadto wyniki innych badań wykazały, że prostaglandyna E2 ma zdolność pobudzania uwalniania peptydu związanego z genem kalcytoniny (CGRP, *calcitonin gene related peptide*), który jest neuropeptydem regulującym obwodową transmisję bodźców czuciowych bezpośrednio zaangażowaną w patofizjologię migreny [30].

W przeglądzie piśmiennictwa wykonanym przez Lipton i wsp. [31] dotyczącego leczenia napięciowych bólów

głowy lub migreną wykazano, że w porównaniu ze stosowaniem samego leku przeciwbólowego, łączenie go z kofeiną daje znacznie lepszą skuteczność kliniczną [31]. Udowodniono, że połączenie leku przeciwbólowego z 130 mg kofeiny zwiększa skuteczność terapeutyczną leku przeciwbólowego u osób z napięciowym bólem głowy, łączenie leku z kofeiną w dawce  $\geq 100$  mg zwiększa skuteczność terapii migreny [31]. Zastosowania terapia była dobrze tolerowana przez większość chorych. Najczęstszymi zdarzeniami niepożądanymi były nerwowość (6,5%), nudności (4,3%), ból brzucha/dyskomfort (4,1%) i zawroty głowy (3,2%). Biorąc pod uwagę wyniki przedstawionych badań, można przyjąć, że spożywanie umiarkowanych dawek kofeiny w postaci kawy w ilości 1–2 filiżanki dziennie może przynosić korzystne efekty w łagodzeniu migrenowych i napięciowych bólów głowy. Długotrwałe stosowanie dużych dawek kofeiny w celu zmniejszenia nasilenia migrenowych bólów głowy zwiększa jednak ryzyko uzależnienia. Wyniki badań wskazują, że długotrwałe spożywanie ponad 450 mg kofeiny/dzień może się wiązać z nasileniem istniejącego już bólu głowy. Za efekt ten odpowiadają reakcje receptorowe ze strony receptorów adenozyinowych, mianowicie długotrwałe spożywanie dużej kofeiny zawartej w ziarnach kawy wywołuje regulację „w górę” (*up-regulation*) tych receptorów, co wtórnie prowadzi do nadwrażliwości na adenozyinę. Zjawisko to wyjaśnia częściowo powstawanie objawów zależności fizycznej w postaci nadmiernej aktywacji receptorów adenozyinowych w sytuacji zmniejszenia lub przerwania podaży kofeiny. Powoduje to rozszerzenie naczyń krwionośnych i znaczny wzrost przepływu krwi przez mózgowie, co klinicznie objawia się jako ból głowy [32]. Potwierdzeniem tego zjawiska są wyniki badania Courturier i wsp. [33], w którym zaobserwowano, że epizody migreny są częstsze w soboty i niedziele w porównaniu z innymi dniami ze względu na mniejsze spożycie kawy w tych dniach. Z kolei Scher i wsp. [34] wykazali, że spożywanie kofeiny w diecie i leczeniu jest (niewielkim) czynnikiem ryzyka wystąpienia przewlekłego codziennego bólu głowy, niezależnie od rodzaju bólu głowy.

### Kofeina w kawie a udar mózgu

Potencjalny wpływ spożywania kawy na ryzyko wystąpienia udaru mózgu bezpośrednio związany jest ze zwiększaniem tętniczego ciśnienia krwi przez kofeinę. W istocie jednak badania kliniczne wskazują, że spożywanie kawy może mieć działanie protekcyjne dla mózgu. W tym aspekcie interesujące są wyniki przedstawione przez Panniera podczas sesji naukowej w ramach Kongresu *European Society of Hypertension* w 2013 roku (tab. 2).

**Tabela 2.** Wpływ spożywania kawy na parametry hemodynamiczne. Zmodyfikowane na podstawie: Pannier i wsp., zaprezentowane na Kongresie Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH, *European Society of Hypertension*) w 2013 roku

**Table 2.** Impact of coffee consumption on hemodynamic parameters. Modified based on: Pannier et al. Presented at the Congress of the European Society of Hypertension (ESH) in 2013

Parametr	Spożycie kawy	Niepijący kawy	1-4 filiżanki dziennie	> 4 filiżanki dziennie	p
Skurczowe ciśnienie tętnicze [mm Hg]		127,9	126,7	125,5	< 0,0001
Rozkurczowe ciśnienie tętnicze [mm Hg]		76,0	76,0	75,5	0,02
Ciśnienie tętna [mm Hg]		51,9	50,7	49,8	< 0,0001
Częstość akcji serca (ud./min)		63,2	62,9	63,2	0,001

Biorąc po uwagę powyższe wyniki, można stwierdzić, że w porównaniu z osobami niepijącymi kawy, spożywając ją w ilości około 4 filiżanek/dzień odnoszą korzyści pod postacią obniżenia ciśnienia tętniczego, ciśnienia tętna i częstości akcji serca. Należy zaznaczyć, że powyższe efekty obserwowane są tylko u osób spożywających czarną kawę w umiarkowanych ilościach i regularnie [22]. Również w badaniu *Framingham Heart Study* stwierdzono, że w porównaniu z brakiem spożywania kawy, każda filiżanka o pojemności 250 ml/dzień zmniejsza ryzyko udaru mózgu o 8%. W dużej metaanalizie prospektywnych badań kohortowych, przeprowadzonej przez Ding i wsp. [35], która uwzględniła 36 badań z udziałem ponad 1 miliona uczestników i prawie 36 tysięcy przypadków chorób układu krążenia wykazano, że miarkowane spożycie kawy wiązało się z niższym ryzykiem udaru mózgu [35]. Ryzyko udaru mózgu było najniższe przy spożyciu 3 do 5 filiżanek kawy dziennie, a jej większe spożycie nie powodowało wzrostu ryzyka udaru [34]. Inna metaanaliza badań prospektywnych oceniających wpływ spożywania kawy na ryzyko udaru mózgu wykonana przez Larsson i wsp. [36], na podstawie danych z lat 1966–2011 (prawie 480 tysięcy badanych), wykazała istnienie krzywej J (ryc. 4) [36]. Również autorzy tej metaanalizy wskazują, że umiarkowane spożywanie kawy może zmniejszać ryzyko wystąpienia udaru mózgu [36]. Analiza danych z prospektywnego badania kohortowego wykonana przez Lopez-Garcia i wsp. [37], w grupie 83 tysięcy kobiet (bez udaru mózgu, choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy lub raka na początku badania) wykazała, że długotrwałe spożywanie kawy nie wiązało się ze zwiększonym ryzykiem udaru mózgu wśród badanej grupy. Uzyskane dane sugerują, że spożycie kawy może nieznacznie zmniejszyć ryzyko udaru mózgu. Podobnie w kolejnej metaanalizie badań kohortowych wykazano, że spożywanie co najmniej 4 filiżanek kawy

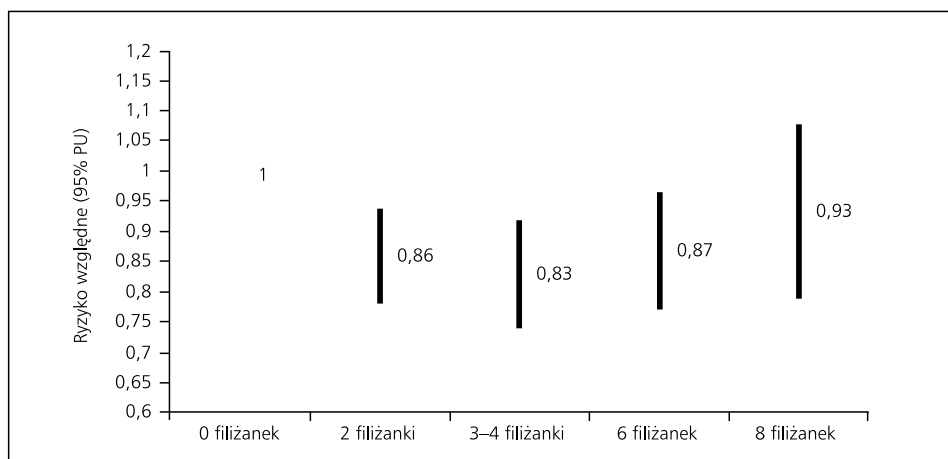
dziennie wiązało się z zmniejszeniem ryzyka udaru mózgu [38].

Podsumowując można stwierdzić, że umiarkowane spożycie kofeiny zawartej w kawie w ilościach 1-3 filiżanki/dzień zmniejsza ryzyko wystąpienia udaru mózgu; obserwowany efekt związany jest z obniżeniem tętniczego ciśnienia krwi.

#### Kofeina w kawie a funkcje poznawcze

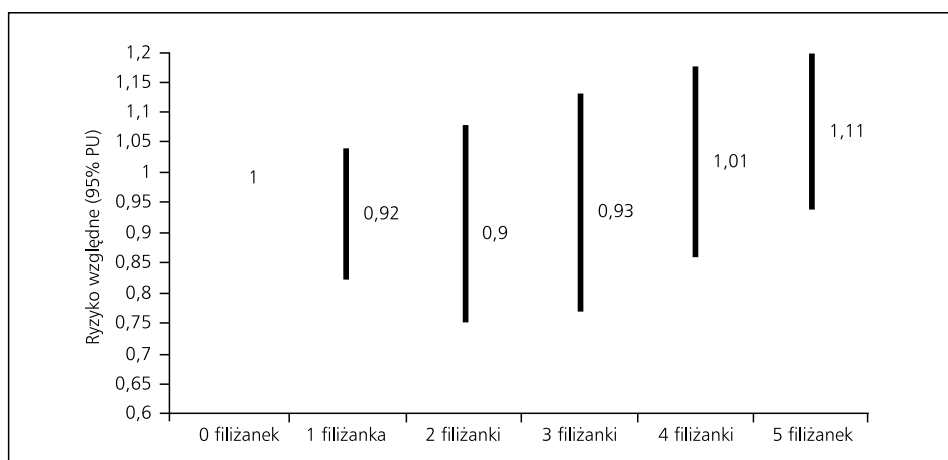
W metaanalizie badań prospektywnych przeprowadzonej przez Liu i wsp. [39] oceniano wpływ spożywania kawy na ryzyko pogorszenia funkcji poznawczych i demencji. W metaanalizie uwzględniono jedenaście badań prospektywnych obejmujących 29 155 pacjentów. Analiza względnego ryzyka wskazała, że wysokie spożycie kawy nie jest związane z ryzykiem pogorszenia funkcji poznawczych lub otępienia (RR [*risk ratio*] 0,97; 95% CI [*confidence interval*] 0,84–1,11). Ponadto, w jednej podgrupie wykazano odwrotny związek między wysokim spożyciem kawy a ryzykiem choroby Alzheimera [39]. Larsson i wsp. [40] wykonali metaanalizę zależności dawka–odpowiedź w celu podsumowania danych na temat spożycia kawy i ryzyka demencji i choroby Alzheimera. Zidentyfikowano osiem odpowiednich badań prospektywnych, obejmujących 7486 przypadki otępienia zdiagnozowane wśród 328 885 osób. Metaanaliza tych badań wykazała istnienie zależności w postaci krzywej U i najniższe ryzyko demencji obserwowano przy spożywaniu 2 filiżanek kawy/dzień (ryc. 5). W kolejnej metaanalizie uwzględniono ponadto pięć badań dotyczących choroby Alzheimera. Nie wykazano w nich związku pomiędzy spożyciem kawy a chorobą Alzheimera.

W jeszcze innym badaniu wykazano pozytywny wpływ regularnego przyjmowania kofeiny w postaci espresso na poprawę funkcjonowania poznawczego u osób chorych na AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*), u których występuje obiektywne pogorszenia funkcjonowania poznawczego [41].



**Rycina 4.** Wpływ ilości dziennie spożytych filiżanek kawy na ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Na podstawie [22, 36]

**Figure 4.** Impact of the amount of coffee cups consumed per day on the risk of stroke. Based on [22, 36]



**Rycina 5.** Wpływ ilości dziennie spożytych filiżanek kawy na ryzyko wystąpienia demencji. Na podstawie [40]

**Figure 5.** Impact of the amount of coffee cups consumed per day on the risk of dementia. Based on [40]

### Kofeina w kawie a choroba Parkinsona

Istnieją wyniki badań wykazujących odwrotną zależność między ilością spożywanej kawy i częstością występowania choroby Parkinsona [42]. W swojej metaanalizie obejmującej 90 1764 osób spożywających kawę Qi i wsp. [43] stwierdzają nieliniowy związek między spożyciem kawy a ogólnym ryzykiem choroby Parkinsona, a wpływ korzystnego działania kawy jest najsilniejszy przy średnim spożyciu 3 filiżanek dziennie (ryc. 6). Obserwowany związek był silniej wyrażony wśród mężczyzn niż u kobiet, a także słabszy wśród pacjentów ze Stanów Zjednoczonych w porównaniu z Europą czy Azją [42].

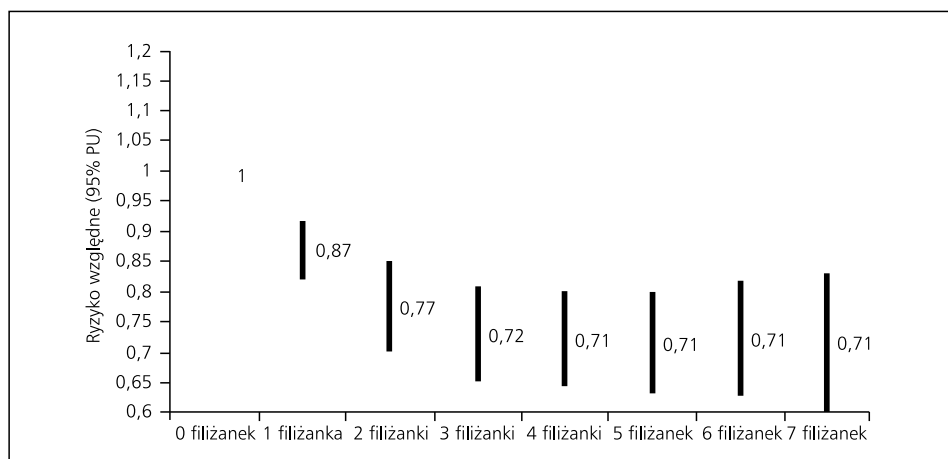
Wynik innego badania, przeprowadzonego przez pracowników ochrony zdrowia wykazał, że osoby, które piją co najmniej jedną filiżankę kawy dziennie, są narażone na mniejsze ryzyko rozwoju choroby Parkinsona w porównaniu z tymi, które jej nie piły [44]. Wynik kolejnego badania, w którym wzięło udział 7000 Japończyków,

wykazał, że osoby, które nie piją kawy, są narażone na od trzech do sześciu razy większe ryzyko rozwoju choroby Parkinsona [45].

Wyniki tych badań ponownie sugerują, że regularne spożywanie umiarkowanych ilości kawy na ochronne działanie na ośrodkowy układ nerwowy i zmniejsza ryzyko choroby Parkinsona.

### Kofeina w kawie a sen

Sen jest jedną z funkcji najbardziej wrażliwych na wpływ kawy i kofeiny. W systematycznym przeglądzie literatury wykonanym przez Clark i wsp. [46] oceniano wpływ spożywania kofeiny na sen. Wykazano, że kofeina zazwyczaj wydłuża oczekiwanie na zaśnięcie, zmniejsza całkowity czas snu i efektywność snu oraz pogarsza subiektywną jakość snu, ponadto ustalono, że sen starszych dorosłych jest bardziej wrażliwy na kofeinę w porównaniu z grupą młodszych dorosłych. Wyraźne indywidualne różnice



**Rycina 6.** Wpływ ilości dziennie spożytych filiżanek kawy na ryzyko wystąpienia choroby Parkinsona. Ryzyko względne skorygowane o palenie tytoniu. Na podstawie [43]

**Figure 6.** Impact of the number of cups of coffee consumed per day on the risk of Parkinson's disease. Relative risk adjusted for smoking. Based on [43]

występują również u młodych ludzi, a wyniki badań genetycznych potwierdziły istnienie funkcjonalnych polimorfizmów genów zaangażowanych w neurotransmisję i metabolizm adenozyliny [46].

W badaniu Takabayashi i wsp. [47] oceniano wpływ spożywania kawy na zaburzenia oddychania podczas snu. Do badania włączono 1126 mężczyzn w wieku 22–59 lat. Za pomocą pulsoksymetru mierzono wskaźnik 3% desaturacji tlenu (3% ODI [oxygen desaturation index]) podczas snu. Stwierdzono odwrotny związek między konsumpcją kawy a 3% ODI, co wskazuje na mniejsze ryzyko zaburzeń oddychania podczas snu zarówno [47]. Niekorzystny wpływ kofeiny na zasypianie jest więc oczywisty i zalecenia niespożywania kofeiny w drugiej części dnia stanowią element każdej wersji behawioralnego leczenia bezsenności, nazywanego higieną snu. Warto przytoczyć jedno badanie przeprowadzone odnośnie do schizofrenii — kofeina spożywana w większych dawkach w drugiej części dnia opóźnia porę zasypiania u pacjentów ze schizofrenią,

przyczyniając się u nich do zaburzenia rytmu dobowego i częstszego występowania u nich bezsenności [48].

Ważnym problemem w kontekście snu i kawy jest również używanie kawy i napojów z kofeiną przez młodzież szkolną, ponieważ zawarta w nich kofeina zarówno opóźnia u nich porę zasypiania, jak i skraca czas snu. Te parametry są z kolei istotnie skorelowane z wynikami w nauce, dlatego zaleca się ograniczenie spożywania kofeiny przez adolescentów [49].

### Wnioski końcowe

Kawa, a właściwie zawarta w niej kofeina, jest używką, która spożywana regularnie, ale w ilości mniejszej niż 400–450 mg/d może korzystny wpływ na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego. Natomiast regularne spożywanie kawy w większych dawkach może prowadzić do objawów uzależnienia. Mała liczba badań na temat populacyjnego rozpowszechnienia uzależnienia od kofeiny wskazuje na potrzebę ich przeprowadzenia.

### Streszczenie

Ziarna kawy są używane przez człowieka od wieków. Głównym składnikiem kawy odpowiedzialnym za biologiczne efekty jej działania jest kofeina. Stosowana okazynie lub w małych ilościach może mieć korzystny wpływ na zdrowie i funkcjonowanie człowieka. Dowiedziono pewnego korzystnego wpływu kofeiny jako lekarstwa, szczególnie w chorobach neurodegeneracyjnych. Kofeina jako używka może poprawiać wiele aspektów codziennego funkcjonowania organizmu. Jednak w większych dawkach, zażywanych regularnie, kofeina powoduje tolerancję i objawy abstynencyjne. Ponieważ używanie jej jest powszechne w populacji, że pewna część populacji może się od niej uzależnić. Celem pracy było przekrojowe pokazanie spożywania kofeiny jako używki, jako substancji o potencjalnie medycznych właściwościach oraz substancji, mogącej powodować uzależnienie być może na skalę populacyjną.

**Psychiatria 2020; 17, 4: 237–246**

**Słowa kluczowe:** kawa, kofeina, stymulant, tolerancja

## Piśmiennictwo:

1. Żukiewicz-Sobczak W, Krasowska E, Sobczak P, et al. Wpływ spożycia kawy na organizm człowieka. *Med. Og. Nauk Zdr.* 2012; 18: 71–76.
2. Yenissetti SC. Beneficial role of coffee and caffeine in neurodegenerative diseases: a minireview. *AIMS Public Health.* 2016; 3(2): 407–422, doi: [10.3934/publichealth.2016.2.407](https://doi.org/10.3934/publichealth.2016.2.407), indexed in Pubmed: 29546172.
3. Jeszka-Skowron M, Zgola-Grześkowiak A, Grześkowiak T. Analytical methods applied for the characterization and the determination of bioactive compounds in coffee. *European Food Research and Technology.* 2014; 240(1): 19–31, doi: [10.1007/s00217-014-2356-z](https://doi.org/10.1007/s00217-014-2356-z).
4. Zdrojewicz Z, Grześkowiak K, Łukasiewicz M. Czy picie kawy jest zdrowe? *Med Rodz.* 2016; 3: 138–145.
5. Cornelis MC, El-Sohemy A, Cornelis MC, et al. Coffee, caffeine, and coronary heart disease. *Curr Opin Lipidol.* 2007; 18(1): 13–19, doi: [10.1097/MOL.0b013e3280127b04](https://doi.org/10.1097/MOL.0b013e3280127b04), indexed in Pubmed: 17218826.
6. Salazar-Martinez E, Willett WC, Ascherio A, et al. Coffee consumption and risk for type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med.* 2004; 140(1): 1–8, doi: [10.7326/0003-4819-140-1-200401060-00005](https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-1-200401060-00005), indexed in Pubmed: 14706966.
7. O'Keefe JH, DiNicolantonio JJ, Lavie CJ. Coffee for cardioprotection and longevity. *Prog Cardiovasc Dis.* 2018; 61(1): 38–42, doi: [10.1016/j.pcad.2018.02.002](https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.02.002), indexed in Pubmed: 29474816.
8. James JE. Critical review of dietary caffeine and blood pressure: a relationship that should be taken more seriously. *Psychosom Med.* 2004; 66(1): 63–71, doi: [10.1097/10.psy.0000107884.78247.f9](https://doi.org/10.1097/10.psy.0000107884.78247.f9), indexed in Pubmed: 14747639.
9. Ashihara H, Sano H, Crozier A. Caffeine and related purine alkaloids: biosynthesis, catabolism, function and genetic engineering. *Phytochemistry.* 2008; 69(4): 841–856, doi: [10.1016/j.phytochem.2007.10.029](https://doi.org/10.1016/j.phytochem.2007.10.029), indexed in Pubmed: 18068204.
10. Nehlig A, Nehlig A, Debry G. [Effects of coffee and caffeine on fertility, reproduction, lactation, and development. Review of human and animal data]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1994; 23(3): 241–256, indexed in Pubmed: 8051344.
11. Thelle DS, Heyden S, Fodor JG. Coffee and cholesterol in epidemiological and experimental studies. *Atherosclerosis.* 1987; 67(2-3): 97–103, doi: [10.1016/0021-9150\(87\)90270-x](https://doi.org/10.1016/0021-9150(87)90270-x), indexed in Pubmed: 3314888.
12. Krul C, Hageman G. Analysis of urinary caffeine metabolites to assess biotransformation enzyme activities by reversed-phase high-performance liquid chromatography. *J Chromatogr B Biomed Sci Appl.* 1998; 709(1): 27–34, doi: [10.1016/s0378-4347\(98\)00016-4](https://doi.org/10.1016/s0378-4347(98)00016-4), indexed in Pubmed: 9653923.
13. Resta R, Hooker SW, Laurent AB, et al. Insights into thymic purine metabolism and adenosine deaminase deficiency revealed by transgenic mice overexpressing ecto-5'-nucleotidase (CD73). *J Clin Invest.* 1997; 99(4): 676–683, doi: [10.1172/JCI119211](https://doi.org/10.1172/JCI119211), indexed in Pubmed: 9045870.
14. Villarreal F, Zimmermann S, Makhsudova L, et al. Modulation of cardiac remodeling by adenosine: In vitro and in vivo effects. *Biochemistry of Hypertrophy and Heart Failure.* 2003; 17–26, doi: [10.1007/978-1-4419-9238-3\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9238-3_3).
15. Ciruela F, Saura C, Canela E, et al. Ligand-induced phosphorylation, clustering, and desensitization of  $\alpha 1$  adenosine receptors. *Molecular Pharmacology.* 1997; 52(5): 788–797, doi: [10.1124/mol.52.5.788](https://doi.org/10.1124/mol.52.5.788).
16. Ramkumar V, Olah ME, Jacobson KA, et al. Distinct pathways of desensitization of  $\text{A1-}$  and  $\text{A2-}$  adenosine receptors in DDT1 MF-2 cells. *Mol Pharmacol.* 1991; 40(5): 639–647, indexed in Pubmed: 1944235.
17. Lazarus M, Shen HY, Cherasse Y, et al. Arousal effect of caffeine depends on adenosine  $\text{A2A}$  receptors in the shell of the nucleus accumbens. *J Neurosci.* 2011; 31(27): 10067–10075, doi: [10.1523/JNEUROSCI.6730-10.2011](https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.6730-10.2011), indexed in Pubmed: 21734299.
18. Strain EC, Mumford GK, Silverman K, et al. Caffeine dependence syndrome. Evidence from case histories and experimental evaluations. *JAMA.* 1994; 272(13): 1043–1048, indexed in Pubmed: 8089887.
19. Glade MJ. Caffeine-Not just a stimulant. *Nutrition.* 2010; 26(10): 932–938, doi: [10.1016/j.nut.2010.08.004](https://doi.org/10.1016/j.nut.2010.08.004), indexed in Pubmed: 20888549.
20. Brunyé TT, Mahoney CR, Rapp DN, et al. Caffeine enhances real-world language processing: evidence from a proofreading task. *J Exp Psychol Appl.* 2012; 18(1): 95–108, doi: [10.1037/a0025851](https://doi.org/10.1037/a0025851), indexed in Pubmed: 21988325.
21. Ker K, Edwards PJ, Felix LM, et al. Caffeine for the prevention of injuries and errors in shift workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(5): CD008508, doi: [10.1002/14651858.CD008508](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008508), indexed in Pubmed: 20464765.
22. Surma S, Narkiewicz K. Kawa a ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego i innych chorób układu krążenia. *Choroby Serca i Naczyń.* 2020; 17(1): 55–64, doi: [10.5603/chsin.2020.0001](https://doi.org/10.5603/chsin.2020.0001).
23. Sawynok J. Pharmacological rationale for the clinical use of caffeine. *Drugs.* 1995; 49(1): 37–50, doi: [10.2165/00003495-199549010-00004](https://doi.org/10.2165/00003495-199549010-00004), indexed in Pubmed: 7705215.
24. O'Callaghan F, Muurlink O, Reid N. Effects of caffeine on sleep quality and daytime functioning. *Risk Manag Healthc Policy.* 2018; 11: 263–271, doi: [10.2147/RMHP.S156404](https://doi.org/10.2147/RMHP.S156404), indexed in Pubmed: 30573997.
25. Kromann CB, Nielsen CT. A case of cola dependency in a woman with recurrent depression. *BMC Res Notes.* 2012; 5: 692, doi: [10.1186/1756-0500-5-692](https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-692), indexed in Pubmed: 23259911.
26. Guieu R, Devaux C, Henry H, et al. Adenosine and migraine. *Can J Neurol Sci.* 1998; 25(1): 55–58, doi: [10.1017/s0317167100033497](https://doi.org/10.1017/s0317167100033497), indexed in Pubmed: 9532282.
27. Brown SG, Waterer GW. Migraine precipitated by adenosine. *Med J Aust.* 1995; 162(7): 389, 391, indexed in Pubmed: 7715531.
28. Antonova M, Wienecke T, Olesen J, et al. Prostaglandins in migraine: update. *Curr Opin Neurol.* 2013; 26(3): 269–275, doi: [10.1097/WCO.0b013e328360864b](https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e328360864b), indexed in Pubmed: 23519238.
29. Davis RJ, Murdoch CE, Ali M, et al. EP4 prostanoid receptor-mediated vasodilatation of human middle cerebral arteries. *Br J Pharmacol.* 2004; 141(4): 580–585, doi: [10.1038/sj.bjp.0705645](https://doi.org/10.1038/sj.bjp.0705645), indexed in Pubmed: 14744815.
30. Myren M, Olesen J, Gupta S. Prostaglandin E2 receptor expression in the rat trigeminal-vascular system and other brain structures involved in pain. *Neurosci Lett.* 2012; 506(1): 64–69, doi: [10.1016/j.neulet.2011.10.050](https://doi.org/10.1016/j.neulet.2011.10.050), indexed in Pubmed: 22061836.
31. Lipton RB, Diener HC, Robbins MS, et al. Caffeine in the management of patients with headache. *J Headache Pain.* 2017; 18(1): 107, doi: [10.1186/s10194-017-0806-2](https://doi.org/10.1186/s10194-017-0806-2), indexed in Pubmed: 29067618.
32. Jones HE, Herning RI, Cadet JL, et al. Caffeine withdrawal increases cerebral blood flow velocity and alters quantitative electroencephalography (EEG) activity. *Psychopharmacology (Berl).* 2000; 147(4): 371–377, doi: [10.1007/s002130050005](https://doi.org/10.1007/s002130050005), indexed in Pubmed: 10672630.
33. Couturier EG, Hering R, Steiner TJ. Weekend attacks in migraine patients: caused by caffeine withdrawal? *Cephalalgia.* 1992; 12(2): 99–100, doi: [10.1046/j.1468-2982.1992.1202099.x](https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.1992.1202099.x), indexed in Pubmed: 1576651.
34. Scher AI, Stewart WF, Lipton RB. Caffeine as a risk factor for chronic daily headache: a population-based study. *Neurology.* 2004; 63(11): 2022–2027, doi: [10.1212/01.wnl.0000145760.37852.ed](https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000145760.37852.ed), indexed in Pubmed: 15596744.
35. Ding M, Bhupathiraju SN, Satija A, et al. Long-term coffee consumption and risk of cardiovascular disease: a systematic review and a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Circulation.* 2014; 129(6): 643–659, doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005925](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005925), indexed in Pubmed: 24201300.
36. Larsson SC, Orsini N. Coffee consumption and risk of stroke: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *Am J Epidemiol.* 2011; 174(9): 993–1001, doi: [10.1093/aje/kwr226](https://doi.org/10.1093/aje/kwr226), indexed in Pubmed: 21920945.
37. Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F, Rexrode KM, et al. Coffee consumption and risk of stroke in women. *Circulation.* 2009; 119(8): 1116–1123, doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.108.826164](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.826164), indexed in Pubmed: 19221216.
38. Kim B, Nam Y, Kim J, et al. Coffee consumption and stroke risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. *Korean J Fam Med.* 2012; 33(6): 356–365, doi: [10.4082/kjfm.2012.33.6.356](https://doi.org/10.4082/kjfm.2012.33.6.356), indexed in Pubmed: 23267421.
39. Liu QP, Wu YF, Cheng HY, et al. Habitual coffee consumption and risk of cognitive decline/dementia: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Nutrition.* 2016; 32(6): 628–636, doi: [10.1016/j.nut.2015.11.015](https://doi.org/10.1016/j.nut.2015.11.015), indexed in Pubmed: 26944757.
40. Larsson SC, Orsini N. Coffee consumption and risk of dementia and Alzheimer's disease: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *Nutrients.* 2018; 10(10), doi: [10.3390/nu10101501](https://doi.org/10.3390/nu10101501), indexed in Pubmed: 30322179.

41. Bragança M, Marinho M, Marques J, et al. The influence of espresso coffee on neurocognitive function in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2016; 28(9): 1149–1153, doi: [10.1080/09540121.2016.1153589](https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1153589), indexed in Pubmed: [26932511](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26932511/).
42. Tavani A, La Vecchia C. Coffee, decaffeinated coffee, tea and cancer of the colon and rectum: a review of epidemiological studies, 1990-2003. *Cancer Causes Control*. 2004; 15(8): 743–757, doi: [10.1023/B:CACO.0000043415.28319.c1](https://doi.org/10.1023/B:CACO.0000043415.28319.c1), indexed in Pubmed: [15456988](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15456988/).
43. Qi H, Li S. Dose-response meta-analysis on coffee, tea and caffeine consumption with risk of Parkinson's disease. *Geriatr Gerontol Int*. 2014; 14(2): 430–439, doi: [10.1111/ggi.12123](https://doi.org/10.1111/ggi.12123), indexed in Pubmed: [23879665](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23879665/).
44. Ahsan F, Bashir S. Coffee consumption: health perspectives and drawbacks. *J Nutr Obes*. 2019; 2(1): 101.
45. Tuomilehto J, Hu G, Bidel S, et al. Coffee consumption and risk of type 2 diabetes mellitus among middle-aged Finnish men and women. *JAMA*. 2004; 291(10): 1213–1219, doi: [10.1001/jama.291.10.1213](https://doi.org/10.1001/jama.291.10.1213), indexed in Pubmed: [15010442](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15010442/).
46. Clark I, Landolt HP. Coffee, caffeine, and sleep: a systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2017; 31: 70–78, doi: [10.1016/j.smrv.2016.01.006](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.01.006), indexed in Pubmed: [26899133](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26899133/).
47. Takabayashi A, Maruyama K, Tanno Y, et al. The association of coffee consumption and oxygen desaturation index during sleep among Japanese male workers. *Sleep Breath*. 2019; 23(4): 1027–1031, doi: [10.1007/s11325-019-01815-5](https://doi.org/10.1007/s11325-019-01815-5), indexed in Pubmed: [30806944](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30806944/).
48. Chung KF, Poon YP, Ng TK, et al. Correlates of sleep irregularity in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2018; 270: 705–714, doi: [10.1016/j.psychres.2018.10.064](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.064).
49. Dimitriou D, Le Cornu Knight F, Milton P. The role of environmental factors on sleep patterns and school performance in adolescents. *Front Psychol*. 2015; 6: 1717, doi: [10.3389/fpsyg.2015.01717](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01717), indexed in Pubmed: [26648878](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26648878/).