

Małgorzata Sosnowska
Psychoterapia, praktyka prywatna

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

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

Abstract

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

Psychiatria 2020; 17, 4: 229–236

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

Wstęp

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

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

Adres do korespondencji:

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

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

Badanie wpływu kwarantanny na stan psychiczny w czasie epidemii SARS

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

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

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

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

Negatywne skutki kwarantanny

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

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

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

Wpływ mediów na stan psychiczny w czasie zagrożenia

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

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

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

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

Psychiczne reakcje na koronawirusa w świetle najnowszych badań

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

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

to pięciostopniowa skala mierząca różne formy lęku: poznawczą (np. nawracające myśli, zmartwienia, planowanie), zachowania (dysfunkcyjne aktywności, unikanie, zachowania kompulsywne), emocjonalną (obawa, lęk, agresja) i somatyczną (zakłócenie snu, objawy brzuszne, spowolnienie ruchowe). Narzędzie może przewidywać wystąpienie problemów ze zdrowiem psychicznym. Na przykład jedno z pytań mierzy oszołomienie, jako jeden z ważnych symptomów w rozpoznawaniu ataków paniki, także jako cecha związana z lękiem uogólnionym. Inne pytanie dotyczy rozpoznania zakłóceń snu, a te są powszechnym objawem zaburzeń lękowych i stresu pourazowego. Rozpoznanie spowolnienia ruchowego jest ważnym sygnałem, bo może wskazywać na różne problemy psychiatryczne, jak zahamowanie motoryczne jako odpowiedź na silny lęk i wrażenie nieuchronności doświadczane często w traumatycznych sytuacjach. Rozpoznanie utraty apetytu kieruje uwagę diagnosty do objawów depresyjnych, które współwystępują z atakami paniki. Przykładowe pytania CAS, które Lee udostępnił w artykule, zebrano w tabeli 1.

Ta nowa skala może służyć jako narzędzie przesiewowe, dobrze oszacowujące zdrowie psychiczne w czasie pandemii [11]. Ponieważ jej pytania dotyczą odczuć somatycznych, może być bardzo ważnym narzędziem rozpoznającym lęk przed zarażeniem koronawirusem u osób, które wierzą, że mają objawy zarażenia, ale nie są zarażone. W USA jest wiele osób, które w panice wywołanej doniesieniami w mediach, oblegają izby przyjęć blokując dostęp do pomocy dla poważnie chorych pacjentów. Autorzy uważają, że narzędzie, jakim jest nowa skala CAS, pomoże rozpoznać osoby bojące się koronawirusa i zaoferować im odpowiednią pomoc psychologiczną. Jeśli prognozy ekspertów epidemiologów się potwierdzą, nawet 70% światowej populacji

będzie potrzebować medycznej i psychologicznej opieki w związku z infekcją COVID-19, jak również lękiem i stresem wywołanymi istnieniem zagrożenia.

Są już pierwsze wyniki badań nad związkiem między wybuchem epidemii koronawirusa a stanem psychicznym w Chinach, zarówno w grupie medyków, jak pacjentów psychiatrycznych. Zespół Lin badał na przełomie stycznia i lutego 2020, jaki efekt ma wybuch koronawirusa na zdrowie psychiczne pracowników medycznych prowincji Hubei (Chiny) [12]. W badanej próbie znaleźli się specjaliści ze szpitala wyznaczonego do leczenia osób podejrzanych o zakażenie i z rozpoznaniem zakażeniem. Specjaliści, lekarze i pielęgniarki mający bezpośredni kontakt z pacjentami mieli więcej objawów depresji, lęku, bezsenności i stresu niż ich koledzy, którzy tego bezpośredniego kontaktu z zarażonymi pacjentami nie mieli. Wyniki całej grupy, pracowników z bezpośrednim kontaktem i pośrednim kontaktem, wskazują objawy depresji u 46,9% badanych, objawy lęku u 41,1% badanych, bezsenność u 32% oraz stres u 69,1% specjalistów (tab. 2). Wyniki te sugerują, że ważne jest nie tylko zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażenia, ale także dbanie o stan psychiczny pracowników medycznych. Wśród badanych specjalistów tylko 19,2% otrzymało jakiegokolwiek wsparcie psychologiczne, a ci, którzy je otrzymali, rzadziej odczuwali lęk, depresję i bezsenność. Zebrane dane pokazały, że 41,5% procent pracowników medycznych prosiło o pomoc psychologiczną, a 64,9% wyraziło chęć korzystania z opieki psychiatrycznej. Koszty psychiczne obecne u pracowników medycznych walczących z epidemią były obserwowane w czasie wybuchu SARS w 2003 roku. Tym pilniejsze wydaje się zapewnianie kryzysowego wsparcia psychologicznego równoległe z zabiegami medycznymi w obliczu epidemii.

Zespół Zhou w szpitali z Sichuan (Chiny) badał z kolei

Tabela 1. Przykładowe pytania kwestionariusza *Coronavirus Anxiety Scale* dotyczące objawów odczuwanych w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Odpowiedzi udzielano na pięciostopniowej skali: „wcale”, „rzadko”, „kilka dni”, „powyżej siedmiu dni”, „niemal każdego dnia od dwóch tygodni” [11]

Table 1. Example items of the „Coronavirus Anxiety Scale” concerning symptoms over the proceeding two weeks. Each item was rated on 5-point scale from „not at all”, „rare”, „several days”, „more than seven days” to „nearly every day over the last 2 weeks [11]

1	Czuję oszołomienie, zawroty głowy, mdłości, kiedy czytam lub słucham wiadomości o koronawirusie
2	Mam trudność z zaśnięciem lub spaniem, ponieważ myślałem/am o koronawirusie
3	Czułem/am się porażony lub zastygły w bezruchu, kiedy myślałem/am lub byłem/am narażony na wiadomości o koronawirusie
4	Straciłem/am zainteresowanie jedzeniem, kiedy myślałem/am lub byłem/am narażony/a na wiadomości o koronawirusie
5	Czułem/am mdłości lub miałem/am problemy z brzuchem, kiedy myślałem/am lub byłem narażony/a na wiadomości o koronawirusie

Tabela 2. Objawy problemów ze zdrowiem psychicznym u medyków w szpitalach zakaźnych w Chinach [12]
Table 2. Symptoms of the mental health problems among health care providers in hospitals for infectious diseases in China [12]

Grupa badana	Objawy			
	Depresja	Lęk	Bezsensowność	Stres
Pracownicy szpitala leczącego pacjentów zarażonych i podejrzanych o zarażenie COVID-19 (n = 2136)	46,9% (n = 1086)	41,1% (n = 952)	32% (n = 740)	69,1% (n = 1601)

Tabela 3. Objawy problemów ze zdrowiem psychicznym u pacjentów szpitalnego oddziału psychiatrii, neurologii i zaburzeń snu w Chinach [13]

Table 2. Mental health symptoms among outpatients who sought care in the departments of Psychiatry, Neurology and Sleep Medicine in China [13]

Grupa badana	Objawy		
	Depresja	Lęk	Bezsensowność
Osoby korzystające z pomocy psychiatrycznej n = 2065 (n = 589 nowi pacjenci, n = 1476 stali pacjenci)	16,9%	25,5%	26,2%
Pacjenci zarejestrowani przed epidemią	20,9% (n = 300) pogorszenie w zakresie istniejących wcześniej objawów		

występowanie problemów ze zdrowiem psychicznym wśród osób szukających pomocy psychiatrycznej w czasie epidemii [13]. Na przełomie lutego i marca 2020 badano osoby, które zgłosiły się po pomoc na szpitalny oddział psychiatrii, neurologii i zaburzeń snu. Zdiagnozowano związane z epidemią koronawirusa objawy lęku u 25,5% osób, depresję u 16,9%, bezsensowność u 26,2% osób (tab. 3). Wśród badanych znalazło się 20,9% pacjentów z wcześniejszą historią problemów ze zdrowiem psychicznym, u których doszło do pogorszenia związanego z pandemią (tab. 3). Dla tych pacjentów bariery w dostępie do leczenia stanowiły ograniczenia transportu publicznego, izolacja w domu oraz obawa przed zarażeniem w trakcie odbywania wizyty w szpitalu. Zaobserwowano, że nowi pacjenci, u których rozpoznano depresję, lęk, bezsensowność i psychozę, nie mogli otrzymać na czas diagnozy ani leczenia. Z kolei już zapisani pacjenci nie mogli zrealizować swojej rutynowej wizyty psychiatrycznej z powodu zawieszenia wizyt w szpitalu. Z tych względów część pacjentów samodzielnie obniżyła dawkę leku a część zaprzestała przyjmować leki. Natomiast amerykańscy badacze z wydziału psychiatrii University of Wisconsin Medical School przedstawiają wprowadzenie usługi telefonicznej na oddziale psychiatrycznym z dnia na dzień w obliczu pandemii [14]. Autorzy pracy podkreślają, że dzięki szybkiemu zastosowaniu telemedycyny możliwe było utrzymanie ciągłości

opieki i kontynuowanie misji edukacyjnej. Konsultacje z pacjentami prowadzono przez video a na kontakt osobisty wyrażano zgodę w uzasadnionych przypadkach. Autorzy wysoko oceniają skuteczność zastosowanej metody, podkreślają, że nie byłaby ona tak efektywna, gdyby nie istniejąca już wcześniej kultura pracy zespołów interdyscyplinarnych. Podstawę skutecznej opieki telefonicznej/video, podobnie jak opieki osobistej, tworzą współpracujący ze sobą specjaliści: lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni, psychologowie, terapeuci zajęciowi oraz farmaceuci.

Podsumowanie

Na podstawie analizy dostępnej literatury można prognozować, że psychiczne skutki epidemii poniosą przede wszystkim medycy niosący bezpośrednią pomoc choremu oraz rodziny osób, które zachorują, bądź zachorują i umrą z powodu koronawirusa (tab. 4). Stres i lęk generowany bezpośrednim kontaktem z zarażonymi pacjentami grozi wystąpieniem objawów lęku, stresu czy depresji u pracowników ratujących zdrowie i życie ludzkie. Badania, na które autorka powołuje się w tej pracy, dotyczą miejsc ekstremalnie dotkniętych przez koronawirusa, jak Chiny i USA. Stres lekarzy nie tyle jest wywołany chorobą spowodowaną koronawirusem, bo z chorobami mają do czynienia na co dzień, ale skalą problemu. Stresory, które nie są wymieniane

Tabela 4. Przewidywane grupy znajdujące się w ryzyku wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym jako efekt epidemii COVID-19 pod względem ryzyka zarażenia [14]**Table 4.** Groups expected to be in high risk of mental health problems as an effect of COVID-19 pandemic, in terms of risk exposure [14]

Pilność	Stopień ryzyka zarażenia na COVID-19
1	Pracownicy medyczni w pierwszej linii kontaktu z chorymi i podejrzanymi o zakażenie
2	Pracownicy medyczni niemający bezpośredniego kontaktu z chorymi i podejrzanymi o zakażenie
3	Członkowie rodzin i bliscy osób zmarłych z powodu koronawirusa, osób chorych i podejrzanych o zakażenie
4	Osoby ze stwierdzoną wcześniej historią problemów ze zdrowiem psychicznym
5	Osoby, które zwiększyły ilość czasu spędzonego w mediach i telewizji, śledząc informacje o epidemii

wprost w cytowanych pracach, pozostają jednak z tyłu głowy: olbrzymia umieralność, dramatyczne decyzje kto otrzyma leczenie i łóżko w szpitalu, a kto nie, brak leków, niedostatek sprzętu podtrzymującego życie. To prawie warunki zbliżone do frontu wojennego. W takiej sytuacji wsparcie psychologiczne i kryzysowe jest niezbędne, by utrzymać dobrą kondycję lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników zaangażowanych w pomoc. Dbanie o dobrostan psychiczny pracowników medycznych i administracyjnych jest ważny na równi z dbałością o przestrzeganie procedur sanitarnych i ochrony osobistej. Lęk przed zarażeniem wśród pracowników administracyjnych może działać jak bariera w dostępie do pomocy lekarskiej w całej ochronie zdrowia, nie tylko na oddziałach dedykowanych koronawirusowi. Należy opracować strategie niwelowania lęku wśród pracowników wszystkich szczebli opieki medycznej, by adekwatna pomoc lekarska docierała na czas do pacjentów. Analiza literatury przedmiotu pokazuje, że dostęp do wsparcia psychologicznego dla pracowników w ich miejscach pracy jest ważnym czynnikiem łagodzącym stres. Szczególnie warto dbać o przeciwdziałanie stygmic i wykluczeniu osób zatrudnionych w szpitalach leczących chorych z koronawirusem oraz rodzin tych specjalistów medycznych. Na chwilę obecną nie ma w literaturze informacji o stanie psychicznym służb cywilnych zaangażowanych w walkę z epidemią. Można się jednak spodziewać, że będzie to kolejna grupa doświadczająca psychicznego wyczerpania i stresu, o których wiemy, że są czynnikami ryzyka lęku, depresji i bezsenności wpływających niekorzystnie na ich pracę i dobrostan. Dbałość o ciągłość opieki nad rozpoznanymi pacjentami opieki psychiatrycznej pomoże wspierać ich kondycję

i zmniejszać lęki. W celu przeciwdziałania negatywnym skutkom epidemii koronawirusa trzeba utrzymać i stwarzać tam, gdzie jej brakuje, współpracę interdyscyplinarną. Współpraca specjalistów różnych dyscyplin razem z ciągłością opieki w psychiatrycznej opiece zdrowotnej sprzyja utrzymaniu zdrowia i spowalnia lub łagodzi kryzysy psychiczne. Stare afrykańskie przysłowie mówi podobnie: „Jeśli zależy ci na czasie, idź sam; jeśli chcesz dotrzeć daleko, znajdź kompanów”.

Warto dodać, że stwierdzonych objawów depresji, lęku i bezsenności wśród pracowników medycznych nie należy traktować jako sygnałów choroby psychicznej. W obliczu ekstremalnych wydarzeń, do jakich zaliczane są pandemie, wystąpienie lęków, obniżonego nastroju, kłopotów ze snem są naturalnymi reakcjami. Wymagają one wsparcia i pomocy, dopiero zaniedbane i pozostawione same sobie, mogą w późniejszym czasie przerodzić się w stany chorobowe. Warto badać i analizować zdrowie psychiczne w populacji ogólnej. W związku z dynamicznie zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną na świecie, zmianami gospodarczymi i zmianą codziennego życia w Polsce, wiele osób doświadczy straty, załamania czy kryzysu. Będą to reakcje na dramatyczne zmiany w życiu, które specjaliści zdrowia psychicznego znają i potrafią na nie reagować. Część osób, zwłaszcza z dużych ośrodków miejskich, w których jest tradycja poradnictwa psychologicznego i psychiatrycznego znajdzie potrzebną pomoc i wsparcie. Troszczyć się należy o tych wszystkich, którzy z racji ubóstwa, społecznej izolacji sięgającej czasów sprzed epidemii, braku dostępu do różnych form pomocy lub niedostatku wiedzy o problemach zdrowia psychicznego, nie będą mogli sobie pomóc.

Streszczenie

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

Psychiatria 2020; 17, 4: 229–236

Słowa kluczowe: stres pourazowy, epidemia, kwarantanna, lęk

Piśmiennictwo:

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