

## **Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne**

### **Impact of COVID-19 pandemic on mental health**

Janusz Heitzman

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Klinika Psychiatrii Sądowej

#### **Summary**

Human confrontation with such a stressor as the COVID-19 pandemic outbreak, caused by SARS-CoV-2 virus, manifested in severe acute respiratory distress, results also in the decrease of fitness and mental resistance on an unprecedented scale and with difficult to estimate consequences [1]. More important than the intensity of the disorder is its prevalence. When we compare our current knowledge of the impact of the pandemic on the development of mental disorders with the findings of research on acute stress disorder (ASD) and post-traumatic stress disorder (PTSD) over the last 40 years, it may turn out that they are different from each other, the symptomatic spectrum of mental disorders varies and the possibilities of an effective treatment are very limited. We cannot rule out that a new diagnostic category for specific mental disorders resulting from the COVID-19 pandemic may emerge in the near future. This paper presents the extent of the impact of the pandemic on the development of mental instability and current diagnostic possibilities. Subpopulations necessary for planning short-term intervention in the organisational, informative and medical areas were identified. A psychiatric guide for immediate support and assistance was proposed.

**Słowa kluczze:** COVID-19, zdrowie psychiczne, zaburzenie stresowe

**Key words:** COVID-19, mental health, stress disorder

#### **Wstęp**

Choroby zakaźne przenoszone z człowieka na człowieka nie są niczym niezwykłym i towarzyszą ludzkości od wieków. Ich pojawienie się wywoływało określone reakcje psychologiczne całych zbiorowości, zmieniało dotychczasowe zachowanie, zwyczaje i wprowadzało różne, mniej lub bardziej skuteczne sposoby walki ze skutkami zarazy. Epidemie dżumy dziesiątkowały świat od stuleci. Szacuje się, że dżuma, która wybuchła w 542 roku w stolicy Cesarstwa Wschodniego – Konstantynopolu, spowodowała śmierć ponad 300 tysięcy jej mieszkańców. Stąd dżuma rozprzestrzeniła się na kolejne obszary Europy oraz Afryki Północnej i Azji. Ten światowy zasięg pan-

demii mógł doprowadzić do śmierci nawet 100 milionów osób [2]. Od starożytności do średniowiecza uważano, że przyczyną epidemii nie jest fatalny stan higieny, lecz skażone powietrze, przed którym trudno było się schronić. W związku z dużą śmiertelnością wybuchy epidemii niezmiennie wiązały się ze stanami paniki i poczuciem zagrożenia indywidualnego bezpieczeństwa. Opisywano powszechne skutki zdrowotne epidemii, w tym lęk, bezsenność, zwiększone spożycie alkoholu i zanik energii [3]. Psychologiczne i psychiatryczne konsekwencje epidemii w czasach nam współczesnych, przy niespotykanym przyspieszeniu transmisji wirusa na cały świat w wyniku globalizacji, zmian klimatycznych i szybkości przemieszczania się ludności, to dominujące, subiektywnie odczuwane, rzeczywiste lub domniemane poczucie zagrożenia ze strony innych ludzi, strach, niepewność i niepokój, a także objawy, jakie się pojawiają w reakcji na traumatyczny stres. Dodatkowo mogą występować stany fobii społecznej jako efekt stygmatyzacji, społecznego napiętnowania i ksenofobii. Dotyczy to osób pochodzenia azjatyckiego, ale też tych, które się podejrzewa o większą możliwość przenoszenia zakażenia, np. pracowników służby zdrowia, pozostających w kwarantannie, powracających z zagranicy, chorujących na alergię, kaszlących [4]. Starając się przyporządkować pandemiczne zaburzenia psychiczne do jakiejś kategorii zaburzeń, w sposób naturalny kierujemy się w stronę zaburzeń lękowych i związanych ze stresem.

Diagnoza ostrego zaburzenia stresowego pojawiła się w klasyfikacji DSM-IV Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (1994) jako wypełnienie – jak to określano – „luki nozologicznej” między zaburzeniem przystosowania a zaburzeniem stresowym pourazowym (*Post-traumatic Stress Disorder* – PTSD) [5]. W późniejszych dyskusjach nozologicznych próbowano różnicować dłużej trwające stany psychopatologiczne występujące po urazie od „normalnej reakcji na wydarzenie traumatyczne”. Istniała obawa, że zbyt często za patologiczne będą uznawane naturalne reakcje obronne, co zwiększy ryzyko diagnoz fałszywie pozytywnych [5]. Wychodząco przy tym z założenia, że reakcja na traumę ma charakter przejściowy. Jednocześnie kryteria diagnostyczne ostrego zaburzenia stresowego (*Acute Stress Disorder* – ASD; odwzorowane na wcześniej opisanej diagnozie PTSD), którego objawy utrzymywały się przez ponad miesiąc, wykluczały diagnozę zaburzenia adaptacyjnego (przystosowawczego), a jeszcze nie spełniały kryteriów PTSD [6]. Trzeba zauważyć, że definicja ostrej reakcji na stres zawarta w klasyfikacji ICD-10 różni się od definicji ostrego zaburzenia stresowego według DSM-IV i DSM-5 czasem trwania reakcji – w ICD-10 nie przekracza ona 48 godzin.

Dzisiejsze rozważania nad ujawnianiem się objawów ASD w populacji pandemicznej napotykać na poważne bariery. Brakuje bowiem wcześniejszych badań empirycznych, a wnioski opierają się głównie na argumentach logicznych. Nie budzi wątpliwości fakt skonfrontowania się z pandemią całej populacji, lecz nie ma możliwości i potrzeby diagnozowania u wszystkich objawów ASD. Stoimy dopiero na początku badań, które będą niechybnie prowadzone i pozwolą za jakiś czas uzyskać wiarygodne dane. Mimo najwyższego poziomu dystresu wydaje się, że ujawnione objawy ASD nie obejmą więcej niż 20% populacji. Jest to wniosek pośrednio retrospektywny, wysnuty na podstawie występowania objawów PTSD po traumie u tych, którzy wcześniej spełniali kryteria ASD. Można przypuszczać, że w grupie osób nieradzących sobie z traumą

i ujawniających później nasilone objawy znajdują się osoby pozbawione naturalnych mechanizmów ochronnych w związku z brakiem wsparcia społecznego, dotknięte innymi zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi, wcześniejszymi traumami, bez dostępu do wiarygodnej informacji, funkcjonujące w warunkach braku racjonalnego zarządzania kryzysem przez służby państwowe.

### Diagnostyka zaburzeń zdrowia psychicznego

Wśród objawów opisanych w kryteriach diagnostycznych zaburzeń pourazowych i związanych z czynnikiem stresującym zwykle mieściły się te zarezerwowane dla ASD (308.3 w DSM-5 i F43.1 w ICD-10). Obecnie, na przełomie 2019 i 2020 roku, po kilku miesiącach konfrontacji z pandemią i na podstawie opisywanych następstw COVID-19 w sferze psychicznej, możemy stwierdzić, że nie są one ściśle tożsame z diagnozą ASD pozycjonowanego zarówno w klasyfikacji DSM-5, jak i ICD-10/ICD-11 [7, 8]. Zasadnicza różnica dotyczy zarówno czasu ekspozycji na traumę, jak i czasu utrzymywania się objawów. W wypadku pandemii COVID-19 czasu ekspozycji na stresor nie można określić, a spowodowane nią spustoszenia w sferze psychicznej nie są reakcją krótkotrwałą. O odległych następstwach narażenia na traumę pandemii (PTSD) nie da się dzisiaj jeszcze wiele powiedzieć. Aktualnie, w trakcie działania stresora, jest za wcześnie na postawienie precyzyjnej diagnozy PTSD. Z perspektywy trwającej pandemii ujawniające się i pozostające w bezpośrednim związku przyczynowym z pandemią zaburzenia psychiczne w większości przejawiają się stanem niepokoju, paniki, zaburzeń obsesyjnych związanych z uzasadnionymi zaleceniami mycia, dezynfekcji i sterylności, które mogą przybierać formę wyolbrzymioną i szkodliwą. Możemy obserwować tendencje do szczególnej obserwacji funkcjonowania organizmu: analizowania kaszlu, duszności, nieustannego śledzenia temperatury ciała, a także do ulegania szkodliwym „zdrowotnym” poradom znachorów i pseudolekarzy. W skrajnych przypadkach, szczególnie u osób wcześniej psychicznie niestabilnych, a w trakcie pandemii ulegających ulicznej dezinformacji, możemy się spotkać z zastrzeżeniami psychotycznymi czy nawet z psychozą udzieloną (*Folie à deux*) [4]. Nie można wykluczyć, że u osób z pozytywnym wynikiem testu na obecność koronawirusa, chorujących, poddanych kwarantannie i u ich rodzin będą się rozwijały objawy ostrego zaburzenia stresowego (308.3, DSM-5) mające charakter dystresu, gdzie:

- czynnikiem wyzwajającym jest wyjątkowy, biologiczny stresor o ponadregionalnym charakterze, konfrontujący wszystkich ze śmiercią, wobec którego zawodzą dotychczas stosowane mechanizmy obronne; globalny charakter stresora niesie skutki dla egzystencji ludzi na całym świecie; wykracza on poza dotychczasowe wyobrażenie katastrofy naturalnej lub spowodowanej działalnością człowieka,
- destrukcyjny charakter pozostawania w stanie dystresu jest szczególnie nasilony, gdy stresor ma charakter przewlekły i nie zanika, nie ma pewności co do jego dalszego trwania, utajenia, wznowy, a dodatkowym obciążeniem jest wiedza o braku skutecznego leczenia wywołanej choroby,

- niezależnie od czasu działania stresora (nagły lub wydłużony w czasie) odpowiedź psychofizyczna o charakterze dystresu ma charakter destrukcyjny,
- w wyniku działania koronawirusa wszystko, co było stałe i przewidywalne w racjonalnym kształtowaniu egzystencji, stało się niepewne, a to, co miało kiedyś znaczenie, stało się całkowicie nieprzydatne (w tym dotychczasowe doświadczenia terapeutyczne).

### **Kryteria diagnostyczne pandemicznego ostrego zaburzenia stresowego**

Pandemiczne (w odpowiedzi na pandemię) ostre zaburzenie stresowe, mimo że jest nieodroczoną reakcją ucieczkowo-obronną, przyczynowo może być związane z wystąpieniem nagłego stresora o niewyobrażalnych konsekwencjach lub stresora uruchamiającego lawinę zdarzeń prowadzących do postępującej destrukcji, której jednostka nie jest w stanie zatrzymać, nie może się jej przeciwstawić ani od niej uciec. Kryteria diagnostyczne pandemicznego ostrego zaburzenia stresowego można w znacznym stopniu odwzorować z diagnozy ostrego zaburzenia stresowego. Opisowe ujęcie wpływu stresora i jego konsekwencji w formie objawów pozwala na scharakteryzowanie grupy narażonej i dotkniętej wpływem traumy. Populacyjny charakter narażenia na bezpośrednie doświadczenie traumatyczne obejmuje całe społeczności dotknięte wpływem pandemii. Skala bolesnego doświadczenia jest zróżnicowana, można się bowiem stać ofiarą zakażenia z bezpośrednim zagrożeniem życia, być bezpośrednim świadkiem takiego zdarzenia, pozostawać w grupie szczególnego ryzyka na skutek kontaktu z kimś zakażonym, co się wiąże z szeregiem konsekwencji epidemicznych (pozostawanie w kwarantannie), konfrontować się z informacją o śmierci lub jej groźbą wśród osób najbliższych. Traumatyczne doświadczenia obejmują również wydłużone w czasie narażenie na konsekwencje wprowadzonych powszechnie regulacji sanitarno-epidemicznych ograniczających swobodę działania, dostęp do posiadanych dóbr, możliwości egzystencjalnych czy wsparcia medycznego w schorzeniach niepandemicznych. Istotne jest też ograniczenie możliwości bezpośredniego kontaktu terapeutycznego i psychoterapeutycznego w wypadku osób z pierwotnymi zaburzeniami psychicznymi. Choć zgodnie z kryteriami DSM-5 diagnoza ostrego zaburzenia stresowego nie uwzględnia narażenia na stresor za pośrednictwem mediów elektronicznych, nie można pomijać tego rodzaju wpływu na utrwalanie i pogłębianie zaistniałych obciążeń traumatycznych. Zwiększenie poziomu lęku i niepokoju może wynikać z dezinformacji o sensoryjnym charakterze przekazywanej za pomocą mediów społecznościowych [9, 10].

Najbardziej typową i powszechną cechą obrazu klinicznego pandemicznego ostrego zaburzenia stresowego jest przedłużona reakcja lękowa i niemożność oderwania się od stałego przeżywania traumy. Obserwujemy przedłużone utrzymywanie się strachu i poczucia bezradności, a wobec niemożności ucieczki (brak bezpiecznego miejsca lub jest ono ograniczone i niedostępne) – w skrajnych przypadkach stany paniki, rozpacz i poczucie beznadziei. Powszechne w tych okolicznościach doznania to: mobilizacja obronna przejawiająca się nadmierną czujnością, niepokojem motorycznym, zawę-

zeniem uwagi do jednego problemu – epidemii; lęk przed zainfekowaniem siebie i swojej rodziny; pogotowie agresywne (nadmierna czujność i reagowanie agresją na neutralne bodźce), złość i zwerbalizowana agresja; nieodpowiednia i niecelowa aktywność; niemożność pogodzenia się z utratą dotychczasowego stylu życia, wartości i dóbr; lęk przed utratą podstaw egzystencji ze względu na ograniczone możliwości zarobkowania; szybciej narastające zmęczenie psychiczne. Klasyfikowane objawy w pandemicznym ostrym zaburzeniu stresowym mieszczą się w poszczególnych kategoriach natręctw, obniżonego nastroju, objawów dysocjacyjnych, objawów unikania i nadmiernej pobudliwości.

**Objawy natrętne** to: nawracające rozpamiętywanie zagrożeń epidemicznych w formie natrętnych wspomnień osobistych i przekazywanych za pośrednictwem mediów elektronicznych; nawracające dręczące sny o treści związanej z epidemią; powtarzalne reakcje dysocjacyjne związane z poczuciem nierzeczywistości zagrożenia, które całkowicie zmieniło dotychczasowy status danej osoby, rytm jej codziennego funkcjonowania i planów na przyszłość; utrzymujące się poczucie krzywdy i cierpienia. W tym obszarze mieści się zarówno natrętne śledzenie informacji medialnych o epidemii, jak i obsesyjne (często niewłaściwe i nieskuteczne) stosowanie zabiegów higienicznych [9, 10].

**Objawy zaburzeń nastroju** znajdują wyraz głównie w postaci smutku, niezdolności do wyrażania radości, zadowolenia, niezdolności do ekspresji pozytywnych uczuć. Przedłużający się czas narażenia może jednak indukować ujawnianie się spektrum zaburzenia depresyjnego. Zły stan ogólnomedyczny związany z utrudnieniami w leczeniu istniejących wcześniej schorzeń somatycznych, przeżywane poczucie zagrożenia infekcją wirusową w wypadku osób z grupy ryzyka (pozostających w kwarantannie, narażonych w pracy na większy kontakt z osobami zarażonymi) może wpływać na wyższe ryzyko myśli suicydalnych, zachowań autodestrukcyjnych i samobójstw. Nie można też wykluczyć zwiększonej podatności na wystąpienie zaburzenia psychiatrycznego związanego ze złym stanem ogólnomedycznym (293.81 według DSM-5, F06.2 według ICD-10) [5, 6]. Wydaje się, że jedną z najbardziej dokuczliwych dolegliwości będzie dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju (296.99 według DSM-5, F34.8 według ICD-10). W kryteriach diagnostycznych tego zaburzenia będziemy identyfikowali ciężkie i nawracające wybuchy gniewu okazywanego werbalnie i poprzez zachowanie oraz pomiędzy nimi przewlekły drażliwy nastrój utrzymujący się przez większą część dnia niemal codziennie. W grupie osób niedotkniętych złym stanem ogólnomedycznym możemy się spodziewać występowania epizodów większego zaburzenia depresyjnego, trwających co najmniej 2 tygodnie. Przy koniecznych do postawienia rozpoznania objawach obniżonego nastroju (smutek, pustka, brak nadziei) lub utraty zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności, ujawnianych w postaci subiektywnych skarg, mogą się pojawiać znaczące zmiany łaknienia i masy ciała (przekraczające 5% w ciągu miesiąca), niemal codzienna bezsenność lub nadmierna senność, spowolnienie lub pobudzenie ruchowe, zmęczenie lub poczucie braku energii, poczucie braku własnej wartości, nieadekwatne poczucie winy, zmniejszona zdolność myślenia lub koncentracji, nawracające myśli o śmierci przekraczające lęk przed śmiercią, nawracające myśli samobójcze bez określonego planu. Wymienione objawy

wiążą się z przeżywaniem stanu cierpienia i upośledzeniem funkcjonowania społecznego i zawodowego oraz poczuciem zagrożenia ekonomicznego i egzystencjalnego.

**Objawy dysocjacyjne** to: dominujące narastanie poczucia nierzeczywistości i niepewność co do własnej tożsamości, na zasadzie zaprzeczania: „to się nie mogło zdarzyć, to nie może mnie dotyczyć”. Jednocześnie może się ujawnić poczucie oszołomienia, mogą wystąpić objawy zaburzonego spostrzegania (złudzenia i pseudohalucynacje związane z nadmierną czujnością w stosunku do otoczenia i domniemaniem źródła zakażenia), poczucie spowolnienia w upływie czasu, trudności z zapamiętywaniem pewnych aspektów traumatycznych wydarzeń (amnezja dysocjacyjna).

**Objawy unikania** jako próba odbarczenia się od traumatycznego obciążenia mają charakter ucieczki od nawracających myśli, uczuć i wspomnień dotyczących pandemii i jej skutków oraz ludzi i sytuacji przywołujących dręczące myśli, uczucia i wspomnienia.

**Objawy nadmiernej pobudliwości**, jak się wydaje, to najbardziej rozpowszechnione obciążenia wśród pandemicznej populacji, ujawniane w formie skarg kierowanych do służb medycznych. Będą one typowe zarówno dla bezpośrednich i pośrednich ofiar pandemii, jak i dla służb medycznych, sanitarnych, zespołów zarządzających procesami społecznymi, ekonomicznymi i informacyjnymi. Podstawowe objawy, z którymi się tutaj spotykamy, to: zaburzenia snu (trudności w zaśnięciu, utrzymaniu snu, brak poczucia odpoczynku po śnie); niesprowokowana drażliwość i wybuchy gniewu (agresja słowna i zachowanie agresywne wobec innych osób lub przedmiotów); nadmierna czujność; trudności z koncentracją i skupieniem uwagi; wzmożona reaktywność na zewnętrzne bodźce [3].

Przywołane kryteria diagnostyczne ostrego zaburzenia stresowego mogą być uzupełniane o cechy specyficzne dla pandemii wirusa COVID-19, jednak wciąż pozostaną w obszarze diagnostycznym zaburzeń lękowych i związanych ze stresem. I choć opisowe rozpoznanie pandemicznego ostrego zaburzenia stresowego można postawić niemal natychmiast po narażeniu na traumatyczne wydarzenie, to wątpliwości budzi kryterium, jakim jest utrzymywanie się objawów w czasie od 3 dni do miesiąca. Z dzisiaj poczynionych obserwacji wynika, że ten czas może być dłuższy, a rozwinięcie się objawów PTSD też może nastąpić w zasadzie po ustąpieniu bezpośredniego wpływu zdarzenia traumatycznego, a nie w czasie jego trwania [6].

Konfrontujemy się dzisiaj ze zjawiskiem nowym i nieznanym, mając świadomość, że wykorzystanie naszej dotychczasowej wiedzy może nie dawać oczekiwanych efektów. Przyczyną tego typu sceptycyzmu diagnostyczno-terapeutycznego jest przede wszystkim skala pandemii, szybkość jej rozprzestrzeniania się, wysoka śmiertelność i brak jednoznacznie skutecznych metod leczenia. Dotychczasowe definicje zaburzeń potraumatycznych, chociaż miały tendencję do wyostrzenia kryteriów postawienia diagnozy ASD i PTSD, generalnie zakładały, że działanie stresora jest w jakiś sposób ograniczone co do czasu, obszaru działania i populacji poszkodowanej. Mimo iż w wypadku COVID-19 mamy jako warunek operacyjny diagnozy bezpośrednią konfrontację ze śmiercią, to nie istnieją żadne ograniczenia i warunki brzegowe odnośnie do obszaru rozprzestrzeniania się i czasu trwania pandemii. Wszystkie przywoływane wcześniej w diagnostyce zaburzeń psychicznych zespoły pourazowe podkreślały, że



najważniejszą formą pierwszej interwencji w stanie zagrożenia jest usunięcie danej osoby z obszaru zagrożenia i umieszczenie jej w bezpiecznym miejscu. W wypadku pandemii nie ma realnie takiego miejsca, gdzie można by się bezpiecznie schronić i wyeliminować całkowicie kontakty międzyludzkie. Można powiedzieć, że całkowite bezpieczeństwo terytorialne nie istnieje. Pandemia koronawirusa rozwija się w miarę upływu czasu. Czas odgrywa tutaj niezwykle istotną rolę, sukcesywnie wzrasta bowiem poczucie niepewności i zagrożenia egzystencjalnego. O ile świadomość patogenności zaburzeń po zakażeniu staje się czymś stałym i w pewnym sensie do zaakceptowania (jako tzw. „dopust Boży”), o tyle wciąż pozostaje niepewność co do tego, kiedy skonfrontujemy się z nimi bezpośrednio. Możemy być bezobjawowymi i biernymi nosicielami wirusa, możemy być chorzy lub pośrednio doświadczać cierpienia, gdy choroba dotknie naszych najbliższych czy choćby znajomych, a wśród nich będą ofiary. Okres trwania pandemii nie został jeszcze określony. Nikt nie może powiedzieć, że zakończy się ona w ciągu kilku miesięcy, roku czy lat. Nie wiemy, czy wirus nie ulegnie kolejnej mutacji, czy nie uderzy ponownie, również w tych, którzy dzisiaj przeszli infekcję bezobjawowo i rzekomo nabyli ślad odporności, tyle że może się ona okazać nieskuteczna. Wcześniejsze katastroficzne doświadczenia ludzkości miały charakter przemijający, co dawało ludziom nadzieję. W którymś miejscu na osi czasu się rozpoczynały i w którymś kończyły. Dzisiaj sytuacja jest nieco inna. Efekty globalizacji i migracji ściśle korespondują z czasem i pandemia może zatoczyć mniejsze lub większe koło. Nasza wiedza jest teraz większa, już teraz trzeba więc rozważać taką ewentualność.

### Obszary interwencji

Wpływ pandemii na stan psychiczny populacji można precyzyjnie określić. Jest to nieodzowne do zaplanowania krótko- i długoterminowej interwencji w obszarach:

- organizacyjnym,
- informacyjnym,
- medycznym.

Populacja wymagająca zastosowania odmiennych procedur w powyższych obszarach interwencji to grupy osób:

- zakażonych i chorujących hospitalizowanych,
- zakażonych i chorujących niehospitalizowanych,
- zakażonych (nosicieli) bezobjawowych lub skąpoobjawowych,
- z rodzin osób chorujących (COVID-19),
- objętych kwarantanną zbiorową,
- objętych kwarantanną domową,
- chorujących na inne schorzenia somatyczne (grupa ryzyka),
- hospitalizowanych z powodu innych chorób,

- pensjonariuszy w domach opieki,
- w wieku powyżej 60 lat,
- samotnych, wymagających stałej opieki domowej, niepełnosprawnych, bezdomnych, uzależnionych z niezdolnością lub poważnym ograniczeniem zdolności do samodzielnej egzystencji (niepełnosprawnych intelektualnie, chorujących psychicznie, zróżnicowanych kulturowo i językowo imigrantów),
- dzieci i młodzieży,
- pozbawionych wolności (aresztowanych),
- służb zmilitaryzowanych (policja, wojsko, straż graniczna, straż miejska),
- służb komunalnych i państwowych pracujących w trybie ciągłym i realizujących zadania utrzymania podstawowych funkcji państwa (zaopatrzenie, transport, łączność, energia),
- wykonujących zadania informacyjne (media),
- ze służby zdrowia, służby sanitarnej, wolontariuszy,
- zarządzających systemami ochrony zdrowia, ochrony sanitarnej, organizacji państwa i samorządu,
- pozostałych.

Każda z wymienionych grup osób ujawnia inne potrzeby psychiczne, inne objawy psychicznego dyskomfortu, psychicznego zmęczenia i obciążenia. Do każdej grupy musi więc zostać skierowany odmienny, dostosowany do niej komunikat organizacyjny, informacyjny i reżim medyczno-sanitarny, a w uzasadnionych przypadkach także terapeutyczny. Potrzeby związane z uzyskiwaniem psychicznego komfortu i poczuciem psychicznego obciążenia nie powinny być marginalizowane. Zaniedbanie dziś tego strategicznego obszaru może spowodować – zgodnie z dynamiką psychofizjologicznej reakcji na stres – narastające zaburzenia psychiczne, począwszy już od 6. miesiąca po ustąpieniu zagrożenia, i ujawniające się przez kolejne lata. Dzisiejsza mobilizacja psychiczna kosztuje nas tyle, że statystycznie wiadomo (badania nad PTSD), iż odległe, wymagające leczenia psychiczne skutki traumy mogą obejmować 20% lub jeszcze większy odsetek populacji skonfrontowanej z pandemią [11]. Podejmując już teraz przygotowania do tworzenia standardów i programów terapeutycznych koniecznych do zastosowania w przyszłości, po zahamowaniu zagrożenia epidemicznego, w pierwszej kolejności powinniśmy wdrażać systemy zwiększające poczucie bezpieczeństwa tu i teraz [12].

### **Ochrona zdrowia psychicznego pracowników medycznych**

Szczególną uwagę należy poświęcić konsekwencjom narażenia na zakażenie, jakie dotyczą służbę zdrowia i służby sanitarne. Epidemia COVID-19 ujawniła potencjalne luki w opiece zdrowotnej również w zakresie zdrowia psychicznego. Pracownicy służby zdrowia w związku ze swoim zaangażowaniem w zwalczanie epidemii są bardziej ekspozowani na kontakt z osobami zarażonymi, a co za tym idzie – ich obciążenie



psychiczne jest znaczące. Narastające problemy psychologiczne pracowników medycznych, głównie pielęgniarek i częściej kobiet niż mężczyzn, dotyczą wzmożonego poziomu lęku, depresji, bezsenności, przewlekłego zmęczenia i stresu. Obawiają się zwłaszcza o zdrowie własne i swoich rodzin, ponoszą ciężar emocjonalnego kontaktu z chorymi, podlegają przeciążeniu zawodowemu ze względu na niedobory personelu i niewystarczające wyposażenie w środki ochrony indywidualnej. W stanie dekompenсации psychicznej wymagają wiarygodnego wsparcia informacyjnego, zredukowania stresu i napięcia oraz odpoczynku. W wypadku wielogodzinnej pracy ciągłej powinni mieć zagwarantowane miejsce do samotnego odpoczynku i relaksu oraz zaspokojone codzienne potrzeby, takie jak: jedzenie, sen, odzież ochronna i kontakt z rodziną [10, 13, 14].

### **Krótki przewodnik terapeutyczny zaburzeń psychicznych towarzyszących infekcji COVID-19**

1. W sytuacji koniecznej nagłej interwencji w pierwszej kolejności udzielić miejscowego wsparcia i wzmocnienia, przeciwdziałając narastaniu pobudzenia, lęku i wyczerpania.
2. Podejmij lub zorganizuj możliwość ujawnienia negatywnych emocji, wysłuchaj.
3. Sporządź wykaz osób zagrożonych.
4. Wyróżnij dla każdego obszary interwencji organizacyjnej, informacyjnej i medycznej.
5. Zaznacz najbardziej opresyjne obszary wymagające pilnej interwencji.
6. Określ dominujące objawy pandemicznego ostrego zaburzenia stresowego, wskaż ich największą uciążliwość.
7. Nie zbagatelizuj roli przedpandemicznego obciążenia psychicznego (psychozy, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, zaburzenia nastroju, niepełnosprawność intelektualna).
8. Udziel wsparcia zwiększającego poczucie indywidualnego bezpieczeństwa:
  - a) organizacyjnego: przedstaw system procedur, standardów i wytycznych zgodnie z zaleceniami, kierunkami postępowania, hierarchią zarządzania, podejmowania decyzji i odpowiedzialności. Oceń stan zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, wskaż możliwości uzyskania pomocy i przedstaw gwarancje jej stałości. Nie narażaj na pogłębienie zagrożenia z innych, pozaepidemicznych powodów,
  - b) informacyjnego: ograniczaj przekazywanie informacji tylko do tych sprawdzonych i pochodzących z wiarygodnych, rekomendowanych źródeł. Zalecaj ograniczenie dostępu do informacji medialnych (dostęp nie więcej niż 2 razy dziennie); odradzaj wielogodzinne, naprzemiennie korzystanie z informacji internetowych, telewizyjnych i radiowych,
  - c) medycznego: omów z daną osobą najbardziej dla niej dokuczliwe objawy i wskaż, jak je kontrolować; poszerz jej wiedzę z tego zakresu i przedstaw możliwości indywidualnego wsparcia oraz samodzielnego redukcji wpływu traumatycznego zdarzenia. Podejmij działania edukacyjne, jak przystosować

- się do nowej sytuacji, i zalecaj pogłębienie możliwych i dostępnych (również zdalnych) relacji z osobami bliskimi, które mogą udzielić wsparcia, w celu przeciwdziałania poczuciu osamotnienia i bezradności. Podejmij adekwatną, zgodną ze standardami interwencję farmakologiczną, by ograniczyć objawy: lęku, zaburzeń nastroju, zaburzeń snu, nadpobudliwości, objawy dysocjacyjne i psychotyczne. Zalecaj racjonalne zaspokajanie podstawowych potrzeb żywieniowych, a także jeśli chodzi o nawodnienie, sen, aktywność fizyczną i relaks [9, 10].
9. Osoby najbliższe stanowią dla chorujących i narażonych na zakażenie najważniejsze empatyczne ogniwo wsparcia i wzmocnień. Podejmij pracę edukacyjną i informacyjną z rodzinami i bliskimi osób narażonych. Staraj się ich nauczyć, jak udzielać innym skutecznej pomocy.
  10. Ograniczaj niekorzystny wpływ chaosu informacyjnego wprowadzanego przez różne instytucje, wydające sprzeczne zalecenia organizacyjne, sanitarne i medyczne.
  11. Szczególnie dużo uwagi poświęcaj wspieraniu pracowników służby zdrowia.

### Wnioski

Każda z wymienionych grup – swoistych pandemicznych interesariuszy – będzie oczekiwać w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zarówno decyzji ogólnych, dotyczących wszystkich, jak i specyficznych, przeznaczonych dla danej grupy. Wyróżnić tutaj należy pracowników medycznych zaangażowanych bezpośrednio w zwalczanie epidemii. W ramach bezpieczeństwa organizacyjnego muszą zostać określone, odrębne, dedykowane procedury, konkretne rozwiązania, musi istnieć pewność co do wytycznych postępowania, skoordynowania poszczególnych działań, systemów wspierających. Nigdy nie osiągnie się stanu psychicznej stabilności bez uporządkowania zasad organizacyjnych. Chaos i brak wskazówek będą nasilały poczucie zagrożenia, lęku, niekompetencji i bezradności. Charakterystyczny dla pozostawania w stanie dystresu jest dysonans poznawczy. To, co wydawało się niemożliwe jeszcze przed tygodniem, staje się rzeczywistością, z którą jednostka musi się zmierzyć, mimo że nigdy wcześniej nie znalazła się w podobnej sytuacji i nigdy nie była uczona określonego zachowania. Stanem dystresu jest dotknięty każdy, kto się z nim konfrontuje i ujawnia objawy uniemożliwiające mu dotychczasowe bezpieczne życie. Stosowanie różnych mechanizmów obronnych jest psychologicznie uzasadnione i zrozumiałe. Najczęstszy mechanizm to tłumienie lęku i poczucia stanu zagrożenia, trzymanie się nadziei, dla siebie i swojej rodziny, że „nam się to nie przydarzy”. Najpowszechniejszym sposobem na redukcję negatywnych konsekwencji dystresu i zachowanie poczucia bezpieczeństwa jest dostęp do informacji. Jej wiarygodność ma tu kolosalne znaczenie. Dla wielu osób wprowadzane ograniczenia i zakazy epidemiczne są niezrozumiałe. Nagła zmiana dotychczasowego trybu życia dla wielu staje się trudnością nie do pokonania i niektórzy chcą się temu przeciwstawić, łamiąc ograniczenia i zakazy (np. nakaz pozostawania w kwarantannie czy zachowywania zalecanej odległości od innych w celu ograniczenia potencjalnej emisji wirusa). Z poczucia bezradności podejmują działania destrukcyjne, agresywne, ujawniają zachowania paniczne. Na

władzy zarządzającej systemem ratownictwa kryzysowego spoczywa więc bardzo ważny obowiązek, by rzetelną informację i wiedzę naukową przekazywać w sposób jasny i przejrzysty, zrozumiały dla każdego. Zadaniem psychiatrów i psychologów w czasie epidemii jest dostosowanie i uzupełnianie formy przekazu informacji do możliwości percepcji odbiorców. W sytuacji globalnego zagrożenia i niepewności co do jego dalszego rozwoju istnieją jednak granice wiedzy i kompetencji, również wśród największych profesjonalistów. Zarządzający organizacyjnie systemem ratownictwa nie powinni zatem wykraczać poza obszar tej wiedzy i niewiedzy, gdyż może to prowadzić do złych i nieodpowiedzialnych decyzji.

Do zahamowania rozprzestrzeniania się negatywnych skutków zagrożenia epidemicznego musi zostać wykorzystany cały potencjał naukowy z wielu dyscyplin. Z epidemią nie wygra tylko specjalista od wirusologii. Konieczne jest wsłuchiwanie się w opinie naukowców z różnych dziedzin. Do walki z epidemią potrzebni są również fachowcy od komunikacji społecznej, psychologii społecznej, psychiatrii, ekonomii, pedagogiki i inni. Uwzględnienie ich stanowiska daje gwarancję, że przekaz zarządzających strategią pokonywania skutków epidemii będzie oparty na wiedzy, a nie na uznaniowości i domniemaniach. Nieumiejętnie przekazany, nawet najbardziej ważny komunikat sanitarny nigdy nie będzie skuteczny.

Nie wszyscy skonfrontowani z pandemią ujawnią psychiatryczne objawy potraumatyczne i będą potrzebowali psychologicznej pomocy i wsparcia innych. W większości poradzą sobie sami, wykorzystując własne zasoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Musimy też pamiętać o tym, że w sytuacji pandemicznego zagrożenia lęk jest potrzebny. Zanim zacznie być destrukcyjny, mobilizuje do walki, uruchamia niezbędne do tego zasoby, uczula na zagrożenie, zmusza do stosowania zabezpieczeń i zalecanej ochrony.

### Piśmiennictwo

1. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, Groot de RJ, Drosten C, Gulyaeva AA i wsp. *Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group*. bioRxiv. 2020; <http://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862>.
2. Hays JN. *Epidemics and pandemics: Their impacts on human history*. Santa Barbara, Ca: ABC-CLIO; 2005. S. 23–24.
3. Morganstein JC, Ursano RJ, Fullerton CS, Holloway HC. *Pandemics: Health care emergencies*. W: Ursano RJ, Fullerton SC, Weisaeth L, Raphael B red. *Textbook of disaster psychiatry*, 2<sup>nd</sup> ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2017. S. 270–283.
4. Moukaddam N, Shah A. *Psychiatrists beware! The impact of COVID-19 and pandemics on mental health*. *Psychiatric Times* 2020; 37(3): 11–12.
5. Pincus HA, Frances A, Davis WW, First MB, Widiger TA. *DSM-IV and new diagnostic categories: Holding the line on proliferation*. *Am. J. Psychiatry* 1992; 149(1): 112–117.
6. Blanchard EB, Hickling EJ. *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington, DC: American Psychological Association; 1997.
7. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*, 5<sup>th</sup> ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2013.

8. *ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
9. Towers S, Afzal S, Bernal G, Bliss N, Brown S. *Mass media and the contagion of fear: The case of Ebola in America*. PLoS One 2015; 10(6): e0129179. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0129179.s001>.
10. Morganstein JC. *Coronavirus and mental health: Taking care of ourselves during infectious disease outbreaks*. American Psychiatric Association, Blog; 2020.
11. Simon RJ. *Toward the development of guidelines in the forensic psychiatric examination of posttraumatic stress disorder claimants*. W: Simon RJ red. *Posttraumatic Stress Disorder in litigation, Guidelines for Forensic Assessment*, 2<sup>nd</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2002. S. 31–84.
12. Heitzman J. *PTSD jako następstwo klęski żywiołowej*. Psychiatr. Pol. 1998; 32(1): 5–14.
13. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N i wsp. *Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019*. JAMA Netw. Open. 2020; 3(3): e203976. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
14. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L i wsp. *Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak*. Lancet Psychiatry 2020; 7(4): e15–e16. Doi: 10.1016/S2215-0366(20)30078-X.

Adres: Janusz Heitzman  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Klinika Psychiatrii Sądowej  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9  
e-mail: heitzman@ipin.edu.pl

Otrzymano: 6.04.2020  
Zrecenzowano: 8.04.2020  
Otrzymano po poprawie: 8.04.2020  
Przyjęto do druku: 10.04.2020