

Marlena Sokół-Szawłowska

Poradnia Przykliniczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Wpływ kwarantanny na zdrowie psychiczne podczas pandemii COVID-19

Mental health impact of quarantine during the COVID-19 pandemic

Abstract

Coming in 2019 and the very rapid dissemination of SARS-CoV-2 coronavirus, which causes COVID-19, led to the announcement of unprecedented recommendations by the WHO. Their goal was to limit and slow the spread of this potentially deadly infection in the population. The basic recommendations were disinfection, use of personal protective equipment with social distancing. National governments decided on collective quarantines for fear of overloading health care systems in the first months of 2020. There have been shorter or longer periods of extinction of economy in order to limit interpersonal contacts. This strategy proved effective, but its economic costs were very high. Non-material costs, related to mental health are more difficult to quantify and describe. The article is an attempt to analyze the knowledge about influence of social isolation during quarantine on mental state based on research conducted before and during the SARS-CoV-2 pandemic. The stress associated with being in quarantine mainly affects the occurrence of anxiety and depression. Their intensity depends on belonging to particularly sensitive groups. Further in-depth and methodologically correct long-term studies on large populations are necessary. The results of such studies can guide clinicians and public health managers.

Psychiatria 2021; 18, 1: 57–62

Key words: COVID-19, quarantine, mental health

Wstęp

Nowy koronawirus SARS-CoV-2 pojawił się po raz pierwszy pod koniec 2019 roku i szybko rozprzestrzenił się na całym świecie. Pierwsze oficjalne przypadki potwierdzono w grudniu 2019 roku w Wuhan w Chinach [1]. Jedenaście lutego 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) określiła nową chorobę koronawirusową jako COVID-19, a miesiąc później, 11 marca, gdy epidemia występowała już w około 114 krajach WHO ogłosiła pandemię COVID-19 [2]. Na tamtym etapie oficjalnie zalecano stosowanie środków ochrony osobistej i izolację społeczną, czyli ograniczenia kontaktów międzyludzkich do minimum.

Adres do korespondencji:

Marlena Sokół-Szawłowska
Poradnia Przykliniczna IPiN
Al. Sobieskiego 9, 02–957 Warszawa
e-mail: marlenasokolz@gmail.com

W tym samym dniu w Polsce ogłoszono wygaszenie większości sektorów gospodarki (oprócz strategicznych dla bezpieczeństwa obywateli), zamknięcie szkół, poważne ograniczenia w przemieszczaniu się na terenie kraju i poza nim. Ogólnopolska zbiorowa kwarantanna trwała od 12 marca do 3 maja 2020 roku. Po tym terminie otwarto galerie handlowe i hotele, przywrócono swobodne przemieszczanie się po kraju. Szkoły, uniwersytety, usługi i opieka medyczna nadal funkcjonowały z ograniczeniami, głównie zdalnie.

Zalecenia przymusowej izolacji wpisały się w wielowiekową tradycję ochrony ludzi przed poważnymi chorobami zakaźnymi, ale jednocześnie w tych czasach świadomość poważnych konsekwencji izolacji dużej liczby osób w kwarantannie powoduje, że takie decyzje są podejmowane tylko w najpoważniejszych sytuacjach. Dzieje się tak, ponieważ kwarantanna i izolacja społeczna ograniczają mobilność, interakcje społeczne i codzienną aktywność ludzi [3]. Warto podkreślić, że izolacja w zbiorowej kwarantannie dotyczyła w 2020 roku osób

narażonych na zarażenie i należy odróżnić to pojęcie od kwarantanny nakładanej indywidualnie, formalnie na osoby spełniające warunki ekspozycji na SARS-CoV-2 w kontakcie z osobą z dodatnim wynikiem testu. Aby ograniczyć rozprzestrzenianie zakażenia COVID-19 na całym świecie, wprowadzono nowoczesne strategie kwarantanny, w tym krótkoterminowe i średnioterminowe blokady, dobrowolną godzinę policyjną w domu, ograniczenie gromadzenia się, odwołano planowane wydarzenia społeczne, ograniczono sport i stosowano zakazy przemieszczania się, zamykano przestrzeń powietrzną i granice państw [3–6]. Te nagłe i dotkliwe restrykcje wpłynęły na zdrowie psychiczne, które definiuje się jako wewnętrzny stan dobrego samopoczucia, równowagi oraz zdolności poznawczych i radzenia sobie, wykorzystywanych w harmonii z uniwersalnymi wartościami społeczeństwa, które pozwalają jednostkom pracować, być aktywnymi i rozwiązywać problemy w codziennych zadaniach [7, 8]. Pomimo różnic kulturowych w odbiorze społecznym pojęcia „zdrowie psychiczne”, ze względu na zasięg ogólnosiwiatowy można zakładać, że przeżywanie pandemii jest doświadczeniem zbiorowym wpływającym na zdrowie psychiczne niezależnie od szerokości geograficznej. Doświadczenie to wywołuje uzasadniony niepokój u przeważającej większości ludzkości [9].

Pandemii trudno było przewidzieć i przygotować się do niej. Zmiany były ekstremalne i nagłe. W efekcie osoby poddane kwarantannie musiały radzić sobie ze stresującymi warunkami życia bez wcześniejszego przeszkolenia i czasu na przygotowanie [10, 11]. Ta nieoczekiwana sytuacja dotknęła większość światowej populacji; drastycznie zmieniła i komplikowała codzienne życie. Dla wielu ludzi zmieniło się ono dramatycznie. „Normalne” i znane sposoby życia zostały zawieszony na czas nieokreślony. Proste życie się skomplikowało. Izolacja społeczna podczas przymusowej kwarantanny to nieznanne i nieprzyjemne doświadczenie, które wiąże się z oddzieleniem jednostki od innych ludzi, a przecież w niekorzystnych okolicznościach, a szczególnie w skrajnie niekorzystnych, najczęściej człowiek poszukuje wsparcia społecznego [3, 12]. Niestety, pandemia COVID-19 pozbawiła ludzi bezpośredniego, wynikającego z osobistych kontaktów, wsparcia. Również ta okoliczność może zagrażać poczuciu więzi jednostki i mieć istotny wpływ na zdrowie psychiczne [13].

We współczesności większość społeczeństw nigdy nie doświadczyła takich ograniczeń. Część osób może kojarzyć je wręcz z ograniczeniem wolności, z więzieniem, traktować jako formę kary i potępienia [14]. Izolacja społeczna to nie tylko kwarantanna z zaleceniem pozostawania w miejscu zamieszkania. To także unikanie kontaktów społecznych poza domem, a gdy do nich

dochodzi — zalecenie zachowania dystansu fizycznego, środków ochrony osobistej, między innymi maseczek. To zaś uniemożliwia odczytywanie mimiki innych osób. Izolacja społeczna oznacza też brak kontaktu lub fizyczną separację od rodziny, przyjaciół lub szerszych sieci społecznych oraz brak zaangażowania w działania społeczne [15, 16].

Izolacja społeczna w zbiorowej kwarantannie nie może dotyczyć jednak osób, które pracują w sektorach strategicznych. Zasada ta dotyczy zawodów zapewniających żywność, energię i bezpieczeństwo publiczne (m.in. pracownicy supermarketów, kierownicy komunikacji zbiorowej, urzędnicy państwowi zapobiegający rozprzestrzenieniu się epidemii i policja), a w szczególności pracowników ochrony zdrowia. Są to między innymi: lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, fizjoterapeuci i personel pomocniczy. W czasie kwarantanny muszą pracować w szczególnie trudnych warunkach i w ten sposób dbać o zdrowie fizyczne i psychiczne pacjentów. Na pierwszej linii walki z epidemią są medycy zajmujący się leczeniem COVID-19 [6, 11]. Wszystkie wymienione grupy zawodowe są bardziej narażone na zarażenie niż osoby poddane zbiorowej kwarantannie [5, 6, 11, 17]. Zalecone w ramach zbiorowej kwarantanny pobyt w miejscu zamieszkania i jednoczesna praca zdalna również stanowią źródło stresu, bo koniecznością staje się łączenie życia osobistego z zawodowym. Taka przedłużająca się sytuacja doprowadza do przeciążeń fizycznych i psychicznych [11, 17–20].

Publikacje poświęcone zdrowiu psychicznemu podczas kwarantanny sprzed pandemii COVID-19 były nieliczne i trudno uogólniać płynące z nich wnioski [3]. Nie nadają się do tego również wyniki z badań na populacjach ogólnych w okresie przedpandemicznym, choć wynika z nich między innymi, że odczuwalny stres, depresja i lęk występują statystycznie częściej u kobiet, osób gorzej odżywionych, żyjących z osobą starszą w gospodarstwie domowym, nieuprawiających systematycznie sportu i z ograniczonym dostępem do psychoterapii oraz leczenia psychiatrycznego [10]. Natomiast ocena stanu zdrowia osób w kwarantannach sprzed pandemii COVID-19 unaoczniała potrzebę dalszych badań nad zdrowiem psychicznym i fizycznym w takich niecodziennych okolicznościach. W odniesieniu do zdrowia psychicznego postulowano konieczność odpowiedzi na pytania dotyczące aktualnego stanu psychicznego, doświadczeń i technik radzenia sobie podczas kwarantanny. Dzięki uzyskaniu takiej wiedzy lekarze i osoby zarządzające zdrowiem publicznym mogłyby ocenić, jakiej formy zdalnego lub klasycznego/„normalnego” leczenia potrzebują ludzie podczas pandemii COVID-19 i kolejnych przewidywanych epidemii w przyszłości [3, 10, 21].

Prezentowana praca jest próbą odpowiedzi na pilne pytania o psychologiczne konsekwencje zbiorowej kwarantanny podczas pandemii COVID-19 w populacji ogólnej oraz w grupach szczególnie narażonych, na przykład osób z wcześniejszymi zaburzeniami psychicznymi.

Omówienie

Badania nad osobami poddanymi kwarantannie, która miała zapobiegać rozprzestrzenianiu się chorób infekcyjnych, przeprowadzone przed pandemią COVID-19 są dość nieliczne. Przeglądy badań poświęcone wpływowi kwarantanny na zdrowie psychiczne z okresu przed COVID-19, dotyczą najczęściej epidemii SARS-CoV-1, MERS, Ebola i grypy. Opisywano w nich najczęściej kwarantanny trwające 10–14 dni, stosując zróżnicowaną metodologię. W artykułach sprzed pandemii wymienia się grupy szczególnie wrażliwe na psychologiczne konsekwencje kwarantanny. Należą do nich osoby z zaburzeniami psychicznymi. Pozostałe grupy szczególnie wrażliwe to dzieci i młodzież, osoby starsze, grupy mniejszościowe, osoby o niższym statusie socjoekonomicznym, kobiety [14]. We wnioskach z badań podkreśla się jednocześnie, że kwarantanna może być katalizatorem wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym u osób, które wcześniej nie miały żadnych zaburzeń psychicznych. Problemy mogą przebiegać pod postacią objawów, takich jak drażliwość, bezsenność, niepokój, obniżony nastrój, lęk napadowy, lęk z somatyzacją, anhedonia, poczucie braku nadziei, frustracji, samotności [13, 22–28]. Opisywane są również objawy stresu porażkowego i wyczerpania emocjonalnego. Z cytowanych publikacji wynika, że u około 33% osób pozostających w izolacji pogarszało się samopoczucie psychiczne, a głębokość wymienionych objawów była indywidualna. Jedyne dostępne w literaturze ilościowe podłużne badanie pochodzi z 2016 roku. Jeong i wsp. [25] badali niepokój psychoruchowy i dysfориę u osób zamkniętych na dwa tygodnie z powodu bliskowschodniego zespołu oddechowego (MERS, *Middle East respiratory syndrome*). Wyniki pokazały, że obie zmienne psychologiczne były częstsze podczas kwarantanny. Niepokój występował u 7,6% badanych, a dysfориа u 16,6%. Po sześciu miesiącach od zakończenia kwarantanny wskaźniki te zmalały i wynosiły odpowiednio 3,0% i 6,4%.

W części cytowanych badań z przeszłości stan zdrowia grup izolowanych w kwarantannie można było porównać z populacją ogólną — osób, które nie były narażone z zakażeniem. W pandemii ten warunek nie może być spełniony i między innymi dlatego poniżej zostaną zestawione wyniki badań z okresu pierwszych miesięcy trwania pandemii COVID-19 bez nawiązywania do wcześniejszych analiz. Otóż w pierwszych miesiącach

2020 roku przeprowadzono analizę stanu psychicznego osób w kwarantannie. Dotyczyły one kilku krajów. Obejmowały krótkie okresy i wykorzystywano w nich zróżnicowaną metodologię. Łączy je forma online zbierania danych, najbezpieczniejsza w czasie pandemii.

W badaniu w Indii autorzy wyszli z założenia, że podczas pandemii COVID-19 doszło do masowej reakcji społecznej. Media nieustannie informowały o sytuacji, co wywoływało stres. Doszło do podwyższonego poziomu niepokoju, który jest powszechną reakcją na każdą stresującą sytuację. Podjęto próbę oceny wiedzy, nastawienia, odczuwanego poziomu lęku oraz potrzeb związanych z opieką psychiczną wśród dorosłej populacji Indii. Za pomocą ankiety internetowej (22.03.2020–24.03.2020) w postaci częściowo ustrukturyzowanego kwestionariusza przy użyciu techniki kuli śnieżnej uzyskano 662 odpowiedzi z całego obszaru Indii. Większość respondentów miała umiarkowany poziom wiedzy o przebiegu COVID-19, ale wysoki poziom wiedzy na temat profilaktyki. Większość badanych deklarowała gotowość do stosowania rządowych wytycznych dotyczących zbiorowej kwarantanny i dystansu społecznego. U badanych występował wysoki poziom niepokoju. Ponad 80% osób było zaabsorbowanych myślami o COVID-19, a 72% zgłosiło potrzebę używania rękawiczek i dezynfekcji rąk. W koincydencji czasowej z kwarantanną pojawiły się problemy ze snem (12,5%), myśli natrętne związane z możliwością zarażenia SARS-CoV-2 (37,8%), poczucie stresu podczas czytania o COVID-19 w mediach społecznościowych. Ponad 80% badanych odczuwało potrzebę wsparcia psychicznego ze strony systemu opieki zdrowotnej. We wnioskach podkreślono potrzebę uświadomienia konsekwencji psychologicznych tej pandemii COVID-19 i intensyfikacją działań profilaktycznych w celu uniknięcia następstw długoterminowych [9].

Badanie z pierwszej na świecie bezprecedensowej kwarantanny w Chinach miało na celu określenie jej wpływu na stan psychiczny, poziom lęku, depresji i stresu podczas początkowego etapu wybuchu epidemii COVID-19 (przeprowadzone w okresie 31.01.2020–2.02.2020). Ankiety internetową rozpowszechniano z wykorzystaniem techniki kuli śnieżnej. Zebrano informacje o danych demograficznych, objawach fizycznych z ostatnich 14 dni, a stan zdrowia psychicznego został zmierzony za pomocą Skali Depresji, Lęku i Stresu (DASS-21, *The Depression, Anxiety and Stress Scale — 21 Items*). Badanie objęło 1210 osób: 53,8% respondentów oceniło psychologiczny wpływ pandemii na samopoczucie jako umiarkowany lub ciężki; 16,5% badanych zgłosiło objawy depresji od umiarkowanych do ciężkich; 28,8% zgłaszało umiarkowane do ciężkich objawy lękowe; a 8,1% zgłosiło umiarkowany

do ciężkiego poziomu stresu. Większość respondentów spędzała w domu 20–24 godziny dziennie (84,7%); 75,2% badanych obawiało się, że członkowie rodziny zarażą się COVID-19, a 75,1% było zadowolonych z poziomu informowania o medycznych aspektach epidemii. Wynik badania wykazał, że grupy szczególnie wrażliwe, czyli wykazujące wyższy poziom stresu, lęku i depresji to kobiety, studenci, osoby ze specyficznymi objawami fizycznymi (np. bóle mięśni, zawroty głowy). Niższe poziomy stresu, lęku i depresji dodatnio korelowały dodatkowo z konkretnymi, aktualnymi i dokładnymi informacjami zdrowotnymi na temat epidemii (np. dostępność do diagnostyki i leczenia, szczegółowa lokalna sytuacja epidemiczna) i stosowaniem zalecanych środków ostrożności środki (np. higiena rąk, noszenie maski). Wyniki były istotne statystycznie. We wnioskach podkreślono konieczność szczególnej dbałości o grupy wrażliwe podczas planowania profilaktycznych oddziaływań psychologicznych w czasie epidemii COVID-19 [29]. Badanie Qui i wsp. [20] z Chin dotyczyło zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej podczas epidemii COVID-19. Dane do ankiety internetowej gromadzono w okresie 31.01.2020–10.02.2020 roku. Uzyskano wyniki od 52 370 osób. Kwestionariusz traumatycznych doświadczeń związanych z epidemią COVID-19 (CPDI, *COVID-19 Peritraumatic Distress Index*) opierał się na ICD-11 i był skonstruowany przed doświadczonej psychiatrików. Oceniono występowanie objawów psychopatologicznych i zmianę w funkcjonowaniu psychospołecznym w porównaniu z okresem sprzed epidemii. Uzyskane wyniki były istotne statystycznie i ukazały grupy szczególnie podatne na wystąpienie stresu związanego z kwarantanną, objawów lękowych i depresji. Są to młodzież, osoby starsze, kobiety i migranci. We wnioskach podkreślono konieczność wsparcia tych grup przez system opieki zdrowotnej, doskonalenie telemedycyny i interwencje w czasie kwarantanny. Celem takich działań ma być zapobieganie konsekwencjom długoterminowym pod postacią zaburzeń psychicznych [20]. Kolejne badanie z Chin objęło 600 osób z populacji ogólnej podczas krajowej kwarantanny i dotyczyło 6.02.2020–9.02.2020 roku. Wynika z niego, że ryzyko wystąpienia lęku u kobiet było 3,01 raza większe niż u mężczyzn. U osób powyżej 40. r.ż. ryzyko wystąpienia lęku było mniejsze niż u osób poniżej 40. r.ż. i wynosiło 0,4. Ryzyko wystąpienia depresji było zależne od poziomu wykształcenia i stopnia skomplikowania zdań zawodowych. Im wyższe — tym ryzyko mniejsze. Ogólnie zbadana grupa została opisana jako osoby w stabilnym stanie psychicznym podczas epidemii, gdyż tylko u 6,33% wystąpił lęk, a depresja u 17,17% i korelowały one silnie z przynależnością do określonych grup społecznych [30]

W badaniu z Brazylii za pomocą ankiety internetowej dostępnej w okresie 18.03.2020–22.03.2020 roku zbadano 1468 ochotników podczas zbiorowej kwarantanny. Analizowano czynniki wpływające na sposób przeżywania kwarantanny. Większy dyskomfort psychiczny i poczucie cierpienia podczas pandemii występował u osób, które musiały pracować na zewnątrz, mieszkać z osobą starszą i posiadać co najmniej jedną powszechnie znaną chorobę współistniejącą (jako czynnik ryzyka poważniejszego przebiegu COVID-19). W tym badaniu obecność dzieci we wspólnej kwarantannie okazała się czynnikiem chroniącym osoby badane przed depresją. Autorzy podkreślają brak możliwości porównania danych do norm, gdyż nie istnieją normy miary odpowiedzi na kwarantannę. Z tego względu istnieje potrzeba zrozumienia roli czynników behawioralnych i psychospołecznych w przewidywaniu zdrowia psychicznego u osób przebywających w zamknięciu i izolacji społecznej. Dzięki temu identyfikacja najsłabszych osób, które mogą potrzebować największej pomocy ze strony systemów opieki zdrowotnej. Jest to szczególnie ważne, gdyż zasoby kadrowe psychologów lub psychiatrów są ograniczone i powinny być mądrze (na podstawie miarodajnych parametrów) wykorzystywane do walki z następstwami pandemii COVID-19 [10].

Jedynie dostępne podłużne badanie określające stan psychiczny przed i w pierwszych miesiącach pandemii przeprowadzono w Wielkiej Brytanii. Ankiety przeprowadzono w dniach 23.04.2020–30.04.2020 roku i porównano do poprzednich wyników. Zdrowie psychiczne oceniano za pomocą 12-punktowego kwestionariusza ogólnego stanu zdrowia (GHQ-12, *The General Health Questionnaire*), który wypełniło 17 452 osób (część z nich to uczestnicy większego wieloletniego badania stanu zdrowotnego osób w gospodarstwach domowych). Wyniki były statystycznie istotne. Częstość występowania w populacji klinicznie istotnych poziomów cierpienia psychicznego wzrosła z 18,9% w latach 2018–2019 do 27,3% w kwietniu 2020 roku, czyli miesiąc po zamknięciu gospodarki Wielkiej Brytanii. Zwiększył się również średni wynik GHQ-12 w tym czasie od 11,5 w latach 2018–2019 do 12,6 w kwietniu 2020 roku. Było to 0,48 punktów więcej, niż oczekiwano, biorąc pod uwagę wcześniejsze tendencje wzrostowe w latach 2014–2018. Wzrosty były największe u osób w wieku 18–34 lat, kobiet, osób mieszkających z małymi dziećmi w wieku przedszkolnym, pracującymi przed epidemią (w porównaniu z osobami bezrobotnymi i z innych powodów nieaktywnymi zawodowo). Zauważono wpływ strategii ograniczania transmisji i reakcje rządów na pandemię na zdrowie psychiczne osób młodych, w kontrze do większego zagrożenia samą infekcją SARS-CoV-2 w populacji osób starszych.

Podkreślono, że większy wzrost cierpienia psychicznego wśród kobiet pogłębia ustalone nierówności w zakresie zdrowia psychicznego, dlatego ważne jest utrzymanie przez państwo dostępu do pomocy w przypadku przemocy domowej, ale także potraktowanie jako priorytetowe dostępności opieki nad dziećmi [31].

Niektóre kraje od początku pandemii publikowały wytyczne oparte na wiedzy ekspertów. Koreańskie Towarzystwo Neuropsychiatryczne opublikowało na przykład wytyczne opierające się na założeniu, że kwarantanna wywołana epidemią COVID-19 może wywołać poważne skutki psychiczne pod postacią ostrego zespołu stresowego, depresji, zespołu stresu pourazowego (PTSD, *post-traumatic stress disorder*), bezsenności, drażliwości i wyczerpania emocjonalnego. W cytowanych wytycznych wymieniono grupy szczególnie narażone na psychologiczne konsekwencje kwarantanny. Według ekspertów należą do nich rodzice zajmujący się dziećmi, małe dzieci, osoby poddane kwarantannie po kontakcie z COVID-19, medycy zajmujący się chorymi zakażonymi. Podkreślono również, że uzyskiwanie i poleganie na wiarygodnych informacjach o epidemii może zmniejszać natężenie reakcji lękowej, która jest zjawiskiem normalnym w zaistniałej sytuacji [32]. Natomiast w innych wytycznych, autorstwa Dong i Bouey [33], proponuje się, aby w czasie planowania profilaktyki i interwencji brać pod uwagę przynależność do jednej z co najmniej sześciu grup. Wymieniono w tych grupach pacjentów chorujących na COVID-19, osoby w trakcie badań w kierunku COVID-19, pracowników ochrony zdrowia, osoby

mające bezpośredni kontakt z pacjentami, chorych odmawiających leczenia oraz osoby podatne na zakażenie, czyli ogół społeczeństwa.

Wnioski

Podczas pandemii prowadzone są intensywne badania dotyczące zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego w czasie trwania w infekcji wirusem SARS-CoV-2. Przebieg tej infekcji to jednak nie jedyne zjawisko, które wymaga pogłębionych badań. Pandemia COVID-19 jest niespodziewanym i nagłym doświadczeniem społecznym. Zbiorowa kwarantanna zalecana przed WHO w celu spowalniania rozprzestrzeniania się epidemii również niesie za sobą konsekwencje zdrowotne. Dotyczą one zdrowia fizycznego i psychicznego. Wśród grup najbardziej narażonych na zaburzenia stresowe, lękowe i depresje w trakcie i po kwarantannie są grupy, które w okresie przedpandemicznym były bardziej podatne na ich wystąpienie — kobiety, migranci, osoby zajmujące się osobami starszymi w jednym gospodarstwie domowym, osoby zajmujące się małymi dziećmi, choć w tym ostatnim przypadku wyniki badań nie są jednoznaczne. Dostępność badań jest niewielka, dlatego konieczne są kolejne pogłębione analizy identyfikujące grupy wyższego ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych związanych z przebywaniem na przymusowej kwarantannie. Dzięki wykorzystaniu wyników takich badań planowane interwencje w obszarze opieki psychologicznej i psychiatrycznej będą efektywniej zapobiegały ostrym i przewlekłym zaburzeniom psychicznym.

Streszczenie

Pojawienie się w 2019 roku i bardzo szybkie rozprzestrzenienie po świecie koronawirusa SARS-CoV-2, który wywołuje chorobę COVID-19, stało się powodem do ogłoszenia przez Światową Organizację Zdrowia bezprecedensowych zaleceń. Ich celem było ograniczenie i spowolnienie rozprzestrzeniania się w populacji tej potencjalnie śmiertelnej infekcji. Do podstawowych rekomendacji należało stosowanie środków ochrony osobistej ze stosowaniem dystansu społecznego. W obawie przed przeciążeniem systemów ochrony zdrowia w pierwszych miesiącach 2020 roku rządy krajów decydowały o zbiorowych kwarantannach. Dochodziło do krótszych lub dłuższych okresów wygaszania gospodarki w celu ograniczenia kontaktów międzyludzkich. Ta strategia okazywała się efektywna, ale jej koszty ekonomiczne były bardzo wysokie. Koszty pozamaterialne, związane między innymi ze zdrowiem psychicznym są trudniejsze do oszacowania i opisanie. Artykuł jest próbą analizy wiedzy na temat wpływu izolacji społecznej podczas kwarantanny na stan psychiczny na podstawie badań sprzed pandemii SARS-CoV-2 i w jej trakcie. Stres związany z przebywaniem na kwarantannie wpływa głównie na występowanie lęku i depresji. Ich natężenie jest uzależnione od przynależności do grup szczególnie wrażliwych. Jedną z nich stanowią osoby z występującymi wcześniej zaburzeniami psychicznymi. Konieczne są dalsze pogłębione i poprawne metodologicznie badania w dużych populacjach z uwzględnieniem konsekwencji długoterminowych. Wyniki takich badań mogą być wskazówkami dla klinicyстів i osób zarządzających zdrowiem publicznym.

Psychiatri 2021; 18, 1: 57–62

Słowa kluczowe: COVID-19, kwarantanna, zdrowie psychiczne

Piśmiennictwo:

1. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, et al. Washington State 2019-nCoV Case Investigation Team. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *N Engl J Med*. 2020; 382(10): 929–936, doi: [10.1056/NEJMoa2001191](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001191), indexed in Pubmed: [32004427](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32004427/).
2. WHO, 2020c. Rolling Updates on Coronavirus Disease (COVID-19) . <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> (31.03.2020).
3. Hossain MdM, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiol Health*. 2020; 42: e2020038, doi: [10.4178/epih.e2020038](https://doi.org/10.4178/epih.e2020038), indexed in Pubmed: [32512661](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32512661/).
4. Brooke J, Jackson D. Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *J Clin Nurs*. 2020; 29(13-14): 2044–2046, doi: [10.1111/jocn.15274](https://doi.org/10.1111/jocn.15274), indexed in Pubmed: [32239784](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32239784/).
5. Wilder-Smith RE, Freedman D. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med*. 2020; 27: taaa020, doi: [10.1093/jtm/taaa020](https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020).
6. World Health Organization. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020 (WHO/2019-nCoV/IHR_Quarantine/2020.2). Geneva: World Health Organization, 2020.
7. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). Geneva: World Health Organization, 2004.
8. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, et al. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 2015; 14(2): 231–233, doi: [10.1002/wps.20231](https://doi.org/10.1002/wps.20231), indexed in Pubmed: [26043341](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26043341/).
9. Roy D, Tripathy S, Kar SK, et al. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr*. 2020; 51: 102083, doi: [10.1016/j.ajp.2020.102083](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083), indexed in Pubmed: [32283510](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283510/).
10. Filgueiras A, Stults-Kolehmainen M. The Relationship Between Behavioural and Psychosocial Factors Among Brazilians in Quarantine Due to COVID-19 (3/31/2020). <https://ssrn.com/abstract=3566245> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3566245>.
11. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*. 2020; 368: m313, doi: [10.1136/bmj.m313](https://doi.org/10.1136/bmj.m313), indexed in Pubmed: [31992552](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31992552/).
12. Usher K, Bhullar N, Jackson D. Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *J Clin Nurs*. 2020; 29(15-16): 2756–2757, doi: [10.1111/jocn.15290](https://doi.org/10.1111/jocn.15290), indexed in Pubmed: [32250493](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32250493/).
13. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, et al. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*. 2004; 10(7): 1206–1212, doi: [10.3201/eid1007.030703](https://doi.org/10.3201/eid1007.030703), indexed in Pubmed: [15324539](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15324539/).
14. Perrin PC, McCabe OL, Everly GS, et al. Preparing for an influenza pandemic: mental health considerations. *Prehosp Disaster Med*. 2009; 24(3): 223–230, doi: [10.1017/s1049023x00006853](https://doi.org/10.1017/s1049023x00006853), indexed in Pubmed: [19618359](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19618359/).
15. Valtorta N, Hanratty B. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *J R Soc Med*. 2012; 105(12): 518–522, doi: [10.1258/jrsm.2012.120128](https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.120128), indexed in Pubmed: [23288086](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23288086/).
16. Tanskanen J, Anttila T. A Prospective Study of Social Isolation, Loneliness, and Mortality in Finland. *Am J Public Health*. 2016; 106(11): 2042–2048, doi: [10.2105/AJPH.2016.303431](https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303431), indexed in Pubmed: [27631736](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27631736/).
17. Webster RK, Brooks SK, Smith LE, et al. How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence. *Public Health*. 2020; 182: 163–169, doi: [10.1016/j.puhe.2020.03.007](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.03.007), indexed in Pubmed: [32334182](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32334182/).
18. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry investigation* 2020; 17: 175.
19. 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/).
20. Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr*. 2020; 33(2): e100213, doi: [10.1136/gpsych-2020-100213](https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213), indexed in Pubmed: [32215365](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32215365/).
21. Says who? The significance of sampling in mental health surveys during COVID-19. Vol 7 July 2020, 567. www.thelancet.com/psychiatry.
22. Bai Y, Lin CC, Lin CY, et al. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2004; 55(9): 1055–1057, doi: [10.1176/appi.ps.55.9.1055](https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055), indexed in Pubmed: [15345768](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15345768/).
23. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, et al. The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs*. 2005; 22(5): 398–406, doi: [10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x](https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x), indexed in Pubmed: [16229732](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16229732/).
24. Desclaux A, Badji D, Ndione A G, Sow K (2017). Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Social Science in Medicine*, 178, 38–45.
25. Jeong H, Yim HW, Song Y-J, et al. Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiol Health*. 2016; 38: e2016048.
26. Reynolds D, Garay J, Deamond SL, et al. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect*. 2008; 136: 997–1007.
27. Taylor MR, Agho KE, Stevens GJ, et al. Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health*. 2008; 8: 347, doi: [10.1186/1471-2458-8-347](https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-347), indexed in Pubmed: [18831770](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18831770/).
28. 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: 302–11.
29. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(5), doi: [10.3390/ijerph17051729](https://doi.org/10.3390/ijerph17051729), indexed in Pubmed: [32155789](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155789/).
30. Wang Y, Di Yu, Ye J, et al. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol Health Med*. 2020 [Epub ahead of print]: 1–10, doi: [10.1080/13548506.2020.1746817](https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817), indexed in Pubmed: [32223317](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32223317/).
31. Pierce M, Hope H, Ford T, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(10): 883–892, doi: [10.1016/s2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30308-4).
32. Jung SJ, Jun JY. Mental health and psychological intervention amid COVID-19 outbreak: perspectives from South Korea. *Yonsei Med J*. 2020; 61(4): 271–272, doi: [10.3349/ymj.2020.61.4.271](https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.4.271), indexed in Pubmed: [32233168](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32233168/).
33. Dong Lu, Bouey J. Public Mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerg Infect Dis*. 2020; 26(7): 1616–1618, doi: [10.3201/eid2607.200407](https://doi.org/10.3201/eid2607.200407), indexed in Pubmed: [32202993](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32202993/).