

This is a provisional PDF only. Copyedited and fully formatted version will be made available soon.



ISSN: 1732-9841

e-ISSN: 1733-4594

The anti-vaccine issue in relation to COVID-19: an attempt to analyze attitudes in the context of the method of their diagnosis and management.

Author: Maciej Żerdziński

DOI: 10.5603/PSYCH.a2021.0035

Article type: Guidelines / Expert consensus

Submitted: 2021-09-14

Zaakceptowane: 2021-09-22

Published online: 2021-09-22

This article has been peer reviewed and published immediately upon acceptance. It is an open access article, which means that it can be downloaded, printed, and distributed freely, provided the work is properly cited.

Maciej Żerdziński

Problem postaw antyszczepionkowych w dobie COVID-19 — analiza w kontekście wymiarów psychopatologicznych i oparte na doświadczeniu własnym propozycje postępowania

The problem of anti-vaccine attitudes in the COVID-19 era: analysis in the context of psychopathological dimensions and treatment proposals based on own experience

Streszczenie

Postawy antyszczepionkowe względem COVID-19 są częstym zjawiskiem, jednak rzadko rozumianym jako problem medyczny. U pacjentów korzystających już z pomocy psychiatrycznej, warto poddać je diagnozie oraz psychoterapii. Powiązanie problemu antyszczepionkowego z lękiem, obsesją lub urojeniem jest szansą na wypracowanie racjonalnego podejścia do szczepionki przeciw COVID-19 i może przyczynić się do postępów terapeutycznych. Problem w trafnym wyborze autorytetu jest jednym z głównych wyzwań dla współczesnej psychiatrii.

Słowa kluczowe: SARS-CoV-2, szczepionka przeciw COVID-19, antyszczepionkowcy, lęk, OCD, paranoja, Internet

Abstract

Anti-vaccine attitudes against COVID-19 are a common phenomenon, but rarely understood as a medical problem. In patients who are already under psychiatric treatment, it is worth paying attention to diagnosis and starting of psychotherapy of this problem. The association of the anti-vaccine issue with anxiety, obsession and paranoia is an opportunity to achieve solution and may lead to the progress of psychotherapy. The problem with the right choice of authority seems to be one of most important challenges for psychiatry these days.

Key words: SARS-CoV-2, COVID-19 vaccine, anti-vaxxers, anxiety, OCD, paranoia, fake news

Wprowadzenie

Wydaje się, że straty zdrowotne spowodowane obecnością wirusa SARS-CoV-2 mają co najmniej dwa wymiary. Po pierwsze, częstą konsekwencją kontaktu z SARS-CoV-2 jest zagrażająca życiu choroba COVID-19. Jak wynika z dotychczasowej wiedzy na temat tego

schorzenia, ma ono charakter wielonarządowy, powoduje objawy wtórne i prawdopodobnie przybiera formę latentną [1]. Zjadliwość koronawirusa dotyczy między innymi ośrodkowego układu nerwowego, w konsekwencji czego może dojść do rozwoju niespecyficznych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza w zakresie upośledzenia funkcji poznawczych [2–6].

Obok wymiaru neuropatologicznego (infekcja koronawirusem *per se*) istnieje drugi, znacznie trudniejszy do zmierzenia kontekst psychopatologiczny: reakcja na przewlekłą i niekorzystną zmianę, którą spowodowała w życiu danej jednostki epidemia. Problem ten, odzwierciedlają między innymi niekorzystne postawy względem szczepień przeciw SARS-CoV-2. Tym samym, zjadliwość SARS-CoV-2 ma również charakter pośredni i można ją nazwać „infekcją psychiczną”.

Nie bez znaczenia dla rozwoju patologicznych postaw jest środowisko Internetu.

Rozprzestrzenianie się informacji epidemiologicznych poprzez sieci informacyjne stanowi nowy i trudny do zdefiniowania fenomen. Obok doniesień medycznych, powstają w nich alternatywne (sensacyjne bądź spiskowe) teorie dotyczące pandemii COVID-19, w tym kwestii szczepień. W dobie Internetu lepsze oznacza zazwyczaj: łatwiejsze do wykonania, szybsze i bardziej komfortowe. Podejście logiczne, wynikające z faktów medycznych, nie jest wystarczająco atrakcyjne psychologicznie, ponieważ skłania ku krytycznej autorefleksji, przez co urealnia i pogarsza samopoczucie. Postawy i obyczaje kształtują więc ci, którzy oferują atrakcyjniejsze informacje. Podważają na przykład prawdziwość pandemii SARS-CoV-2. Fałszywe teorie minimalizujące zagrożenie chorobą COVID-19 mogą paradoksalnie zwiększać poczucie bezpieczeństwa jednostki i zapewne dlatego (niezależnie od stopnia ich nietrafności) są tak powszechnie akceptowane. Jedną z ich konsekwencji może być postawa przeciwna zaszczepieniu, ponieważ przyjęcie szczepionki, oznaczałoby uznanie prawdziwości pandemii, tym samym, poziom przeżywanego lęku ponownie uległby nasileniu.

Prawdopodobnie fizjologiczny strach przed infekcją SARS-CoV-2 zaburza funkcje poznawcze. Jeśli lęk ma już charakter paniczny, to jego doświadczanie na tyle silnie wpływa na sferę behawioralną, że utrudnia lub uniemożliwia kompensację na poziomie intelektualnym. Należy przypuszczać, że istotne znaczenie mają tu patologiczne mechanizmy obronne, między innymi wyparcie, zaprzeczenie i przemieszczenie. Zgodnie z tym ostatnim fizjologiczny strach przed infekcją SARS-CoV-2 przemieszcza się z obszaru prawdziwego (koronawirus) w obszar nierzeczywisty (personel medyczny). W konsekwencji, osoba, która wcześniej czuła się bezradna, identyfikuje cel, na który przenosi nie tylko lęk, ale także złość spowodowaną ograniczeniami epidemiologicznymi (często doświadczanymi po raz pierwszy w życiu). Na przykład: „To wszystko przez nich, bo nie potrafią nas wyleczyć, a wręcz sami

zarażają”, „Są przekupieni przez korporacje farmaceutyczne lub powiększają dane epidemiologiczne z powodu chęci uzyskania późniejszych, szczepionkowych profitów” [7–16].

Celem tej pracy jest dogłębna analiza problemu postaw antyszczepionkowych, która może służyć wypracowaniu lepszej współpracy z pacjentem odmawiającym przyjęcia szczepionki przeciw SARS-CoV-2.

Najczęstsze rodzaje postaw względem szczepionki przeciw COVID-19 oraz ich psychogeneza

Aby poddać analizie problem postaw antyszczepionkowych, warto przytoczyć różne reakcje na te produkty farmakologiczne. Obok postawy neutralnej i entuzjastycznej, istnieją również te niekorzystne. Do najczęstszych z nich można zaliczyć:

1. Postawę sceptyczną.
2. Postawę lękową (unikającą, podejrzliwą, obsesyjną).
3. Postawę psychotyczną (paranoiczną lub paranoidalną).
4. Postawę psychopatyczną.

Przykładowe wypowiedzi ilustrujące wyżej wymienione postawy:

Ad. 1. „Nie jestem pewien, czy szczepienie jest konieczne”.

Ad. 2. „Lepiej o tym nie myśleć”; „Boję się efektów poszczepiennych lub innych, niekorzystnych konsekwencji przyjęcia szczepionki, także śmierci”; „Dręczą mnie wątpliwości w tym zakresie”.

Ad. 3. „Jestem przekonany, iż przyjęcie szczepionki będzie miało złe konsekwencje”; „Prawdziwym zamysłem szczepień nie jest COVID-19, a jakiś inny, złowrogi i złożony cel, stworzony przez konkretne bądź skrywające się osoby”; „Szczepionki powodują mutacje, stopniowo wyniszczą ludzkość”; „Powstanie hybryda człowieka i koronawirusa”; „Osoba zaszczepiona promieniuje, przez co szkodzi nienarodzonym dzieciom”; „Osoba, która się zaszczepi, wystąpi przeciw Bogu”.

Ad. 4. „Nie interesuje mnie zdrowie ludzi, nie boję się COVID-19 ani śmierci”; „Lubię siał strach i zamęt, bo sprawia mi to satysfakcję”; „W ten sposób rządzą i jestem kimś znaczącym”.

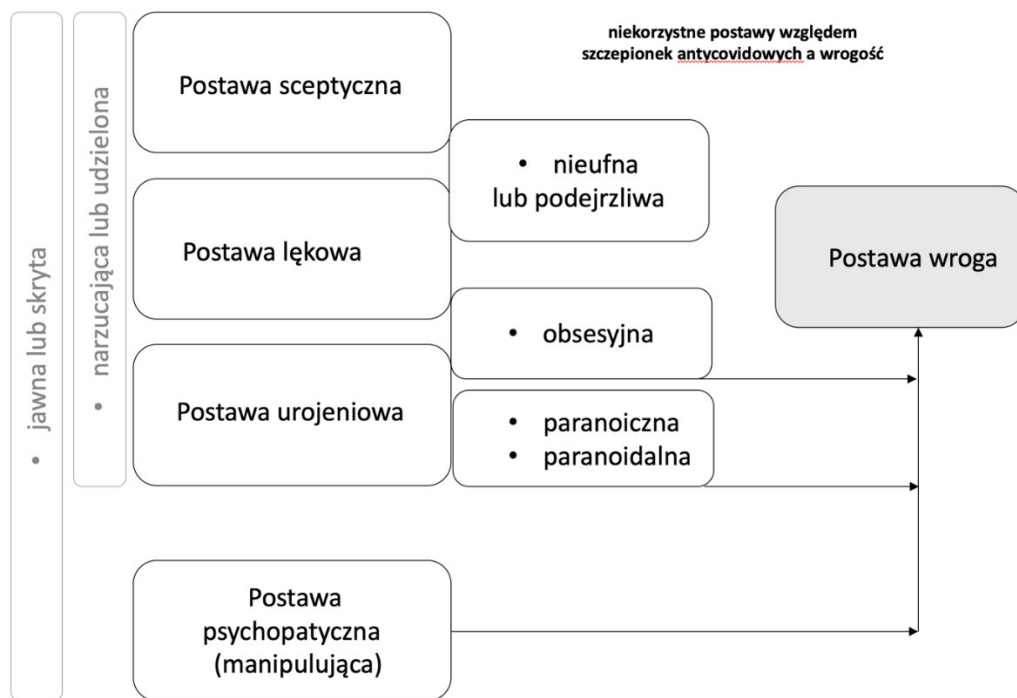
Osoby sceptyczne nie stronią od tematu szczepień i szukają przekonujących argumentów. Podejście ostrożne czy zachowawcze jest im bliskie, więc nie powinno dziwić, że mają przesadną potrzebę upewniania się. Postawę lękową charakteryzuje albo nadmierność przeżywania problematyki szczepień lub też wręcz przeciwnie — zachowanie unikowe

względem konieczności stosowania działań chroniących. Żaden z tych przypadków postaw nie jest jeszcze wrogi, a dana osoba zachowuje krytycyzm względem problemu i nie przejawia istotnych zaburzeń zachowania. Wraz z upływem czasu, osoby te mogą nabrać zaufania wobec szczepionek, jednak istnieje też niemałe prawdopodobieństwo, iż postawa sceptyczna lub lękowa, przybierze wymiar urojeniowy i wrogi. W takich sytuacjach, podejście do szczepionki determinują już zaburzenia treści myślenia, które mogą mieć formę obsesji lub urojeniowego przekonania (nierzadko występują razem). Zgodnie z ich definicją, obsesja, idea nadwartościowa i urojenie mogą zaburzyć, a niekiedy zawładnąć sferą behawioralną, tym samym postawa osób przeżywających te objawy bywa nieprzewidywalna, a w niektórych przypadkach agresywna. W przeciwieństwie do powyższych, postawa psychopatyczna nie wynika z gradacji lęku, a wręcz przeciwnie. Jej jedynym zamiarem jest dominacja poprzez manipulację, celowe posługiwanie się nieprawdą i niezdrowa satysfakcja w przypadku osiągnięcia przykrych rezultatów.

Warto nadmienić, iż antyszczepionkowe przemyślenia mogą mieć charakter skryty bądź jawny. Ten drugi manifestuje się w sposób czytelny, nierzadko nachalny i przytłaczający. Skryty zaś, jest trudny do uchwycenia w relacji z personelem medycznym, natomiast może ujawniać się w relacjach anonimowych, o co najłatwiej w internecie.

Patrząc z jeszcze innego punktu widzenia, można wyróżnić postawę narzucającą oraz udzieloną. Ta pierwsza, dotyczy osoby, która tworzy koncepcje wrogie szczepionkom (dla przykładu w Internecie). Tym samym u wszystkich osób, które uznają je za zasadne, fałszywa teoria znajduje kolejnego wyznawcę. Problem narzucenia, w istocie dotyczy postawy paranoicznej i psychopatycznej, a rzadziej — obsesyjnej.

Jak pokazano na rycinie 1, wiele z wymienionych tu przykładów postaw może ze sobą współistnieć, może też zachodzić ich gradacja lub — co pożądanie — minimalizacja.

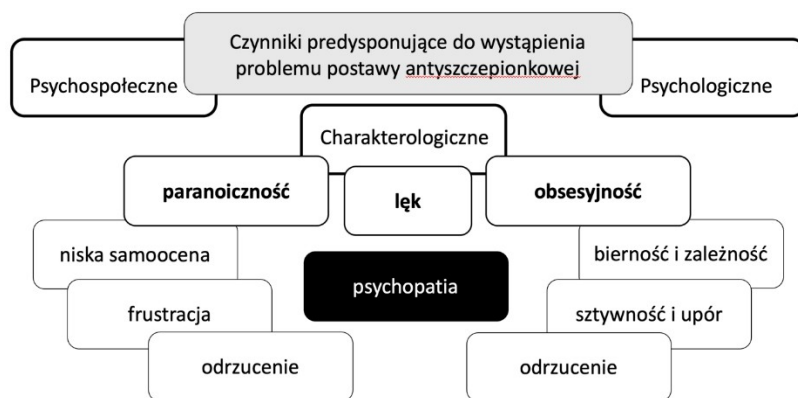


Rycina 1. Modele niekorzystnych postaw antyszczepionkowych a wrogość

Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia postawy antyszczepionkowej

Istnieje wiele predyktorów, które mogą kształtować specyficzną postawę względem szczepień i problemu pandemii COVID-19 w ogóle. Można do nich zaliczyć czynniki psychospołeczne, psychologiczne oraz charakterologiczne. W tych pierwszych, istotne znaczenie może mieć samotność, ubóstwo oraz zasady systemowe; dla przykładu: specyficzne przekonania religijne, tradycyjne wzorce czy zależności w relacjach rodzinnych. W czynnikach psychologicznych i osobowościowych, dominującą rolę odgrywa lęk, obsesyjność i paranoiczność. Mając na uwadze cechy charakteru, warto poddać analizie wynikającą z nich podatność na problem postaw antycovidowych. Istotne i niekorzystne znaczenie mogą mieć: niska samoocena/wielkościowość, poczucie odrzucenia, zdrady i osamotnienia spowodowane wtórnymi skutkami epidemii (np. ewakuacyjna postawa instytucji, izolacja, restrykcje epidemiologiczne, straty finansowe wynikające z pandemii).

Rycina 2 przedstawia najczęstsze czynniki odpowiedzialne za rozwój problemu antyszczepionkowego.



Rycina 2. Czynniki odpowiedzialne za wystąpienie problemu postawy antyszczepionkowej

Propozycje postępowania wobec pacjentów ujawniających problem postaw antyszczepionkowych

Problem postawy antyszczepionkowej dotyczy wielu pacjentów, z którymi na co dzień spotyka się personel medyczny. Jego paradygmat opiera się opisanym we wstępie paradoksie: produkty dedykowane ocaleniu życia jednostki zostały przez tą jednostkę uznane za zagrażające. Coś, czego należało ze wszelkich miar pożądać, zostało odrzucone, a niekiedy interpretowane jako zagrożenie. Taka postawa pacjenta budzi wiele niezrozumienia w medyku, który nierzadko przeżywa frustrację, ponieważ czuje się wykluczony lub niegodny zaufania. Tymczasem, aby wypracować najlepszą metodę postępowania, potrzeba odpowiedniego dystansu. Pomocne może być uświadomienie, iż problem postaw antyszczepionkowych tylko pozornie wydają się czymś nowym, jednak tak nie jest. Ich specyfika trafnie wpisuje się w ten sam antymedyczny i lękowy przeciwieństwo kontekst, którego doświadczamy w naszej codzienności klinicznej. Każdy praktykujący specjalista po wielokroć napotykał równie paralogiczne postawy pacjenta i to niekiedy tego, którego nazywamy „psychotycznym”. Zapewne zdecydowanie łatwiej zaakceptować nam te fenomeny u osoby cierpiącej z powodu schizofrenii, niż u tej, której dziwaczność wynika z zaburzeń charakteru.

Analizując doświadczenia z własnej praktyki lekarskiej, zauważyłem pewne powtarzające się zbieżności w problematyce postaw antyszczepionkowych i starałem się wypracować metodę sensownego postępowania. Obecnie świadczę pomoc ambulatoryjną 218 pacjentom. O ile większość z nich (85%) wyczekiwała możliwości zaszczepienia przeciw SARS-CoV-2, to aż 15% pozostawało tym szczepionkom obojętne, niechętna lub wroga, co uznałem za swoiste wyzwanie terapeutyczne. Chciałbym podkreślić, iż specyfika mojej praktyki nie jest typowa:

niemal wszyscy pacjenci pozostają w terapii od kilku bądź kilkunastu lat, tym samym moja znajomość problemów tych ludzi jest stosunkowo duża; zapewne podobnie jest z obopólnym zaufaniem. Zdecydowana większość tych pacjentów nigdy nie była hospitalizowana psychiatrycznie, a przyczyną leczenia są głównie zaburzenia lękowe, afektywne oraz natręctwa. Tym bardziej zaskoczyły mnie przemyślenia występujące u co najmniej 25 osób i pragnę podzielić się refleksjami, które okazały się pomocne w dalszej pracy nad problemem niechętniej postawy względem szczepionki przeciw SARS-CoV-2. Warto wspomnieć, iż obecna liczba niezaszczepionych osób w mojej praktyce lekarskiej wynosi 10.

1. **Autorefleksja.** Przede wszystkim, warto się zastanowić, w jaki sposób odbieramy pacjenta z problemem antyszczepionkowym. Jeśli w sposób emocjonalny, to tym samym oceniający i nieprzychylny. Podejście emocjonalne może dotyczyć wszystkich lekarzy, niezależnie od ich specjalności. Należy przypuszczać, iż jest konsekwencją doświadczanej frustracji, która w tym przypadku wynika ze specyficznych przekonań leczonego pacjenta. Większą szansę stwarza refleksja diagnostyczno-terapeutyczna, którą personel medyczny jest zobowiązany posługiwać się na co dzień. Tym samym, zaczynamy pracę nad wglądem.

2. **Wgląd.** Jest to czynnik podstawowy w pracy terapeutycznej i zawsze należy zmierzać do jego wypracowania. Zapewne dotyczy obu stron konfliktu, bo w istocie - wewnętrzny sprzeciw na odmowę szczepienia przez pacjenta nierzadko prowokuje swoisty spór terapeutyczny. Jeśli zostanie niedostrzeżony lub zignorowany, to w bliskiej perspektywie może spowodować kryzys terapeutyczny. Mając na uwadze wielorakie i opisane wyżej przyczyny problemu postaw antyszczepionkowych, należy założyć, iż wgląd pacjenta względem przyjęcia szczepionki przeciw COVID-19 jest co najmniej zmniejszony lub zupełnie utracony. Naszym zadaniem jest to pacjentowi pokazać, a następnie poddać głębszej analizie.

3. **Rozumienie problemu.** Wydaje się, że zignorowanie pacjenta z problemem antyszczepionkowym lub natychmiastowe odesłanie go „do psychologa” może tylko wzmocnić poczucie bycia odrzuconym przez autorytet lekarski. Jak należy przypuszczać, odrzucenie sprzyja poszukiwaniu bardziej atrakcyjnych, bo lepiej „rozumiejących mnie” autorytetów. Istnieje spore ryzyko, że okażą się nim właśnie środowiska antyszczepionkowe. Poczucie przynależności do grupy mającej wspólne wyznaczenie, tożsamy cel — jakoby chroniący przed wszechobecnym „zagrożeniem” (np. poprzez głoszenie „ukrytej prawdy”) — to wszystko ma moc na tyle magiczną, iż ostatecznie — uwodzi. Tracimy pacjenta, który nie tylko nie zdoła skorzystać z możliwości samoobrony przed COVID-19, ale także przyczyni się do pomnażania zagrażającej populacji postawy. Budowanie umiejętności samoobrony

powinno być fundamentem każdej pracy psychologicznej i warto podobnie rozumieć cel pracy nad zaburzoną relacją ze szczepionką przeciw SARS-CoV-2.

4. Problem intelektu. Jest to nadużywana i chybiona idea, którą posługują się osoby prozaicznie oceniające problem postaw antyszczepionkowych. Niestety, zdarza się, iż w przestrzeni naszych dywagacji medycznych bezwiednie pojawiają się pejoratywne określenia względem postawy danego pacjenta. Jeśli istotnie będziemy się takimi pojęciami posługiwać, to paradoksalnie przeciwstawiamy się sami sobie. Warto przypomnieć, iż obok wielu wartości, które niesie Ustawa O Ochronie Zdrowia Psychicznego, istnieje także walor służący kształtowaniu właściwych postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Pośród pacjentów odmawiających szczepienia zdarzają się i tacy, którzy istotnie mają słabe możliwości intelektualne. Jeśli więc podejmujemy leczenie takiej osoby, to postarajmy się choć o neutralność względem jej nietrafnych przemyśleń. Poprzez odpowiednio prowadzoną psychoedukację oraz — o ile to możliwe — współpracę z systemem rodzinnym, możemy sprawić, aby pacjent uzyskał wspomniany wyżej wgląd lub też, jeśli nie posiada odpowiednich zasobów, znalazł oparcie w autorytecie medycznym, któremu z czasem będzie mógł bardziej zaufać.

5. Problem emocji. Wydaje się, że problem postaw antyszczepionkowych w znacznej mierze wynika z zaburzeń emocjonalnych. Jeśli uda nam się wpisać wrogość względem szczepionek przeciw COVID-19 w holistyczny proces problemów psychologicznych danego pacjenta, to istnieje szansa na wypracowanie korzystnej refleksji terapeutycznej. Tym samym, warto przypomnieć, iż zaburzone funkcjonowanie układu emocjonalnego nie podda się logicznym argumentom. Jak wspomniano na wstępie: postawa pacjenta jest silnie obwarowana różnymi patologicznymi mechanizmami obronnymi, które powodują co najmniej zmniejszenie krytycyzmu względem problemu — wyparciem, zaprzeczeniem, przemieszczeniem i projekcją. Warto więc odnieść się do rezultatów terapii, wypracowanych we wcześniejszych etapach leczenia.

6. Postępowanie. Najgorszym rozwiązaniem jest bezpośrednia konfrontacja z pacjentem mającym problem antyszczepionkowy na tzw. argumenty medyczne. Zazwyczaj, osoba leczona przedstawia nam opinie alternatywne, co podpira cytatai zaczerpniętymi z własnych źródeł. Taka wymiana poglądów bezwiednie staje się równoważna naukowo, może mieć niekończący się charakter i z czasem budzi obopólną frustrację, która potęguje w pacjencie poczucie niezrozumienia, a w nas znużenie bądź niechęć.

Metoda dyrektywnego nakazu zaszczepienia się może przynieść pozytywny efekt, jednak mając na uwadze holistyczny proces leczenia, w dalszej perspektywie będzie prowokować

straty. Poczucie bycia zdominowanym przez autorytet lekarski lub poczucie winy związane z niespełnieniem jego oczekiwań, czemu towarzyszy lęk przed odrzuceniem, stanowią antytezę pracy nad dobrostanem psychicznym.

Szansą jest natomiast próba oddalenia się od napinającego afekt dylematu przyjęcia szczepionki antycovidowej ku innym obszarom problemów psychologicznych. Pośród nich, za szczególnie istotny uważam wspomniany wcześniej problem zaufania do autorytetu. Pokazanie pacjentowi, iż - zapewne nie pierwszy raz — ponownie posługuje się metodą konfrontacji, skłania ku refleksji nad taką potrzebą. Ważna byłaby więc choć pobieżna analiza relacji wczesnodziecięcych i ich dalszych konsekwencji egzystencjonalnych, w tym — braku zaufania, lęku przed samodzielnością oraz poczuciem niskiej samooceny.

Warto też pokazać pacjentowi, iż stosując teorię antyszczepionkową pozoruje tylko działania ochronne, a w istocie wykonuje unik spowodowany lękiem. I ponownie: czy taka sytuacja jest dla tego pacjenta czymś nowym? Czy dostosowanie się do już uświadomionego lęku będzie czynnikiem terapeutycznym? Jeśli pacjent dostrzeże, iż nie kieruje nim wola, a skryty przymus wpisany w ten objaw, to poprzez refleksję stwarza większą przestrzeń do kontynuowania pracy psychologicznej.

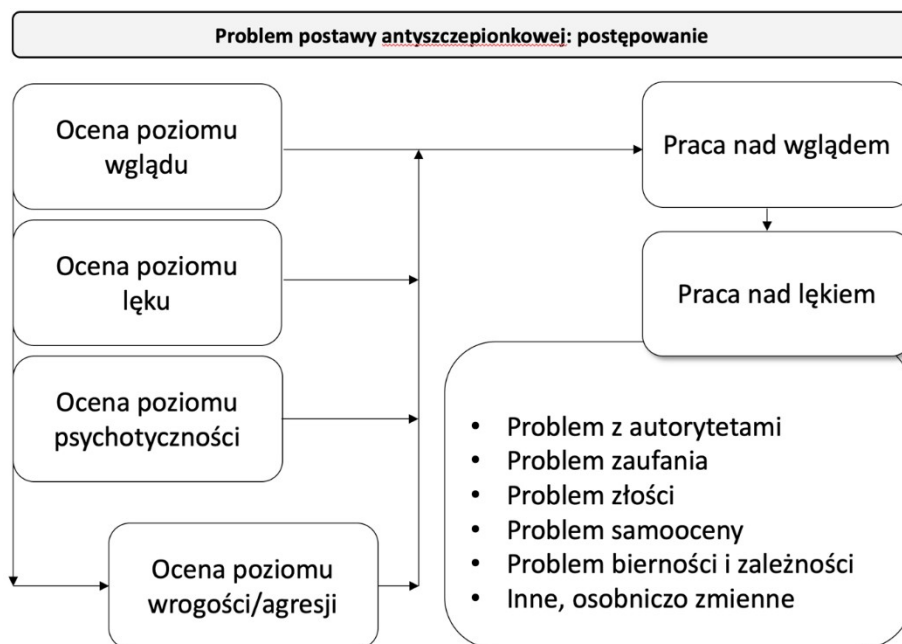
Kolejnymi krokami terapeutycznymi powinno być zbadanie klinicznych konsekwencji lęku. Czy nasilenie tego objawu ma charakter nerwicowy (różne zespoły lękowe), graniczny (obsesja ze zmniejszonym lub utraconym wglądem, nastawienie urojeniowe) czy już psychotyczny (urojenie)? W trakcie mojej pracy psychologicznej z pacjentami nad problemem postawy antyszczepionkowej, wielu z nich ujawniło skrywane wcześniej przekonania. Potwierdzali, iż w różnym stopniu wierzą w dziwaczne koncepcje dotyczące szczepionki przeciw COVID-19, czemu wcześniej zaprzeczali. Niektórzy z nich, doświadczyli rozbudowanego i usystematyzowanego myślenia urojeniowego, który pozostawał bez związku z ilorazem inteligencji, jednak w proporcjonalnej relacji z nastawieniami urojeniowymi/urojeniami dotyczącymi kwestii innych niż pandemia. W przypadku ciężkich objawów paranoicznych, byłem bezradny terapeutycznie. Mechanizmy projekcyjne ulegały natychmiastowemu nasileniu, a pośród nich dominowała złość i werbalny zakaz kontynuowania tematu szczepień. Pojęcia, które znajdują tu zastosowanie i mogą być pomocne w dalszym leczeniu, to: nieumiejętność akceptacji, podejrzliwość, utrata krytycyzmu, owładnięcie i zaburzenia behawioralne (opozycyjne). W przypadkach lękowych i obsesyjnych, większość pacjentów dostrzegła niezdrowy wpływ lęku i z czasem potrafiła mu się przeciwstawić, co poskutkowało zaszczepieniem. U niektórych pacjentów występowała postawa udzielona: osoba bliska (lub kilka osób bliskich) zakazywała szczepienia. Także i w

tych sytuacjach klinicznych, odnosiłem się do omawianych wcześniej wątków zależności i bierności, co przynosiło różne efekty. Niekorzystnym czynnikiem okazała się zależność finansowa od osoby dominującej i obawa związana z podjęciem samodzielnej decyzji. Ostatecznie, troje z sześciu pacjentów postanowiło dokonać szczepienia. Trudno ocenić dalsze skutki tych decyzji. Z pewnością, cenny terapeutycznie jest tu postęp w budowaniu samodzielności/decyzyjności, niepokoi natomiast, trudny do zmierzenia problem chęci spełnienia oczekiwań prowadzącego psychiatry.

Prawdziwym wyzwaniem terapeutycznym okazała się interpretacja decyzji o nieszczepieniu się wynikająca ze specyficznych przekonań religijnych. U tych pacjentów, istniały wszystkie z opisanych wyżej problemów psychologicznych. Niemierzalny klinicznie i sensorywny terapeutycznie obszar wiary, powoływanie się na wybrane autorytety osób duchownych lub istotę wyższą, stwarzały bariery w komunikacji, tym samym niemoc w uzyskaniu wglądu. Obecne były swoiste zakazy/nakazy, rytualność, magiczność oraz poczucie winy/lęk przed karą, które skutkowały postawą nieufną, oportunistyczną i wrogą. W przypadkach tych chorych (wszyscy z diagnozą ciężkich zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych oraz osobowości anankastycznej; większość z istotną poprawą), wysiłki służące racjonalizacji problemu postawy antyszczepionkowej są bezcelowe. Szansą jest uświadomienie pacjentowi, iż obok lęku, istnieje również problem tłumionej złości, w tym skłonność do autoagresji, zbliżona do problematyki natręctw. Takie ujęcie postawy antyszczepionkowej sprawiło, iż wszyscy z tych pacjentów rozważają zaszczepienie, a cztery osoby zreflektowały swój problem i zgłosiły się do punktu szczepień.

Jeśli względem szczepienia anty COVID-19 wystąpi postawa paranoidalna, to zazwyczaj jest ona powiązana z innymi objawami schizofrenii. Tym samym — obok pracy nad wglądem — podstawową metodą postępowania jest zastosowanie czy modyfikacja leczenia przeciwpsychotycznego. Rokowanie w tym zakresie jest co najmniej trudne.

Nie poddaję analizie postawy psychopatycznej, ponieważ jej przyczyny są zbyt oddalone od wątków medycznych.



Rycina 3. Propozycja postępowania względem pacjentów z problemem antyszczepionkowym

Podsumowanie

Problem postawy antyszczepionkowej jest częsty, ma różne wymiary i wieloraką etiologię. Jego manifestację możemy rozumieć dwojako: klinicznie i prozaicznie, co dotyczy zarówno osób już korzystających z pomocy psychiatrycznej, jak i tych, którzy takiego leczenia nigdy nie podejmowali. Ujęcie niemedyczne, oddala nas od refleksji, analizy i niesienia pomocy, skłania natomiast do odrzucenia oraz negatywnych kategorizacji. Sensowniejszym wydaje się więc ujęcie psychopatologiczne. Nadanie medycznych nazw większości postaw antyszczepionkowych sprawia, iż możemy te postawy zrozumieć w sposób profesjonalny, tym samym traktować je jako problem psychologiczny.

Zmniejszony lub utracony wgląd pacjenta powoduje niemożność autoidentyfikacji problemu postawy antyszczepionkowej. Pomocna może być inicjatywa osoby leczącej, jednak w zamiśle daleko szerszym niż racjonalizacja, konfrontacja lub nakaz. Istotne znaczenie może mieć wpisanie problemu antyszczepionkowego w holistyczny kontekst istniejących zaburzeń psychicznych. Warto pamiętać, iż problematyka postaw antyszczepionkowych jest złożona i nierzadko skryta. Posłużenie się pojęciami takimi jak lęk, obsesyjność czy paranoiczność nadaje problemowi charakter dynamiczny i często skutkuje korzystną zmianą postawy.

Uznane strategie postępowania względem COVID-19 są często rozczarowujące i wymagają wysiłku pacjenta, co skłania ku poszukiwaniu bardziej atrakcyjnych, choć niemedycznych teorii epidemiologicznych. Internet jest środowiskiem, które sprzyja ich znalezieniu.

Zagrażające bezpieczeństwu jednostki teorie antyszczepionkowe, paradoksalnie, mogą mieć

dla tej jednostki znaczenie anksjolityczne. Tym samym, w przypadku podjęcia pracy nad wglądem, należy wziąć pod uwagę przejściowy wzrost lęku oraz złości.

Potrzeba większej kompetencji wynikająca z niskiej samooceny, lęk oraz zagubienie w opiniach autorytetów są wyzwaniami współczesnej psychiatrii.

Piśmiennictwo:

1. Higgins V, Sohaei D, Diamandis EP, et al. COVID-19: from an acute to chronic disease? Potential long-term health consequences. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2021; 58(5): 297–310, doi: [10.1080/10408363.2020.1860895](https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1860895), indexed in Pubmed: [33347790](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33347790/).
2. Łojek E, Egbert A, Gambin M, et al. Neuropsychological disorders after COVID-19. Urgent need for research and clinical practice. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2021; 30(2): 104–112, doi: [10.5114/ppn.2021.108474](https://doi.org/10.5114/ppn.2021.108474).
3. Najjar S, Najjar A, Chong DJ, et al. Central nervous system complications associated with SARS-CoV-2 infection: integrative concepts of pathophysiology and case reports. *J Neuroinflammation*. 2020; 17(1): 231, doi: [10.1186/s12974-020-01896-0](https://doi.org/10.1186/s12974-020-01896-0), indexed in Pubmed: [32758257](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32758257/).
4. Orsini A, Corsi M, Santangelo A, et al. Challenges and management of neurological and psychiatric manifestations in SARS-CoV-2 (COVID-19) patients. *Neurol Sci*. 2020; 41(9): 2353–2366, doi: [10.1007/s10072-020-04544-w](https://doi.org/10.1007/s10072-020-04544-w), indexed in Pubmed: [32767055](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32767055/).
5. Szcześniak D, Gładka A, Misiak B, et al. The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021; 104: 110046, doi: [10.1016/j.pnpbp.2020.110046](https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110046), indexed in Pubmed: [32730915](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32730915/).
6. Dinakaran D, Manjunatha N, Kumar CN, et al. Neuropsychiatric aspects of COVID-19 pandemic: A selective review. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; 53: 102188, doi: [10.1016/j.ajp.2020.102188](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102188).
7. Doustmohammadi S, Cherry JD. The sociology of the antivaccine movement. *Emerg Top Life Sci*. 2020; 4(2): 241–245, doi: [10.1042/ETLS20190198](https://doi.org/10.1042/ETLS20190198), indexed in Pubmed: [32463081](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32463081/).
8. Hotez PJ. COVID19 meets the antivaccine movement. *Microbes Infect*. 2020; 22(4-5): 162–164, doi: [10.1016/j.micinf.2020.05.010](https://doi.org/10.1016/j.micinf.2020.05.010), indexed in Pubmed: [32442682](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32442682/).
9. Puri N, Coomes EA, Haghbayan H, et al. Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Hum Vaccin Immunother*. 2020; 16(11): 2586–2593, doi: [10.1080/21645515.2020.1780846](https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1780846), indexed in Pubmed: [32693678](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32693678/).

10. Chou WYS, Budenz A. Considering Emotion in COVID-19 Vaccine Communication: Addressing Vaccine Hesitancy and Fostering Vaccine Confidence. *Health Commun.* 2020; 35(14): 1718–1722, doi: [10.1080/10410236.2020.1838096](https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1838096), indexed in Pubmed: [33124475](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33124475/).
11. Hornsey MJ, Harris EA, Fielding KS. The psychological roots of anti-vaccination attitudes: A 24-nation investigation. *Health Psychol.* 2018; 37(4): 307–315, doi: [10.1037/hea0000586](https://doi.org/10.1037/hea0000586), indexed in Pubmed: [29389158](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29389158/).
12. Sonuga-Barke EJS. "School of hard knocks" - what can mental health researchers learn from the COVID-19 crisis? *J Child Psychol Psychiatry.* 2021; 62(1): 1–4, doi: [10.1111/jcpp.13364](https://doi.org/10.1111/jcpp.13364), indexed in Pubmed: [33368223](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33368223/).
13. Čavojová V, Šrol J, Ballová Mikušková E. How scientific reasoning correlates with health-related beliefs and behaviors during the COVID-19 pandemic? *J Health Psychol.* 2020 [Epub ahead of print]: 1359105320962266, doi: [10.1177/1359105320962266](https://doi.org/10.1177/1359105320962266), indexed in Pubmed: [33016131](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33016131/).
14. Smith TC, Reiss DR. Digging the rabbit hole, COVID-19 edition: anti-vaccine themes and the discourse around COVID-19. *Microbes Infect.* 2020; 22(10): 608–610, doi: [10.1016/j.micinf.2020.11.001](https://doi.org/10.1016/j.micinf.2020.11.001), indexed in Pubmed: [33171267](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33171267/).
15. Ullah I, Khan KS, Tahir MJ, et al. Myths and conspiracy theories on vaccines and COVID-19: Potential effect on global vaccine refusals. *Vacunas.* 2021; 22(2): 93–97, doi: [10.1016/j.vacun.2021.01.001](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2021.01.001), indexed in Pubmed: [33727904](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33727904/).
16. Prieto Curiel R, González Ramírez H. Vaccination strategies against COVID-19 and the diffusion of anti-vaccination views. *Sci Rep.* 2021; 11(1): 6626, doi: [10.1038/s41598-021-85555-1](https://doi.org/10.1038/s41598-021-85555-1), indexed in Pubmed: [33758218](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33758218/).