

## Silniejsza reakcja psychologiczna pacjentów w depresji i remisji na pierwszą falę pandemii COVID-19 w Polsce w porównaniu z grupą niekliniczną

### Stronger psychological reaction of patients in depression and remission to the first wave of the COVID-19 pandemic in Poland compared to the non-clinical group

Marlena Sokół-Szawłowska<sup>1</sup>, Paweł Mierzejewski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii, Poradnia Przykliniczna

<sup>2</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Farmakologii

#### Summary

**Aim.** The aim of the study was to compare the subjective mental state of patients in an ongoing episode of depression and in remission (clinical group) and the group without depressive disorders and other mental disorders in their life so far (non-clinical group) in the first wave of the COVID-19 pandemic.

**Material and methods.** During the first economic shutdown in Poland (March 12, 2020–May 3, 2020), using an anonymous online survey, we assessed the subjective mental state of 2,284 people in three groups: with an ongoing depressive episode – 265 patients, in remission – 574 patients, and without mental disorders (including depression) – 1,445 people.

**Results.** The outbreak of the pandemic had a negative impact on the subjective mental state of the respondents. In the group with depression, stress of varying intensity was experienced by 98.11% of the respondents, in the group in remission by 93.9%, and in the group without depression in the past by 93.43%. Depressed mood was declared by 51.32% of depressed patients, 21.60% of patients in remission and 11.97% of patients without mental disorders. Daily anxiety attacks occurred in 46.42% of patients with depression, in 20.21% of patients in remission and 5.88% of respondents in the non-clinical group.

**Conclusions.** The results of the survey show that patients with an ongoing episode of depression and remission subjectively felt worse than the non-clinical group in the first wave of the COVID-19 pandemic in Poland. At the same time, previously healthy people also reported unusual intensification of anxiety and depressive symptoms. For this reason it is important to continue the comprehensive treatment of people with depressive disorders and to simultaneously prevent mental disorders in the non-clinical population.

**Słowa kluczowe:** depresja, pandemia COVID-19, lockdown

**Key words:** depression, COVID-19 pandemic, lockdown

## Wstęp

Pierwsze przypadki infekcji nowym koronawirusem SARS-CoV-2 potwierdzono w grudniu 2019 roku w Wuhanie w Chinach [1]. W dniu 11 marca 2020 roku, gdy zakażenia występowały już w 114 krajach, WHO ogłosiła pandemię [2]. W Polsce w tym samym dniu premier ogłosił plan wygaszenia większości obszarów gospodarki, zdalną edukację i pracę. Wprowadzono poważne ograniczenia w wychodzeniu z domu i przemieszczaniu się na terenie kraju. Pierwszy lockdown w Polsce obejmował okres od 12 marca do 3 maja 2020 roku i był określany jako zbiorowa kwarantanna (obejmująca wszystkich obywateli). Wyjątek stanowili pracownicy sektorów strategicznych dla bezpieczeństwa kraju.

Ten sposób ochrony przed rozwojem pandemii wpisał się w Polsce i innych krajach świata w wielowiekową tradycję przymusowej izolacji w okresach gnębiących ludzkość epidemii. Przed pandemią COVID-19 na masową skalę tego typu decyzje we współczesnych czasach nigdy nie były podejmowane, gdyż wiadomo, że kwarantanna i izolacja społeczna ograniczają mobilność, relacje międzyludzkie i codzienną aktywność ludzi, co wywołuje poważne konsekwencje społeczne w krótkiej i długiej perspektywie czasowej [3].

Zasadne jest stwierdzenie, że te nagłe i dotkliwe restrykcje wpłynęły na zdrowie psychiczne populacji [4–6]. A jest ono definiowane 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]. Podczas pandemii zmieniły się istotnie nasza praca, aktywność oraz codzienne życie. Oprócz wymiaru jednostkowego pandemia ma wymiar trudnego doświadczenia zbiorowego i wywołuje uzasadniony niepokój większości światowej populacji [9–11]. Zbiorowa kwarantanna pozbawiła wiele osób wsparcia (rodziny, przyjaciół i innych ważnych sieci społecznych), co mogło zostać odebrane nawet jako forma kary, potępienia, więzienia [12–14]. Izolacja społeczna to także dystans fizyczny i unikanie kontaktów społecznych poza domem. Maski ochronne wywołują dyskomfort związany z brakiem możliwości odczytywania mimiki. Ludzie zostali zmuszeni do zaprzestania angażowania się w działania społeczne, z wyjątkiem tych związanych z walką z COVID-19 [15–21].

Publikacje poświęcone zdrowiu psychicznemu podczas kwarantanny sprzed pandemii COVID-19 były nieliczne i trudno uogólniać płynące z nich wnioski. Przeglądy badań dotyczą najczęściej epidemii SARS-CoV-1, MERS, Ebola i grypy. Stwierdzono, że grupy szczególnie podatne na psychologiczne konsekwencje kwarantanny to osoby z zaburzeniami psychicznymi, dzieci i młodzież, kobiety, osoby starsze, grupy mniejszościowe, osoby o niższym statusie socjoekonomicznym [13, 14]. Ocena stanu zdrowia osób w kwarantannie sprzed pandemii COVID-19 unaoczniała potrzebę dalszych badań. Postulowano konieczność oceny stanu psychicznego, doświadczeń i technik

radzenia sobie podczas kwarantanny. We wnioskach podkreślono, że kwarantanna może być katalizatorem problemów ze zdrowiem psychicznym u osób, które wcześniej nie miały żadnych zaburzeń psychicznych. Najczęściej wymienianymi objawami związanymi z kwarantanną były drażliwość, bezsenność, niepokój, obniżony nastrój, lęk, anhedonia, poczucie braku nadziei, frustracja, samotność, objawy stresu pourazowego i wyczerpania emocjonalnego ze spowolnieniem. U osób pozostających w izolacji pogarszało się samopoczucie psychiczne, a głębokość wymienionych objawów była indywidualnie zmienna [5, 13, 22–29].

W pierwszych miesiącach 2020 roku przeprowadzano analizy stanu psychicznego osób w kwarantannie w kilku krajach, obejmowały one krótkie okresy i wykorzystywano w nich zróżnicowaną metodologię. Łączy je forma online zbierania danych – najbezpieczniejsza w czasie pandemii. W doniesieniach z pierwszego piku pandemii COVID-19 na świecie podkreślano potrzebę pilnych badań [3, 10, 19–21, 30]. Ustalono, że grupy społeczne szczególnie narażone na negatywne psychologiczne skutki pandemii COVID-19 to:

- chorzy z zaburzeniami psychicznymi przed pandemią (w większości opracowań wymieniani na początku listy) [31–36],
- dzieci i młodzież, w trakcie i po skrajnej izolacji od grup rówieśniczych [37, 38],
- osoby po przechorowaniu COVID-19 [39–41],
- osoby w żałobie po zmarłych na COVID-19 [42, 43],
- pracownicy medyczni i innych strategicznych obszarów [22, 44, 45],
- osoby, które w toku pandemii straciły pracę i/lub popadły w poważne kłopoty finansowe [46–49].

Celem niniejszego badania było porównanie subiektywnego stanu psychicznego pacjentów w epizodzie depresji oraz w remisji z grupą osób bez diagnozy depresji (i innych stwierdzonych zaburzeń psychicznych) w trakcie pierwszego lockdownu w Polsce podczas pandemii COVID-19.

### Material i metody

Badanie jest częścią dużego i długofalowego projektu obejmującego kolejne fale pandemii w Polsce w 2020 i 2021 roku. Podczas pierwszego lockdownu zebrano dane od 2284 osób dorosłych (ukończone 18 lat), które uzupełniły anonimową ankietę online w okresie najpoważniejszych społecznych restrykcji pandemicznych w Polsce (od 12 marca do 3 maja 2020 roku). Grupa z depresją to pacjenci w trakcie ambulatoryjnego leczenia w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Poradnia Zdrowia Psychicznego, Zespół Leczenia Środowiskowego). Po uzyskaniu zgody pacjentów psychiatrzy i psychologowie po zdalnych konsultacjach przesyłali link do ankiety osobom w trakcie epizodu depresji (łagodny lub umiarkowany) i w remisji w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających. Grupa kontrolna (bez depresji i pozostałych zaburzeń psychicznych) to osoby, które zgłaszały się i uzyskiwały anonimowy dostęp

do ankiety przez stronę internetową Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Praca obserwacyjna nie wymagała zgody lokalnej Komisji Bioetycznej, która została poinformowana o prowadzonym badaniu.

Analizie poddano badane zmienne, porównując grupy z trwającym epizodem depresji, remisją i bez depresji oraz innych zaburzeń psychicznych w wywiadzie. Pytania demograficzne obejmowały: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie. Pytania oceniające stan psychiczny były oparte na standardowym badaniu psychiatrycznym i obejmowały objawy psychopatologiczne związane z reakcją na stres psychospołeczny. Na etapie planowania uwzględniono literaturę z poprzednich epidemii, doświadczenie kliniczne i świeże obserwacje w pandemii. Do oceny braku lub nasilenia danej cechy użyto 5-stopniowej skali Likerta. Do analizy danych wykorzystano opisowe metody statystyczne. Ilościowy rozkład odpowiedzi analizowano zarówno bez podziału na podgrupy, jak i w obrębie wybranych grup respondentów (w depresji, w remisji, bez diagnozy zaburzeń). Porównano rozkład odpowiedzi między różnymi grupami. Do analizy posłużył program STATISTICA 13.1. Do porównania rozkładu badanych zmiennych zastosowano analizę  $\chi^2$ , która została przeprowadzona za pomocą narzędzia internetowego: <https://www.socscistatistics.com/tests/chisquare2/default2.aspx>.

## Wyniki

Analiza wizualna wykazała, że uczestnicy badania bez depresji, w remisji i w epizodzie depresji podczas pandemii wyraźnie różnią się rozkładem udzielonych odpowiedzi. Analiza statystyczna rozkładu odpowiedzi na każde pytanie została przeprowadzona za pomocą testu  $\chi^2$ . W pierwszej kolejności oceniano rozkład odpowiedzi dla wszystkich 3 podgrup (depresja podczas pandemii, remisja, bez diagnozy depresji). Jeśli wynik był istotny statystycznie, analizie poddawano poszczególne podgrupy, porównując je parami. Ze względu na wielokrotne porównania wyniki przy  $p < 0,001$  uznano za istotne.

W grupie klinicznej znalazło się 839 osób (265 w trakcie epizodu depresji i 574 w remisji). Szczegółowy opis parametrów demograficznych przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Dane demograficzne respondentów

	Ogółem n = 2284	Depresja n = 265	Remisja n = 574	Bez depresji n = 1445
Płeć				
Kobieta	1340	193	421	726
Mężczyzna	944	72	153	719
Miejsce zamieszkania				
> 300 tys.	1016	126	275	615
100–300 tys.	370	55	96	219
20–100 tys.	427	45	94	288

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

5–20 tys.	235	11	42	182
Wieś	236	55	67	141
Wiek [w latach]				
18–29	520	70	151	299
30–39	605	77	209	319
40–49	604	51	127	426
50–59	301	43	65	193
60–69	196	21	17	158
> 70	58	3	5	50
Wykształcenie				
Wyższe	1269	157	442	670
Średnie	868	102	115	651
Podstawowe	22	2	3	103
Inne	125	4	14	21

Wyniki badania wykazały różnice w przeżywaniu ograniczeń związanych z pierwszą falą pandemii COVID-19 w badanej populacji i trudniejszą reakcją psychologiczną u osób, które aktualnie lub w przeszłości chorowały na depresję (w epizodzie depresji i remisji w zaburzeniach depresyjnych nawracających). Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 2.

**Tabela 2. Różnice stanu psychicznego między populacją w depresji, w remisji (klinicznej) i bez diagnozy zaburzeń depresyjnych w pierwszym piku pandemii COVID-19 w Polsce**

Wyszczególnienie	Depresja	%	Remisja	%	Bez depresji	%	Wartość statystyki	dr – depresja vs. remisja; db – depresja vs. brak zaburzeń depresyjnych; rb – remisja vs. brak zaburzeń depresyjnych
Zmiana samopoczucia								
0	7	2,64%	46	8,01%	122	8,44%	chi <sup>2</sup> = 47, p < 0,001	dr p < 0,001, db p < 0,001
1	19	7,17%	62	10,80%	141	9,76%		
2	125	47,17%	287	50,00%	765	52,94%		
3	66	24,91%	118	20,56%	314	21,73%		
4	48	18,11%	59	10,28%	102	7,06%		

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Poziom stresu								
0	5	1,89%	35	6,10%	95	6,57%	chi <sup>2</sup> = 326, p < 0,001	dr p < 0,001, db p < 0,001, rb p < 0,001
1	25	9,43%	93	16,20%	142	9,83%		
2	125	47,17%	297	51,74%	911	63,04%		
3	74	27,92%	127	22,13%	222	15,36%		
4	36	13,58%	22	3,83%	75	5,19%		
Nastrój								
zmienny	95	35,85%	227	39,55%	606	41,94%	chi <sup>2</sup> = 250, p < 0,001	dr p < 0,001, db p < 0,001, rb p < 0,001
dobry i stabilny	33	12,45%	221	38,50%	661	45,74%		
obniżony	136	51,32%	124	21,60%	173	11,97%		
podwyższony	1	0,38%	2	0,35%	5	0,35%		
Poziom energii								
dobry i stabilny	29	10,94%	203	35,37%	881	60,97%	chi <sup>2</sup> = 350, p < 0,001	dr p < 0,001, db p < 0,001, rb p < 0,001
obniżony	162	61,13%	181	31,53%	236	16,33%		
zmienny	70	26,42%	183	31,88%	315	21,80%		
podwyższony	4	1,51%	7	1,22%	13	0,90%		
Czy badany łatwo zasypia?								
tak	144	54,34%	405	70,56%	1275	88,24%	chi <sup>2</sup> = 201, p < 0,001	
nie	121	45,66%	169	29,44%	170	11,76%		
Czy badany wybudza się w nocy ?								
nie	120	45,28%	320	55,75%	1234	85,40%	chi <sup>2</sup> = 304, p < 0,001	dr p < 0,01, db p < 0,001, rb p < 0,001
tak	145	54,72%	254	44,25%	211	14,60%		
Czy badany miewa koszmary o epidemii ?								
tak	57	21,51%	239	41,64%	164	11,35%	chi <sup>2</sup> = 234, p < 0,001	dr p < 0,001, db p < 0,001, rd p < 0,001

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

nie	208	78,49%	335	58,36%	1281	88,65%		
Czy badany wybudza się przed budzikiem?								
tak	122	46,04%	194	33,80%	294	20,35%	chi <sup>2</sup> = 140, p < 0,001	dr p < 0,01, db p < 0,001, rd p < 0,001
nie	143	53,96%	380	66,20%	1115	77,16%		
Koncentracja/ pamięć								
nie zmieniły się	119	44,91%	369	64,29%	1153	79,79%	chi <sup>2</sup> = 161, p < 0,001	dr p < 0,001, db p < 0,001, rb p < 0,001
poprawiły się	6	2,26%	15	2,61%	26	1,80%		
pogorszyły się	140	52,83%	190	33,10%	266	18,41%		
Codzienne napady lęku								
nie	142	53,58%	460	80,14%	1360	94,12%	chi <sup>2</sup> = 46, p < 0,001	dr p < 0,001, db p < 0,001, rb p < 0,001
tak	123	46,42%	116	20,21%	85	5,88%		
Nieadekwatne wybuchy emocjonalne								
nie	141	53,21%	363	63,24%	1050	72,66%	chi <sup>2</sup> = 47, p < 0,001	dr p < 0,01, db p < 0,001, rb p < 0,001
tak	124	46,79%	211	36,76%	395	27,34%		
Czy rzeczy miłe nadal cieszą ?								
tak	126	47,55%	429	74,74%	1024	70,87%	chi <sup>2</sup> = 68, p < 0,001	dr p < 0,001, db p < 0,001, rb p < 0,001
nie	139	52,45%	145	25,26%	421	29,13%		
Natężenie myśli pesymistycznych								
0	9	3,40%	100	17,42%	273	18,89%	chi <sup>2</sup> = 199, p < 0,001	dr p < 0,001, db p < 0,001, rb p < 0,01
1	24	9,06%	113	19,69%	249	17,23%		
2	122	46,04%	262	45,64%	751	51,97%		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

3	65	24,53%	78	13,59%	137	9,48%		
4	45	16,98%	21	3,66%	35	2,42%		
Czy badany martwi się sytuacją zawodową?								
tak	210	79,25%	389	67,77%	719	49,76%	chi <sup>2</sup> = 111, p < 0,001	dr p < 0,001, db p < 0,001, rb p < 0,001
nie	55	20,75%	185	32,23%	726	50,24%		
Po epidemii moje życie...								
zmieni się	125	47,17%	211	36,76%	479	33,15%	chi <sup>2</sup> = 33, p < 0,001	dr p < 0,001, db p < 0,001, rd p < 0,01
nie wiem, czy się zmieni	106	40,00%	255	44,43%	602	41,66%		
będzie takie jak dotychczas	34	12,83%	108	18,82%	364	25,19%		
Razem	265	100,00%	574	100,00%	1445	100,00%		

Tylko w trzech obszarach nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w populacji z depresją i w grupie bez depresji: tj. w obszarze obaw przed zbliżającą się do Polski pandemią, gromadzenia dużych zapasów żywności, akceptacji decyzji rządu o konieczności zbiorowej kwarantanny.

## Dyskusja

Według naszej wiedzy to pierwsze badanie przeprowadzone w Polsce porównujące reakcję psychologiczną na pandemię COVID-19 u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi leczonych w powodu zaburzeń depresyjnych z reakcją osób bez historii rozpoznanych zaburzeń psychicznych, w tym depresyjnych.

Pomimo rosnącej liczby badań poświęconych konsekwencjom psychologicznym pandemii COVID-19 w czasie przymusowego zamknięcia gospodarek i zbiorowej kwarantanny nadal mało jest badań z udziałem populacji klinicznej pacjentów z zaburzeniami psychicznymi leczonych przed pandemią, większość dotyczy bowiem populacji ogólnej, w której są identyfikowane szczególnie poszkodowane grupy [19, 39]. Wyniki badań są trudne do porównania ze względu na zastosowaną w nich różną metodologię. Tym, co je łączy, jest subiektywna ocena stanu psychicznego za pomocą ankiet online.

Wyniki badań z różnych krajów zostaną wykorzystane w dyskusji. W czasie pandemii COVID-19 trudno znaleźć subpopulacje, które nie są dotknięte jej skutkami, dlatego z konieczności grupami najczęściej badanymi w pierwszej światowej fali były populacje ogólne poddane zbiorowemu stresowi psychospołecznemu. Ze względu na brak specyficznych miar „do oceny reakcji psychologicznej na pandemię COVID-19”

ekspersi już od początku pandemii zalecali opis stanu psychicznego zawierający reakcję poznawczą, emocjonalną i behawioralną na pandemię [4, 5, 33, 36].

Prezentowana praca porównuje reakcję na kwarantannę w pandemii w populacji chorych z zaburzeniami depresyjnymi (w epizodzie i w remisji) z reakcją grupy, która nie miała wcześniej diagnozy zaburzeń depresyjnych. Opis reakcji dotyczy subiektywnych zmian stanu psychicznego i reakcji poznawczej. Różnice miały wysoką istotność statystyczną  $p > 0,001$ , a wyjątki od tego zostały zaznaczone w nawiasach.

Zmiana samopoczucia w pierwszych tygodniach pandemii wystąpiła w całej badanej populacji, zaobserwowano różnice w grupie kontrolnej (nieklinicznej) i klinicznej. W populacji bez zaburzeń psychicznych sumarycznie dużą i największą zmianę samopoczucia deklarowało 28,79%, grupy kliniczne odczuły silniejsze zmiany samopoczucia (w depresji 43,2%, w remisji 30,84%). Takie wyniki częściowo pokrywają się z innymi doniesieniami o poważniejszym wpływie wybuchu pandemii na populację z występującymi wcześniej zaburzeniami psychicznymi. W badaniu w populacji ogólnej z tego okresu z Chin 53,8% respondentów oceniło psychologiczny wpływ pandemii na swoje samopoczucie jako umiarkowany lub ciężki [31]. W badaniu z Niemiec u 57% osób z rozpoznaną depresją pogorszyło się samopoczucie (najsilniej w porównaniu z badanymi z innymi zaburzeniami psychicznymi) [50]. W Hiszpanii osoby z zaburzeniami depresyjnymi w wywiadzie miały bardziej pogorszone samopoczucie niż pacjenci z BD i innymi psychozami, a cała populacja kliniczna w porównaniu ze zdrową grupą kontrolną zareagowała silniej [51]. Natomiast wybuch pandemii w Wuhanie zmienił samopoczucie psychiczne w takim stopniu, że 70% osób poszukujących pilnej zdalnej pomocy psychologicznej online stanowiły osoby bez zaburzeń psychicznych w przeszłości [52]. Część badaczy tłumaczy znacznie większy wpływ pandemii na osoby z depresją wymuszonym jeszcze większym (niż typowe izolowanie się w depresji) dystansem społecznym w czasie lockdownu w zestawieniu z populacją bez zaburzeń psychicznych.

Stres jest naturalną reakcją w konfrontacji z ekstremalną sytuacją. Najczęściej mobilizuje do działania. W wypadku pandemii COVID-19 stres musiał mobilizować do „bezruchu” jako synonimu zbiorowej kwarantanny. Brak możliwości poradzenia sobie z silnymi przeciwnościami (a takimi były pandemia i restrykcje z nią związane) wywołał wtórne emocje: pesymizm, lęk, zaburzenia snu, obniżenie nastroju i poziomu energii z poczuciem zmęczenia [53]. W naszym badaniu grupa bez zaburzeń depresyjnych w przeszłości i pacjenci w remisji odczuwali mniejszy stres (20,55% vs. 25,96% – sumarycznie ciężki i najcięższy stres w życiu) niż grupa w depresji (41,5%). Badana populacja kliniczna miała subiektywnie większe natężenie stresu niż populacja bez zaburzeń depresyjnych. Te wyniki są spójne z podobnymi analizami, które wykazały wyższe poziomy stresu na początku pandemii w populacji z zaburzeniami psychicznymi [31, 50, 53].

W obszarze pytań opartych na standardowym wywiadzie psychiatrycznym uwidoczniono różnicę w nastroju między trzema badanymi grupami. Zmienność/chwiejność nastroju była najbardziej odczuwana w grupie kontrolnej i u pacjentów w remisji w porównaniu z grupą w depresji (41,94% vs. 39,55% vs. 35,85%). Obniżony nastrój relacjonowało najmniej osób z grupy kontrolnej w porównaniu z grupą w remisji i de-

presji (11,97% vs. 21,60% vs. 51,32%). Obecność subiektywnie obniżonego nastroju z mniejszą tendencją do zmienności (widocznego w grupie pacjentów z depresją) jest potwierdzeniem rozpoznania depresji u osób leczonych zdalnie ambulatoryjnie. Większość publikacji z okresu pandemii potwierdza, że konsekwencją stresu było obniżenie nastroju w populacji ogólnej, ale silniej w grupie osób z zaburzeniami depresyjnymi (raczej nie o nasileniu ciężkim i leczonym w szpitalu, ale w grupach o lekkim i umiarkowanym nasileniu zaburzeń). W Chinach w populacji ogólnej umiarkowane do ciężkiego obniżenie nastroju wystąpiło u 28,8% ankietowanych [31]. W badaniu z Kanady w populacji osób z depresją w czasie pierwszych miesięcy lockdownu nastąpił wzrost objawów depresyjnych (w tym obniżenia nastroju u większości badanych) z 19,3% do 48,7% [54]. Wyniki prezentowanej pracy są również zbliżone do uzyskanych za pomocą wystandaryzowanych skal w populacji ogólnej w Turcji, a w populacji klinicznej pacjentów z depresją w Niemczech (porównywano stan psychiczny pacjentów z różnymi diagnozami psychiatrycznymi), w Hiszpanii (silniejsze objawy depresyjne niż u osób z psychozami) i w Czechach [33, 50, 53, 55].

Subiektywny poziom energii w pierwszych tygodniach pandemii był też czynnikiem różnicującym porównywane populacje. W grupie kontrolnej aż 60,97% osób miało dobry poziom energii, podczas gdy w grupie z depresją ta proporcja była odwrócona (!) – aż 61,13% osób w epizodzie depresji odczuwało obniżenie napędu. Grupa osób w remisji określała swój poziom energii w najbardziej zrównoważony sposób (35,37% – dobry i stabilny, 31,53% – obniżony, 31,88% – zmienny). Behawioralnie poziom energii przekłada się na codzienną aktywność. Osoby w depresji wycofały się z aktywności, osoby w remisji mogły utrzymywać swoją codzienną aktywność na średnim poziomie, a osobom z grupy kontrolnej w codziennych aktywnościach nie przeszkadzał obniżony lub zmienny nastrój. Podobne wyniki uzyskano w innych populacjach klinicznych i nieklinicznych [33, 50, 53].

Problemy ze snem są zarówno wykładnikiem stresu psychospołecznego, jak i objawem zaburzeń depresyjnych. Analiza przeprowadzona w badanej populacji potwierdziła dane z literatury z pierwszych tygodni pandemii. W badaniu z Chin w populacji ogólnej problemy ze snem relacjonowało 12,5% badanych [9]. Prezentowane badanie wykazało, że najmniej problemów ze snem miały osoby z grupy kontrolnej we wszystkich czterech parametrach (problemy z zasypianiem, wybudzenia w nocy, koszmary na temat pandemii i zbyt wczesne wybudzenia) – wyniki oscylowały wokół 10%. Zbliżone wartości uzyskano w grupie osób w remisji w zaburzeniach depresyjnych nawracających. Natomiast subiektywna ocena snu była najgorsza w populacji osób w trakcie epizodu depresji, a w tej grupie najczęściej relacjonowano problemy z zasypianiem (45,66%) i wybudzenia w nocy (54,72%), a następnie koszmary o treściach związanych z pandemią COVID-19 (21,51%) i zbyt wczesne wybudzenie się rano (46,04%). Wyniki te częściowo pokrywają się z wynikami dużego badania populacyjnego z Włoch w pierwszym piku pandemii. Opisano w nim zaburzenia wszystkich faz snu, które korelowały dodatnio z poziomem depresji i lęku, a także liczne psychologiczne i biologiczne powody nasilonych problemów ze snem. Na pierwszym miejscu jest to stres psychospołeczny wywołany silnym zagrożeniem, na drugim zaś zmiana trybu życia wywołana przez lockdown [56].

W powszechnej opinii apetyt podczas kwarantanny w populacji ogólnej się zwiększył, co potwierdziły badania z tego zakresu. Ten fakt w połączeniu z unieruchomieniem ludzi w domach, zamknięciem miejsc do uprawiania sportu i większym poziomem lęku, który u części populacji wywołuje emocjonalne objadanie się (w celu uzyskania przejściowego komfortu psychicznego; psychogenne), może doprowadzić do wzrostu masy ciała, a w dłuższej perspektywie wywołać inne poważne następstwa zdrowotne wynikające z nadwagi i otyłości. W prezentowanej populacji grupy badane różniły się w tym obszarze. Najczęściej w czasie kwarantanny „zjadały stres” osoby w depresji, natomiast rzadziej osoby w remisji i grupie kontrolnej (12,83% vs. 13,07% vs. 10,73%). Apetyt podczas pandemii nie zmienił się u większej liczby osób w grupie kontrolnej (65,88%) w porównaniu z grupą w remisji (55,40%) i w depresji (35,85%). Coraz liczniejsze badania z różnych krajów potwierdzają mechanizm zjadania większych ilości jedzenia u pacjentów z depresją, aby zredukować stres [57–59]. W większości badań mechanizm emocjonalnego jedzenia jest związany z wyższymi poziomami stresu, lęku, depresji i gorszymi relacjami społecznymi w czasie kwarantanny. W polskim badaniu z okresu pierwszej fali pandemii również opisano ten mechanizm i jego negatywne konsekwencje [60]. Efektem ostrego stresu i objawem epizodu depresji może też być zmniejszenie apetytu. W badanej populacji osoby z depresją najczęściej skarżyły się na utratę apetytu (20,38%) – w porównaniu z grupą w remisji (13,07%) i grupą kontrolną (7,96%).

Funkcje poznawcze pod wpływem stresu psychospołecznego mogą ulegać zaburzeniu. Jest to przeważnie zjawisko przejściowe i w trakcie przeżywania przewlekłego stresu oraz habituacji może dochodzić do ich poprawy. W pierwszych tygodniach pandemii COVID-19 w Polsce respondenci z naszego badania różnili się pod względem udzielanych odpowiedzi na pytanie o koncentrację uwagi i pamięć. Najczęściej pogorszenie koncentracji uwagi i pamięci relacjonowali pacjenci z depresją – 52,83%, w porównaniu z 33,10% osób w remisji i 18,41% osób bez historii zaburzeń psychicznych w przeszłości. Nie znaleziono literatury porównawczej na ten temat z początkowego okresu pandemii.

Badane grupy różniły się pod względem występowania lęku. Ataki paniki w pierwszych tygodniach pandemii dotyczyły 5,88% osób z grupy kontrolnej, 20,21% osób w remisji i aż 46,42% osób w depresji. Taki wynik w populacji bez diagnozy zaburzeń depresyjnych jest podobny do wyników z Chin, gdzie w populacji ogólnej w pierwszych tygodniach pandemii ataki lęku panicznego występowały u 6,33% [32]. Natomiast jego wysokie poziomy w grupie klinicznej są potwierdzeniem wyników badań z innych ośrodków badawczych wykonanych z użyciem wystandaryzowanych skal do mierzenia poziomu lęku [50, 51, 54, 56]. Tak wysoki poziom lęku jest objawem zaburzeń depresyjnych i nakładającego się na to zaburzenie psychiczne obciążenia głównie w postaci: zamknięcia w domu, obaw przed oddychaniem tym samym powietrzem co inni ludzie, obaw przed zachorowaniem. Te wszystkie obiektywne obciążenia podnoszą poziom lęku z objawami poznawczymi (myśli katastroficzne), emocjonalno-fizjologicznymi (somatyczne objawy lęku) i behawioralnymi (nasilone unikanie sytuacji lękorodnych w pandemii).

Dysforia może towarzyszyć frustracji po znalezieniu się w trudnej psychologicznej sytuacji, może być objawem depresji i w dużym stopniu zaburzać relacje interperso-

nalne w codziennym funkcjonowaniu. W czasie pandemii ludzie zostali zmuszeni do pozostawania wiele godzin w miejscu zamieszkania, co mogło być dodatkowym czynnikiem wyzwalającym reakcje dysforyczne [10, 33]. Stres w kwarantannie wywołuje irytację, wybuchowość i złość, które pogarszają relacje. Silniejsze odczuwanie stresu wynika z natury zaburzeń depresyjnych [50, 53]. W naszym badaniu w grupie z trwającym epizodem depresji aż 46,79% pacjentów relacjonowało wybuchy złości. W grupie w remisji było to 36,76%, a w grupie kontrolnej 27,34%. Te wyniki nie są zaskakujące w populacji klinicznej, gdyż poczucie napięcia, impulsywne reakcje na banalne sytuacje są spotykane u pacjentów. Natomiast zaskakujący jest wysoki wynik w grupie bez zaburzeń depresyjnych. U prawie 1/3 tej populacji konsekwencją pandemii i jej ograniczeń były dysforie w życiu codziennym. Niestety wynik uzyskany w populacji klinicznej i kontrolnej może przekładać się na różne formy przemocy domowej.

Anhedonia, zdefiniowana jako „brak możliwości cieszenia się z rzeczy, które przed pandemią dawały radość”, wystąpiła u 25,26% osób w remisji zaburzeń depresyjnych nawracających, u 52,45% osób z depresją i u 29,13% osób w grupie nieklinicznej. Badania nad anhedonią w depresji dowodzą, że jest ona integralną częścią epizodów depresji. Można jednak założyć, że całe społeczeństwa musiały zrezygnować z aktywności najczęściej przynoszących radość: spotkań z innymi ludźmi, sportu, zbiorowych wydarzeń kulturalnych. A dorośli zamknięci w mieszkaniach przez 24 godziny na dobę z dziećmi (podczas nauki zdalnej) musieli niejednokrotnie zrezygnować również z bliskości seksualnej. Z kolei przygotowywanie posiłków w domach jako jedyna forma rozrywki dającej radość w zbiorowej kwarantannie łączyło się niestety z ryzykiem otyłości i nadwagi, a co za tym idzie – z prawdopodobnym poczuciem winy. Z tego powodu mogło budzić ambiwalentne reakcje. Potwierdzają to wyniki badania hiszpańskiego. Zapytano w nim o „zdolność cieszenia się z wolnego czasu w kwarantannie”. W populacji osób z depresją deklarowało ją 80%, a w grupie kontrolnej aż 94% badanych [51].

Myśli pesymistyczne o różnym natężeniu w pierwszym pikcie pandemii COVID-19 w grupie kontrolnej miało 81,11% respondentów, w remisji 82,58%, w depresji 96,6%. W tym obszarze uzyskano skrajnie wysokie wyniki pozytywnych odpowiedzi – w innych badaniach wartości te są niższe, ale i w nich obserwuje się trendy różnic między grupą kontrolną a kliniczną [50, 51, 55].

Badanym zadano pytanie o ich subiektywne postrzeganie swojej sytuacji materialnej i/lub zawodowej podczas pandemii. Najbardziej negatywnie swoją sytuację oceniali osoby w depresji – 79,25%, następnie w remisji – 67,77%, a w grupie kontrolnej było to 49,76% badanych. Często depresyjny sposób myślenia charakteryzuje się niższą samooceną i subiektywnie gorszą oceną swojej sytuacji życiowej, niż się ona przedstawia w rzeczywistości. Dodatkowo w większości dostępnych publikacji z pandemii COVID-19 z populacjami klinicznymi podkreśla się gorsze wyjściowe zdolności adaptacyjne oraz obiektywnie gorszą sytuację ekonomiczną chorych osób [50, 51, 54, 55]. Nie mogą zatem dziwić uzyskane wyniki. Należy tu jednak podkreślić wynik w grupie kontrolnej, w której 1/2 osób pesymistycznie oceniała swoją sytuację materialną i/lub zawodową w czasie pandemii. Może to świadczyć o obiektywnie trudnym położeniu życiowym osób badanych już na początku pandemii lub przewidywaniu go.

W grupie kontrolnej 33,15% badanych przewidywało zmianę w swoim życiu po pandemii, podczas gdy w grupie z depresją było to aż 47,17%. Jednocześnie podobny odsetek osób z obu grup nie wiedział, jaki wpływ pandemia będzie miała na ich życie (41,66% vs. 40,00%). Z kolei 36,76% osób w remisji przewidywało, że ich życie po pandemii ulegnie zmianie, a 44,43%% przyznało, że nie wie, czy dojdzie do zmian w ich życiu. W innych badaniach stwierdzono, że nasilenie obaw (zamartwiania się o swoją przyszłość) istotnie częściej występuje u osób z depresją [50, 55]. Autorzy wymieniają różne powody tego stanu rzeczy, ale główne to wyjściowa gorsza sytuacja społeczna, mniejsza sieć kontaktów społecznych, a w pierwszym okresie pandemii COVID-19 rzeczywiste poważne pogorszenie bezpośredniego kontaktu z instytucjami, w których wcześniej dana osoba otrzymywała pomoc (materialną, społeczną) lub leczenie (gorszy dostęp do nowych technologii i ich nieumiejętna obsługa utrudniały kontakt zdalny) [61].

Zmianę w systemie wartości związaną z przeżyciami w pandemii przewidywało w grupie kontrolnej jedynie 24,64%. W grupie klinicznej u pacjentów w remisji deklarowało taką zmianę 42,16% badanych. W trakcie epizodu depresji 48,68% osób przewidywało zmiany w swoim systemie wartości. Uzyskane wyniki są najprawdopodobniej związane z nasileniem traumy w badanej populacji. To właśnie nagła trauma w dorosłym życiu człowieka zmienia jego system wartości (np. znalezienie się w nagłym stanie bezpośredniego zagrożenia życia: wypadek, napaść, informacja o poważnym stanie podczas śmiertelnej choroby itp.). Fakt, że prawie co druga osoba w depresji relacjonowała aż tak silny wpływ przeżyć z pandemii na jej system wartości, jest potwierdzeniem danych z innych publikacji [50, 51].

Brak istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami stwierdzono w obszarach retrospektywnych obaw przed zbliżającą się do Polski pandemią COVID-19, gromadzenia zapasów żywności i osobistej zgody na decyzję o pierwszej zbiorowej kwarantannie, co może świadczyć o tym, że wszyscy badani podobnie reagowali na oficjalne informacje i podejmowali podobne działania zabezpieczające. Można zatem wysnuć wniosek, że reakcja poznawcza i behawioralna w tych trzech obszarach była niezależna od wyjściowego stanu psychicznego populacji klinicznej i grupy kontrolnej.

Za ograniczenie pracy można uznać wykorzystanie kwestionariusza autorskiego (miał pełnić w badaniu funkcję uniwersalną) przy jednoczesnym braku zastosowania narzędzi o sprawdzonych wartościach psychometrycznych.

## Wnioski

Pacjenci w epizodzie i w remisji zaburzeń depresyjnych nawracających poważnie przeżywali ograniczenia wynikające ze zbiorowej kwarantanny w pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce. Świadczą o tym silniejsze subiektywne reakcje w większości badanych parametrów oceniających stan psychiczny. Z tego względu w populacji klinicznej konieczna jest kontynuacja kompleksowego leczenia zaburzeń psychicznych w kolejnych falach pandemii i po pandemii. A wyniki w grupie osób bez zaburzeń psychicznych (w tym depresyjnych w przeszłości) mogą stanowić przesłankę do intensywnych działań profilaktycznych skierowanych do populacji ogólnej. Ich celem jest zapobieganie ostrym

i przewlekłym zaburzeniom psychicznym indukowanym przeżyciami i przeciążeniami z okresu pandemii COVID-19. Będzie to możliwe dzięki szczegółowym i systematycznym analizom wpływu kolejnych fal pandemii na zdrowie psychiczne ludzi.

### Piśmiennictwo

1. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H i wsp.; 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.
2. WHO, 2020c. *Rolling Updates on Coronavirus Disease (COVID-19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> (dostęp: 31.03.2020).
3. Hossain MM, 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.
4. Brooke J, Jackson D. *Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism*. J. Clin. Nurs. 2020; 29(13–14): 2044–2046.
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.
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, Beezhold J, Sartorius N. *Toward a new definition of mental health*. World Psychiatry 2015; 14(2): 231–233.
9. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. *Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic*. Asian J. Psychiatr. 2020; 51: 102083.
10. Filgueiras A, Stults-Kolehmainen M. *The relationship between behavioural and psychosocial factors among Brazilians in quarantine due to COVID-19*. SSRN Electronic Journal, April 2020. <https://ssrn.com/abstract=3566245> (dostęp: 1.06.2023).
11. Rubin GJ, Wessely S. *The psychological effects of quarantining a city*. BMJ 2020; 368: m313.
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.
13. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. *SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada*. Emerg. Infect. Dis. 2004; 10(7): 1206–1212.
14. Perrin PC, McCabe OL, Everly GS Jr, Links JM. *Preparing for an influenza pandemic: Mental health considerations*. Prehosp. Disaster Med. 2009; 24(3): 223–230.
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.
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.

17. Webster RK, Brooks SK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Rubin GJ. *How to improve adherence with quarantine: Rapid review of the evidence*. Public Health 2020; 182: 163–169.
18. Xiao C. *A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: Structured letter therapy*. Psychiatry Investig. 2020; 17(2): 175–176.
19. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N i wsp. *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence*. Lancet 2020; 395(10227): 912–920.
20. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. *A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations*. Gen. Psychiatr. 2020; 33(2): e100213.
21. Pierce M, McManus S, Jessop C, John A, Hotopf M, Ford T i wsp. *Says who? The significance of sampling in mental health surveys during COVID-19*. Lancet Psychiatry 2020; 7(7): 567–568.
22. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. *Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak*. Psychiatr. Serv. 2004; 55(9): 1055–1057.
23. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. *The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto*. Public Health Nurs. 2005; 22(5): 398–406.
24. Desclaux A, Badji D, Ndione AG, Sow K. *Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal*. Soc. Sci. Med. 2017; 178: 38–45.
25. Jeong H, Yim HW, Song YJ, Ki M, Min JA, Cho J i wsp. *Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome*. Epidemiol. Health 2016; 38: e2016048.
26. Reynolds D, Garay J, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. *Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience*. Epidemiol. Infect. 2008; 136(7): 997–1007.
27. Taylor MR, Agho KE, Stevens GJ, Raphael B. *Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: Data from Australia's first outbreak of equine influenza*. BMC Public Health 2008; 8: 347.
28. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z i wsp. *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.
29. Sher L. *COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide*. Sleep Med. 2020; 70: 124.
30. 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.
31. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CH i wsp. *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): 1729.
32. Wang Y, Di Yu, Ye J, Wei W. *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. 2021; 26(1): 13–22.
33. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A i wsp. *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.
34. 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.

35. Dong Lu, Bouey J. *Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China*. Emerg. Infect. Dis. 2020; 26(7): 1616–1618.
36. World Health Organization. *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Geneva: World Health Organization; 2020.
37. The Lancet Child Adolescent Health. *Pandemic school closures: Risks and opportunities*. Lancet Child Adolesc Health 2020; 4(5): 341.
38. Van Lancker W, Parolin Z. *COVID-19, school closures, and child poverty: A social crisis in the making*. Lancet Public Health 2020; 5(5): e243–e244.
39. Sergeant A, Reekum van EA, Sanger N, Dufort A, Rosic T, Sanger S i wsp. *Impact of COVID-19 and other pandemics and epidemics on people with pre-existing mental disorders: A systematic review protocol and suggestions for clinical care*. BMJ Open 2020; 10(9): e040229.
40. Kumari P, Rothan HA, Natekar JP, Stone S, Pathak H, Strate PG i wsp. *Neuroinvasion and encephalitis following intranasal inoculation of SARS-CoV-2 in K18-hACE2 mice*. Viruses 2021; 13(1): 132.
41. Song E, Zhang C, Israelow B, Lu-Culligan A, Prado AV, Skriabine S i wsp. *Neuroinvasion of SARS-CoV-2 in human and mouse brain*. J. Exp. Med. 2021; 218(3): e20202135.
42. Stroebe M, Schut H. *Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework*. Omega (Westport). 2021; 82(3): 500–522.
43. Albuquerque S, Teixeira AM, Rocha JC. *COVID-19 and disenfranchised grief*. Front. Psychiatry 2021; 12: 638874.
44. Silczuk A. *Threatening increase in alcohol consumption in physicians quarantined due to coronavirus outbreak in Poland: The ALCOVID survey*. J. Public Health (Oxf.) 2020; 42(3): 461–465.
45. 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.
46. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N i wsp., COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. *Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic*. Lancet Psychiatry 2020; 7(6): 468–471.
47. International Monetary Fund. *IMF's Georgieva: COVID-19 economic outlook negative, but rebound in 2021*. <https://www.imf.org/external/mmedia/view.aspx> (dostęp: 1.06.2023).
48. 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.
49. 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.
50. Quittkat HL, Düsing R, Holtmann FJ, Buhlmann U, Svaldi J, Vocks S. *Perceived impact of Covid-19 across different mental disorders: A study on disorder-specific symptoms, psychosocial stress and behavior*. Front. Psychol. 2020; 11: 586246. doi: 10.3389/fpsyg.2020.586246
51. González-Blanco L, Dal Santo F, García-Álvarez L, Fuente-Tomás de la L, Moya Lacasa C, Paniagua G i wsp. *COVID-19 lockdown in people with severe mental disorders in Spain: Do they have a specific psychological reaction compared with other mental disorders and healthy controls?* Schizophr. Res. 2020; 223: 192–198.
52. Wang S, Wen X, Dong Y, Liu B, Cui M. *Psychological influence of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the general public, medical workers, and patients with mental disorders and its countermeasures*. Psychosomatics 2020; 61(6): 616–624.

53. Öztürk Çopur E, Karasu F. *The impact of the COVID-19 pandemic on the quality of life and depression, anxiety, and stress levels of individuals above the age of eighteen*. *Perspect. Psychiatr. Care* 2021; 57(4): 1645–1655.
54. Robillard R, Daros AR, Phillips JL, Porteous M, Saad M, Pennestri MH i wsp. *Emerging new psychiatric symptoms and the worsening of pre-existing mental disorders during the COVID-19 pandemic: A Canadian multisite study*. *Can. J. Psychiatry* 2021; 66(9): 815–826.
55. Winkler P, Formanek T, Mlada K, Kagstrom A, Mohrova Z, Mohr P i wsp. *Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: Analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys*. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2020; 29: e173.
56. Casagrande M, Favieri F, Tambelli R, Forte G. *The enemy who sealed the world: Effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population*. *Sleep Med.* 2020; 75: 12–20.
57. Cecchetto C, Aiello M, Gentili C, Ionta S, Osimo SA. *Increased emotional eating during COVID-19 associated with lockdown, psychological and social distress*. *Appetite* 2021; 160: 105122.
58. McAtamney K, Mantzios M, Egan H, Wallis DJ. *Emotional eating during COVID-19 in the United Kingdom: Exploring the roles of alexithymia and emotion dysregulation*. *Appetite* 2021; 161: 105120.
59. Kriaucioniene V, Bagdonaviciene L, Rodríguez-Pérez C, Petkeviciene J. *Associations between changes in health behaviours and body weight during the COVID-19 quarantine in Lithuania: The Lithuanian COVIDiet Study*. *Nutrients* 2020; 12(10): 3119.
60. Błaszczyk-Bębenek E, Jagielski P, Bolesławska I, Jagielska A, Nitsch-Osuch A, Kawalec P. *Nutrition behaviors in Polish adults before and during COVID-19 lockdown*. *Nutrients* 2020; 12(10): 3084.
61. Newby JM, O'Moore K, Tang S, Christensen H, Faasse K. *Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia*. *PLoS One* 2020; 15(7): e0236562.

Adres: Marlena Sokół-Szawłowska  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Poradnia Przykliniczna  
e-mail: marlenasokolysz@gmail.com

Otrzymano: 16.12.2021  
Zrecenzowano: 24.02.2022  
Otrzymano po poprawie: 8.03.2022  
Przyjęto do druku: 9.03.2022