

Nowy obraz objawów psychopatologicznych w dobie pandemii COVID-19 na podstawie pierwszego epizodu depresji psychotycznej

Novel psychopathological picture during the COVID-19 pandemic based on a first episode of psychotic depression

Agnieszka Cyran, Mateusz Łuc, Dorota Szcześniak,
Joanna Rymaszewska

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Psychiatrii

Summary

The outbreak of the SARS-CoV-2 pandemic had a major impact on both physical and mental health. In this article we present a case of a patient with a first episode of severe depression with COVID-19-related psychotic features.

A 59-year-old man with no history of mental disorders was admitted to the inpatient psychiatric unit due to the symptoms of a severe depressive episode with psychotic features. Since March 2020, progressive deterioration of his mental health in the form of profound lowering of mood, anhedonia and lack of energy was observed. He was not infected nor exposed to infectious agents but presented delusions about being infected with SARS-CoV-2 and being a source of transmission to other people by using the toilet or going out. He suffered from Hashimoto disease and lymphoma diagnosed two months prior to the hospitalization with further diagnosis postponed due to the pandemic.

He was administered venlafaxine 150 mg per day and mirtazapine 45 mg per day with addition of olanzapine up to 20 mg and risperidone up to 6 mg per day. No side effects were reported. The patient made a full recovery with the exception of slightly blunted ability to feel pleasure, minor problems with concentration and occasional pessimistic thoughts.

The social distancing recommendations during the pandemic put a psychological strain related to alienation and negative emotions which in turn can favor development of depressive symptoms. Analysis of psychological mechanisms related to the pandemic and restrictions is significant for limiting the negative influence of global crisis on individual mental well-being.

In this case the impact of global anxiety and its consequential integration into the developing psychopathological symptoms is especially interesting. The circumstances surrounding an episode of affective disorder may shape its course and thought content.

Słowa kluczowe: urojenia, SARS-CoV-2, epizod depresyjny

Key words: delusions, SARS-CoV-2, depressive episode

Wstęp

Pojawienie się pandemii SARS-CoV-2 wywarło duży wpływ na zdrowie somatyczne oraz psychiczne wielu osób. Jej skala sięga niemal 200 milionów potwierdzonych laboratoryjnie przypadków na całym świecie, w tym niemal 3 milionów w samej Polsce i dotąd skutkowałą łącznie ponad 4 milionami zgonów (stan na dzień 29.07.2021) [1]. Jej wpływ na zdrowie psychiczne jest jednak dodatkowo spotęgowany przez obecność regionalnych obostrzeń mających na celu ograniczenie dalszej transmisji wirusa. Choć neurotropizm SARS-CoV-2 został już potwierdzony, to jego znaczenie dla zdrowia psychicznego pozostaje niejasne, a pojawienie się objawów psychopatologicznych zazwyczaj nie wynika z zakażenia [2]. Najnowsze doniesienia sugerują, że u pacjentów z wcześniej występującymi zaburzeniami psychicznymi obciążenie psychologiczne oraz zalecenia izolacji społecznej związane z pandemią mogą prowadzić do nawrotu choroby [3–5]. Ponadto, kilkośrodkowe badanie przeprowadzone w Danii dowodzi, że występowanie objawów związanych z pandemią u pacjentów zgłaszających się do centrów zdrowia psychicznego ściśle koreluje z aktualną zachorowalnością na COVID-19 i wprowadzaniem krajowych obostrzeń [6]. Z drugiej strony pojawiają się również dowody na występowanie nowych zaburzeń psychicznych w związku ze stwierdzonym zakażeniem nowym wariantem koronawirusa [4, 7, 8–13].

Szczególnie niepokojący jest fakt, że zachorowanie na COVID-19 nie stanowi kluczowego czynnika ryzyka odpowiadającego za wzrost występowania objawów psychopatologicznych. Stres wynikający z pojawienia się pandemii oraz wprowadzonych z jej powodu obostrzeń przyczynił się do wzrostu chorobowości, z występowaniem objawów lękowych niemal u połowy uczestników badań przeprowadzonych w różnych częściach świata [14–21]. Metaanaliza uwzględniająca 28 badań określiła całkowite rozpowszechnienie objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD), lękowych, stresu i depresyjnych na 26% u uczestników badań z różnych populacji w trakcie trwania pandemii SARS-CoV-2 [22].

W niniejszym artykule przedstawiamy opis przypadku chorego, u którego wystąpił pierwszy epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi związanymi z pandemią SARS-CoV-2 pomimo braku zachorowania oraz istotnego narażenia na nowego koronawirusa, przy jednoczesnym występowaniu innego problemu zdrowotnego w postaci chłoniaka, którego diagnostyka i leczenie zostały przerwane ze względu na pandemię. Po zakończeniu leczenia pacjent wyraził zgodę na publikację opisu przypadku.

Opis przypadku

Wywiad i stan psychiczny przy przyjęciu

59-letni mężczyzna, dotychczas nie leczony psychiatrycznie, został przyjęty do całodobowego oddziału psychiatrycznego z powodu epizodu ciężkiej depresji z ob-

jawami psychotycznymi. Jest żonaty, z żoną utrzymuje dobre relacje, są bezdzietni. Pacjent ma wyższe wykształcenie ekonomiczne i pracuje jako księgowy od ponad 30 lat. Wywiad w kierunku nadużywania alkoholu bądź stosowania innych używek jest negatywny. W rodzinie pacjenta nie występowały zaburzenia psychiczne, samobójstwa bądź nadużywanie środków psychoaktywnych. Somatycznie obciążony jest niedoczynnością tarczycy w przebiegu choroby Hashimoto oraz chłoniakiem nieziarniczym zlokalizowanym w okolicy szyi rozpoznany na kilka miesięcy przed manifestacją objawów psychiatrycznych. Pacjent był konsultowany hematologicznie. W związku z tym, że jego stan nie wymagał natychmiastowej interwencji, dalsza diagnostyka histopatologiczna i leczenie chłoniaka zostały odroczone z powodu pandemii SARS-CoV-2. Na początku pandemii pacjent utrzymywał aktywność zawodową w dotychczasowym zakresie, jednak znacząco ograniczył pozostałe kontakty społeczne zgodnie z ogólnymi zaleceniami. U nikogo z jego członków rodziny, przyjaciół lub współpracowników nie rozpoznano COVID-19, a pacjent nie był poddany kwarantannie. Nie występowały u niego żadne objawy choroby zakaźnej.

Od marca 2020 obserwowano narastające pogorszenie stanu psychicznego w postaci obniżenia nastroju, braku sił, anhedonii i spadku aktywności. Pacjent zgłaszał również bezsenność w postaci skrócenia snu nocnego z wczesnym wybudzaniem oraz brak apetytu ze spadkiem masy ciała. Był głęboko przekonany, że z niczym sobie nie radzi, miał poczucie bezsilności i bezradności. Nie podejmował żadnych aktywności, czas spędzał beczynnym. Ponadto odczuwał emocjonalną pustkę i uważał, że jego życie pozbawione jest wartości. W miarę narastania objawów rozwinął urojenia ciężkiej choroby i zbliżającej się śmierci. Był przekonany, że jest zarażony SARS-CoV-2 i przekazuje wirusa innym przez korzystanie z toalety bądź wychodzenie z domu. Z tego powodu spodziewał się kary więzienia. Ze względu na nasilenie objawów depresyjnych wyraźnie wpływające na codzienne funkcjonowanie pacjenta, w tym zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych, w kwietniu 2020 roku nie był w stanie kontynuować pracy zawodowej. Pomimo rozpoznanego chłoniaka, nie było somatycznych przyczyn jego utraty sił, wagi i ogólnego złego samopoczucia. Hematolog zasugerował konsultację psychiatryczną, w trakcie której pacjent został skierowany do szpitala psychiatrycznego. Zgodnie z obowiązującą procedurą pobrano od niego wymaz z nosogardła w kierunku zakażenia SARS-CoV-2, który okazał się ujemny.

Stan psychiczny przy przyjęciu: pacjent siedzi na brzegu łóżka ze spuszczoną głową, sprawiając wrażenie przygnębionego i cierpiącego, sporadycznie nawiązuje kontakt wzrokowy, mówi cicho i monotonna. Nawiązuje formalny, lecz nie w pełni rzeczowy kontakt słowny. Świadomość niezaburzona, orientacja pełna. Nastrój głęboko obniżony, afekt depresyjny, okresowo w niepokoju. Spowolniały psychomotorycznie, widoczne apatia, anhedonia, pustka emocjonalna. Tok myślenia zwarty, myślenie depresyjne z urojeniami winy i kary, o treściach odnoszących. Nie ujawnia zaburzeń spostrzegania. Sen skrócony, apetyt obniżony, przeczy myślom bądź tendencjom samobójczym. Wykazuje niewielki, powierzchowny wgląd w objawy choroby. W skali depresji Montgomery-Asberg (MADRS) uzyskał 49 punktów [23].

Badanie fizykalne oraz wyniki badań laboratoryjnych nie wykazały znaczących odchyłeń od normy. Poziomy hormonów tarczycy i TSH odpowiadały eutyreozie (TSH

3,58 uIU/ml przy normie w przedziale 0,4–4; FT3 5,71 pmol/l przy normie w przedziale 2,76–6,45; i FT4 12,8 pmol/l przy normie w przedziale 11,4–22,5).

Postępowanie kliniczne

W trakcie hospitalizacji u pacjenta obserwowano początkowo wysoki poziom niepokoju o charakterze psychotycznym. Wypowiadał urojenia winy, hipochondryczne, kwestionował ujemny wynik wymazu w kierunku SARS-CoV-2. Twierdził, że ze względu na rozpoznanie chłoniaka nieziarniczego został mu rok życia pomimo odmiennej informacji uzyskanej od hematologa. Okresowo przejawiał treści o charakterze prześladowczym – jego zdaniem hospitalizacja miała być wynikiem złożenia na niego donosu przez ratownika medycznego o stwarzaniu przez pacjenta zagrożenia epidemicznego, obawiał się również, że płyny i posiłki podawane na oddziale mogą być zatrute, w związku z czym ograniczył ilości przyjmowanego pokarmu. Pomimo braku energii i obniżonej aktywności psychoruchowej utrzymywały się u niego problemy z zasypianiem. Pacjentowi zlecono 150 mg wenlafaksyny oraz 45 mg mirtazapiny z dodatkiem olanzapiny do 20 mg/d, do których stopniowo dołączono risperydon w dawce do 6 mg/d z powodu utrzymywania się urojeń. Zastosowane leczenie było przez niego dobrze tolerowane. Ponadto, zgodnie z wcześniejszymi zaleceniami, stosowano preparat tyroksyny w dawce 25 mikrogramów dziennie.

Na skutek zastosowanego leczenia pacjent stopniowo zwiększył swoją aktywność, nawiązał prawidłowe relacje z innymi pacjentami, uczestniczył w zajęciach terapeutycznych i wyjściach do ogrodu z terapeutą. Dodatkowo przestał być skupiony na potencjalnych zagrożeniach zdrowotnych związanych z pandemią bądź rozpoznanym chłoniakiem.

W trakcie 5. tygodnia leczenia u pacjenta obserwowano stopniową poprawę stanu psychicznego i zdecydowano o odstawieniu olanzapiny oraz zmniejszeniu dawek risperydonu do 4 mg/d. Modyfikacja farmakoterapii nie spowodowała pogorszenia stanu psychicznego pacjenta.

Badanie psychologiczne

W badaniu przeprowadzonym przez psychologa po 5 tygodniach leczenia pacjent był wszechstronnie zorientowany. Badanie funkcji poznawczych zostało przeprowadzone przy pomocy Montrealskiej Skali Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA) [24–25], w której pacjent uzyskał 26 na 30 punktów. Prawidłowo wykonywał zadania związane z koordynacją oko–dłoń, nazywaniem i myśleniem abstrakcyjnym. Nie stwierdzono deficytów w zakresie koncentracji bądź funkcji językowych. Pomimo ogólnego wyniku sprawności funkcji poznawczych w zakresie normy, zaobserwowano jednak deficyty w zakresie funkcji pamięci badanej przy użyciu przypomnienia odroczonego. W zadaniu oceniającym zdolność odtworzenia zapamiętanego materiału słuchowego pacjent zapamiętał 1 z 5 podanych słów.

Badanie kliniczne i ocena diagnostyczna przeprowadzone przy użyciu Ustrukturalizowanego Wywiadu Klinicznego do Badania Zaburzeń Osobowości DSM-5

(SCID-5-PD) wykazały, że pacjent nie spełnia kryteriów diagnostycznych zaburzeń osobowości [26].

Po 6 tygodniach leczenia u pacjenta obserwowano niskie bądź przeciętne nasilenie objawów psychopatologicznych badanych za pomocą kwestionariusza SCL-90 (tabela 1) [27–28].

Tabela 1. Wyniki uzyskane w kwestionariuszu SCL-90 po wprowadzeniu farmakoterapii

Objawy	Wynik surowy (wynik przeliczony)	Interpretacja
Somatyzacje	0 (0)	niskie
Natręctwa	11 (1,1)	przeciętne
Nadrażliwość interpersonalna	10 (1,1)	przeciętne
Depresja	11 (0,8)	niskie
Lęk	5 (0,5)	niskie
Wrogość	4 (0,7)	przeciętne
Fobie	1 (0,1)	niskie
Myślenie paranoidalne	3 (0,5)	niskie
Psychotyczność	8 (0,8)	przeciętne

Badanie MR wykazało obecność pojedynczych niewielkich ognisk niedokrwiennych i wykluczyło obecność przerzutów bądź procesów neoplastycznych mogących powodować zaburzenia depresyjne wtórne do stanu somatycznego.

Biorąc pod uwagę całość obrazu klinicznego rozpoznano ciężki epizod depresyjny z objawami psychotycznymi. Ze względu na endogenny charakter zaburzenia, dalsze prognozy uwzględniają możliwe nawroty i potrzebę długotrwałego leczenia. Pacjent osiągnął pełną poprawę z wyjątkiem nieznacznego obniżenia odczuwania przyjemności, drobnych problemów z koncentracją oraz sporadycznych pesymistycznych myśli, które na tym etapie terapii wiązano z rozpoznaniem chłoniaka i lękiem dotyczącym dalszego leczenia somatycznego. W ponownej ocenie za pomocą skali MADRS pacjent uzyskał 3 punkty i został wypisany z zaleceniem dalszego leczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego.

W badaniu kontrolnym przeprowadzonym 2 miesiące po wypisie z oddziału uzyskana poprawa była stabilna, jednak zaobserwowano niewielką sedację i spowolnienie psychoruchowe. Zalecenie dalszej redukcji dawek risperidonu do 2 mg/d i mirtazapiny do 30 mg/d pozwoliło uzyskać poprawę codziennego funkcjonowania. Pacjent wrócił do pracy i aktywności takich jak jazda na rowerze czy gra w karty z przyjaciółmi.

W kontroli po roku od wypisu z oddziału pacjent potwierdził, że nadal regularnie przyjmuje leki i korzysta z kontrolnych wizyt w Poradni Zdrowia Psychicznego, utrzymując w ten sposób dotychczasową aktywność. W tym okresie nie doświadczył kolejnych epizodów zaburzeń afektywnych.

Perspektywa pacjenta

Podczas kolejnego badania kontrolnego pacjent zgłosił zadowolenie z osiągnięcia całkowitej poprawy. Nie doświadczał już objawów przebytego epizodu depresyjnego z objawami psychotycznymi bądź działań niepożądanych związanych ze zleconym leczeniem. Pojawienie się choroby traktował jako reakcję na nadmierny stres wynikającą z rozwoju pandemii i nie uważał, by otrzymana farmakoterapia odgrywała istotną rolę w jego powrocie do zdrowia. Z drugiej strony nie potrafił jednak wyjaśnić, dlaczego jego objawy nie pojawiły się ponownie wraz z kolejnym wzrostem zachorowalności na COVID-19 obserwowanym w kraju. Pomimo tego zdecydował się na kontynuację regularnego leczenia i stosowanie się do zaleceń. Dodatkowo podkreślił, że pomimo jego wcześniejszych obaw w okresie poprzedzającym wypis ze szpitala, spotkał się z pozytywnym nastawieniem wobec swoich problemów ze strony rodziny i znajomych.

Omówienie

Najnowsze doniesienia naukowe potwierdzają wzrost zaburzeń psychicznych związanych z pandemią oraz towarzyszącymi jej kwarantannami oraz lockdownem. Istnieją jednak dowody wskazujące, że sam fakt bycia poddanym kwarantannie nie ma znaczącego wpływu na dobrostan psychiczny w porównaniu z konsekwencjami związanymi z przestrzeganiem obostrzeń w życiu codziennym [29]. Opisane zostały przypadki nawrotów psychoz oraz chorób afektywnych wynikające z rygorystycznych obostrzeń i konieczności izolacji społecznej [3–5]. Zakłada się, że osoby z historią zaburzeń psychicznych mogą być bardziej podatne na pogorszenie stanu psychicznego w wyniku pojawienia się niepewności i lęku związanych z rozprzestrzenianiem nowego wirusa. Zjawisko to wiązane jest z osłabieniem mechanizmów obronnych i obserwowanym uwrażliwieniem struktury psychicznej w tej populacji. Z drugiej strony poważne stresory sprzyjają ekspresji zaburzeń psychicznych takich jak psychoza czy choroby afektywne, choć zazwyczaj dzieje się to u pacjentów w młodszym wieku.

Rekomendacje dotyczące utrzymywania dystansu społecznego wywierają szczególnie brzemię psychologiczne związane z poczuciem wyobcowania oraz negatywnych emocji. Te zaś, w mechanizmie dodatniego sprzężenia zwrotnego z objawami lękowymi, mogą przyczyniać się do powstania objawów charakterystycznych dla PTSD lub depresyjnych [30]. Indywidualne cechy, takie jak nasilenie społecznych zniekształceń poznawczych bądź niska skuteczność mechanizmów regulujących emocje, sprzyjają zwiększonej reakcji afektywnej w odpowiedzi na pandemię SARS-CoV-2 [31]. Kolejną, choć powiązaną, konsekwencją utrzymywania dystansu społecznego jest samotność, której odczuwanie znacząco wpływa na indywidualną reakcję afektywną [32].

Jako czynniki ryzyka pogorszenia stanu psychicznego pod wpływem pandemii wymienia się płeć żeńską, występowanie zachorowania na COVID-19 wśród członków rodziny, młodszy wiek, niższy status socjoekonomiczny oraz wcześniejsze obciążenie chorobami somatycznymi bądź zaburzeniami psychicznymi – żaden z tych czynników nie występował w opisywanym przypadku [33–35]. Do psychologicznych cech osób podatnych na wystąpienie objawów depresyjnych bądź lękowych w związku z tzw.

„koronafobią” zalicza się wysoki poziom neurotyczności, hipochondryczność oraz skłonność do poszukiwania zapewnień [36]. Co ciekawe, obserwuje się ochronny wpływ wieku powyżej 60 lat na występowanie objawów lękowych bądź depresyjnych w kontekście pandemii, co tłumaczy się efektywniejszą regulacją emocji oraz tolerancją stresu u osób starszych [37].

Powyższy przypadek przedstawia mężczyznę w średnim wieku bez historii zaburzeń afektywnych bądź lękowych, u którego nie stwierdzono cech osobowości predysponujących do rozwoju zaburzeń depresyjnych lub innych wymienionych powyżej czynników ryzyka poza obciążeniem chorobami somatycznymi. Tym bardziej wskazuje na konieczność zachowania uważności oraz czujności na pojawiające się objawy psychopatologiczne związane z koronafobią. Nie można pominąć potencjalnego patofizjologicznego znaczenia niedoczynności tarczycy w przebiegu choroby Hashimoto dla rozwinięcia się epizodu depresyjnego. Pacjenci z zaburzeniami endokrynologicznymi są niewątpliwie w grupie ryzyka pojawienia się zaburzeń depresyjnych, choćby z powodu możliwego zapalnego patomechanizmu leżącego u podłoża depresji. U opisywanego pacjenta leczenie niedoczynności było jednak prowadzone skutecznie od lat. Natomiast w jego przypadku mógł mieć istotne znaczenie nieuświadomiany czynnik reaktywny, jakim jest otrzymanie diagnozy poważnej choroby hematologicznej – chłoniaka – z odroczeniem rozpoczęcia jego terapii.

Pandemia i towarzysząca jej atmosfera zagrożenia społecznego i indywidualnego zadziałała niewątpliwie jako czynnik spustowy dla rozwinięcia się ciężkiego, psychotycznego epizodu depresyjnego. Odbierany przekaz medialny został wbudowany w treść wypowiedzianych przez pacjenta urojeń, które skupiały się przede wszystkim na trwającej pandemii, oraz jego urojeniowego przekonania o stanowieniu zagrożenia epidemicznego dla innych osób.

Już wcześniej opisywano, że warunki socjodemograficzne i otoczenie mogą w znaczący sposób wpływać na treść urojeń [5, 38]. Aktualne doniesienia dowodzą zmiany treści myślenia w wyniku pandemii, czego przykładem jest zastąpienie wcześniej występujących objawów urojeniami związanymi z COVID-19 [13]. Pomimo braku istotnych czynników ryzyka bądź narażenia na chorobę wirusową, nasz pacjent rozwinął system urojeniowy związany z SARS-CoV-2 przy jednoczesnym pominięciu potencjalnie istotniejszego problemu zdrowotnego w postaci nowo rozpoznanego chłoniaka.

Przedstawiony przypadek ilustruje pojawienie się pierwszego epizodu depresyjnego podczas zaistnienia silnego społecznego czynnika stresowego oraz uzyskanie odpowiedzi na farmakoterapię skojarzoną. Wstępne doniesienia wskazują, że nowe przypadki zaburzeń psychicznych pojawiające się w trakcie pandemii SARS-CoV-2 charakteryzuje stosunkowo szybka odpowiedź na interwencję farmakologiczną. W tym przypadku osiągnięta znacząca poprawa została uzyskana po okresie około 5 tygodni. Co ciekawe, obserwowano zbieżność osiągniętej poprawy z nasileniem przekazu dotyczącego pandemii przed przyjęciem do oddziału i w trakcie hospitalizacji pacjenta. Termin *infodemia* trafnie obrazuje zarówno powszechne, jak i nowe problemy psychiczne związane z pandemią i kładzie nacisk na uwzględnianie psychiatrycznych konsekwencji pandemii poprzez redukcję nasilenia i częstości ekspozycji na stresujące bodźce [10]. Analiza psychologicznych mechanizmów związanych z pandemią oraz wprowadzonymi restrykcjami ma znaczenie

dla prawidłowej koordynacji działań systemu ochrony zdrowia w celu ograniczenia negatywnego wpływu światowego kryzysu na indywidualny dobrostan psychiczny [39–42]. Z drugiej strony, dotąd nie wykluczono istnienia bardziej bezpośredniego, przyczynowego wpływu wirusa na pojawianie się zaburzeń psychicznych [43].

Wnioski

Osoby w średnim wieku pozostają podatne na rozwój epizodów depresyjnych, chociaż w kontekście lęku związanego z pandemią ten okres życia opisywany jest jako czynnik ochronny. Choć związek między ważnymi wydarzeniami życiowymi a objawami zaburzeń psychicznych rzadko jest bezpośredni, to zazwyczaj możliwe jest wskazanie pewnych istotnych dla danej osoby wydarzeń. W tym przypadku szczególne znaczenie ma wpływ globalnego niepokoju i poczucia zagrożenia związanego z pandemią SARS-CoV-2 i wbudowanie wspomnianego lęku w rozwijające się objawy zaburzenia afektywnego o obrazie ciężkiej depresji psychotycznej. Okoliczności towarzyszące epizodowi zaburzenia psychicznego mogą kształtować jego przebieg i treść myślenia. Z tego powodu specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym powinni uwzględnić potencjalny wpływ istotnego czynnika, jakim jest nadmiar negatywnych informacji, na pojawienie się objawów psychopatologicznych u podatnych osób. Natomiast w strategii ochrony zdrowia publicznego w obliczu globalnego zagrożenia istotne jest rzetelne informowanie społeczeństwa ze świadomością wpływu treści i formy przekazywanych wiadomości na zdrowie psychiczne obywateli.

Piśmiennictwo

1. <https://news.google.com/covid19/map?hl=pl&mid=%2Fm%2F05qhw&gl=PL&ccid=PL%3Apl> (dostęp w dniu 29.07.2021)
2. Zhou L, Zhang M, Wang J, Gao J. *Sars-Cov-2: Underestimated damage to nervous system*. Travel Med. Infect. Dis. [Internet]. 2020; (March): 101642.
3. Morillo-González J, Hernández-Huerta D, Guillama-Henriquez A, Correa-Palacio A, Pereira-Nogueira P. *Beyond the respiratory system. A case report highlighting the impact of COVID-19 in mental illness and its physical consequences*. J. Clin. Psychiatry 2020; 81(4): 28034. DOI: 10.4088/JCP.20113465.
4. Valdés-Florido MJ, López-Díaz Á, Palermo-Zeballos FJ, Martínez-Molina I, Martín-Gil VE, Crespo-Facorro B et al. *Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series*. Rev. Psiquiatr. Salud Ment. 2020; 13: 90–94.
5. Ovejero S, Baca-García E, Barrigón ML. *Coronavirus infection as a novel delusional topic*. Schizophr. Res. 2020; 222: 541–542. DOI: 10.1016/j.schres.2020.05.009.
6. Norremark B, Danielsen AA, Ostergaard SD. *Psychiatric symptoms related to the COVID-19 pandemic*. Acta Neuropsychiatr. 2020; 32(5): 274–276.
7. Szcześniak D, Gładka A, Misiak B, Cyran A, Rymaszewska J. *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

8. Zhang K, Shi Y, Liu H, Hashimoto K. *A case report of suicide attempt caused by acute and transient psychotic disorder during the COVID-19 outbreak*. Case Rep. Psychiatry 2020; 4320647.
9. Anmella G, Fico G, Roca A, Gómez-Ramiro M, Vázquez M, Murru A i wsp. *Unravelling potential severe psychiatric repercussions on healthcare professionals during the COVID-19 crisis*. J. Affect. Disord. 2020; 273: 422–424.
10. Shanbour A, Khalid Z, Fana M. *Psychosis and infodemic isolation resulting in first inpatient hospitalization during the COVID-19 pandemic a case series*. Prim. Care Companion CNS Disord. 2020; 22(3): 20102649. DOI: 10.4088/PCC.20102649.
11. Finatti F, Pigato G, Pavan C, Toffanin T, Favaro A. *Psychosis in patients in COVID-19-related quarantine: a case series*. Prim. Care Companion CNS Disord. 2020; 22(3): 35128. DOI: 10.4088/PCC.20102640.
12. Correa-Palacio AF, Hernandez-Huerta D, Gómez-Arnau J, Loeck C, Caballero I. *Affective psychosis after COVID-19 infection in a previously healthy patient: a case report*. Psychiatry Res. 2020; DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113115.
13. Yin X, Sun Y, Zhu C, Zhu B, Gou D, Tan Z. *An acute manic episode during 2019-nCoV Quarantine*. J. Affect. Disord. 2020; (276): 623–625. DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.112.
14. Kołodziejczyk A, Misiak B, Szcześniak D, Maciaszek J, Ciułkiewicz M, Łuc D i wsp. *Coping styles, mental health, and the COVID-19 quarantine: a nationwide survey in Poland*. Front. Psychiatry 2021; (12): 1–8.
15. Ciułkiewicz M, Maciaszek J, Misiak B, Pałęga A, Rymaszewska J, Szcześniak DM. *Coping strategies and psychopathological responses among medical and non-medical professionals – a cross-sectional online survey*. Front. Psychiatry 2021; (12): 1–14.
16. Misiak B, Szcześniak D, Koczanowicz L, Rymaszewska J. *The COVID-19 outbreak and Google searches: Is it really the time to worry about global mental health?* Brain Behav. Immun. 2020; 87: 126–127.
17. Bareeqa SB, Ahmed SI, Samar SS, Yasin W, Zehra S, Monese GM i wsp. *Prevalence of depression, anxiety and stress in china during COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis*. Int. J. Psychiatry Med. 2021; 56(4): 210–227.
18. Sønderkov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. *The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic*. Acta Neuropsychiatr. 2020; 19–21.
19. Pérez-Cano HJ, Moreno-Murguía MB, Morales-López O, Crow-Buchanan O, English JA, Lozano-Alcázar J i wsp. *Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic*. Cir y Cir (English Ed.) 2020; 8(5): 562–568.
20. Fountoulakis KN, Apostolidou MK, Atsiova MB. *Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece*. J. Affect. Disord. 2020; (279): 624–629.
21. Bäuerle A, Teufel M, Musche V, Weismüller B, Kohler H, Hetkamp M i wsp. *Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Germany*. J. Public Health (United Kingdom) 2020; 42(4): 672–678.
22. Arora T, Grey I, Östlundh L, Lam KBH, Omar OM, Arnone D. *The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies*. J. Health Psychol. 2022; 27(4): 805–824. DOI: 10.1177/1359105320966639
23. Montgomery SA, Asberg M. *A new depression scale designed to be sensitive to change*. Br. J. Psychiatry 1979; 134(4): 382–389.
24. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I i wsp. *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment*. J. Am. Geriatr. Soc. 2005; 53(4): 695–699.

25. Magierska J, Magierski R, Fendler W, Kłoszewska I, Sobów TM. *Zastosowanie polskiej adaptacji montrealskiego testu do oceny funkcji poznawczych (MoCA) w przesiewowej ocenie funkcji poznawczych*. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2012; 46(2): 130–139.
26. First MB, Williams JBW, Benjamin LS, Spitzer RL. *SCID-5-PD : structured clinical interview for DSM-5 personality disorders*. APA, 2016.
27. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. *The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale*. *Br. J. Psychiatry* 1976; 128(3): 280–289.
28. Włodawiec, B. *Zastosowanie kwestionariusza SCL90 w badaniach nad efektywnością psychoterapii*. www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=298 z dn. 1.09.2009 [dostęp: 28 września 2022].
29. Zhu S, Wu Y, Zhu CY, Hong WC, Yu ZX, Chen ZK, Chen ZL, Jiang DG, Wang YG. *The immediate mental health impacts of the COVID-19 pandemic among people with or without quarantine managements*. *Brain Behav. Immun.* 2020; (87): 56–58. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.045
30. Zhu Y, Zhang L, Zhou X, Li C, Yang D. *Corrigendum to 'The impact of social distancing during COVID-19: A conditional process model of negative emotions, alienation, affective disorders, and post-traumatic stress disorder*. *J. Affect Disord.* 2021; (289): 181. DOI: 10.1016/j.jad.2021.03.004
31. Schudy A, Żurek K, Wiśniewska M, Piejka A, Gawęda Ł, Okruszek Ł. *Mental well-being during pandemic: the role of cognitive biases and emotion regulation strategies in risk perception and affective response to COVID-19*. *Front. Psychiatry* 2020; (11): 1–7. *Front. Psychiatry*, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.589973>
32. Okruszek Ł, Aniszewska-Stańczuk A, Piejka A, Wiśniewska M, Żurek K. *Safe but lonely? Loneliness, anxiety, and depression symptoms and COVID-19*. *Front Psychol.* 2020; (11): 1–11. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.579181
33. Maciaszek J, Ciulkowicz M, Misiak B, Szczesniak D, Luc D, Wieczorek T i wsp. *Mental Health of medical and non-medical professionals during the peak of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional nationwide study*. *J. Clin. Med.* 2020; 9(8): 2527.
34. Vindegaard N, Benros ME. *COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence*. *Brain Behav. Immun.* 2020; (89): 531–542.
35. Wang Y, Kala MP, Jafar TH. *Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and metaanalysis*. *PLoS One* 2020; 15(12): 1–27. DOI: 10.1371/journal.pone.0244630
36. Lee SA, Jobe MC, Mathis AA, Gibbons A. *Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety*. *J. Anxiety Disord.* 2020; 74: 102268. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102268
37. Wilson JM, Lee J, Shook NJ. *COVID-19 worries and mental health: the moderating effect of age*. *Aging Ment. Health* 2021; 25(7): 1289–1296.
38. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Schanda H. *Old wine in new bottles? Stability and plasticity of the contents of schizophrenic delusions*. *Psychopathol.* 2003; 36(1): 6–12.
39. Szczesniak D, Ciulkowicz M, Maciaszek J, Misiak B, Luc D, Wieczorek T i wsp. *Psychopathological responses and face mask restrictions during the COVID-19 outbreak: Results from a nationwide survey*. *Brain Behav Immun.* 2020; 87: 161–162. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.027.
40. Wieczorek T, Kołodziejczyk A, Ciulkowicz M, Maciaszek J, Misiak B, Rymaszewska J i wsp. *Class of 2020 in Poland: Students' mental health during the COVID-19 outbreak in an academic setting*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021. DOI: 10.3390/ijerph18062884

41. Pilecki M, Dimter A, Siwek M, Styczeń K, Rodak W, Krupa A i wsp. *Transformation and operation of a uniform psychiatric ward dedicated to COVID-19 patients during the pandemic*. Psychiatr. Pol. 2021; 54(5): 865–875.
42. Heitzman J. *Impact of COVID-19 pandemic on mental health*. Psychiatr. Pol. 2020; 54(2): 187–198.
43. Hansen DH, Baandrup L, Hageman I. *COVID-19 associated severe psychotic relapse*. Ugeskr. Laeger 2020; 182(24).

Adres: Mateusz Łuc
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Katedra Psychiatrii
50–368 Wrocław, Wybrzeże Pasteura 10,
e-mail: mateusz.luc@student.umed.wroc.pl

Otrzymano: 5.08.2021
Zrecenzowano: 19.08.2021
Otrzymano po poprawie: 23.08.2021
Przyjęto do druku: 31.08.2021