

Psychologiczne uwarunkowania objawów przypominających zespół depresyjny po przebytych COVID-19 – opis przypadku

Psychological determinants of symptoms mimicking depressive episode following a COVID-19 – a case study

Sławomir Murawiec¹, Anna Mosiołek², Anna Rewekant³

¹Harmonia – Poradnia Zdrowia Psychicznego – Grupa LUX MED, Warszawa

²Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

³Oddział Ogólnopsychiatryczny, Wielkopolskie Centrum Neuropsychiatryczne im. O. Bielawskiego w Kościanie

Psychiatria Spersonalizowana 2023; 2(2-3): 59–64

DOI: <https://doi.org/10.5114/psychs.2023.129295>

Streszczenie

Opis konsekwencji psychiatrycznych i neurologicznych zakażenia SARS-CoV-2 w piśmiennictwie naukowym charakteryzuje się przede wszystkim paradygmatami biologicznymi, psychopatologicznymi i behawioralnymi. Skupia się na badaniu wpływu infekcji na biologiczny aspekt układu nerwowego, występowanie określonych zaburzeń, takich jak depresja, zaburzenia lękowe, lub następstw neurologicznych znanych jako neuro-COVID. Badania obejmują także analizę wpływu na zachowania, takie jak spożycie alkoholu i zachowania agresywne. W niniejszym badaniu pragniemy zwrócić uwagę na inne zjawisko, często pomijane w literaturze, które stanowi składową konsekwencji okresu pandemii i przejścia zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Jest to pojawienie się podczas infekcji lub izolacji związanej z pandemią przestrzeni psychologicznej umożliwiającej refleksję nad różnymi aspektami własnego życia. Jak ilustruje to opisany poniżej przypadek pacjentki, symptomatologiczne konsekwencje takiej refleksji mogą przypominać zespół depresyjny i być uważane za uwarunkowane biologicznie przebyłą infekcją. Mogą również być traktowane jako objawy long COVID. Ważne jednak jest zauważenie, że w niektórych sytuacjach pojawienie się refleksji dotyczących własnego życia, ścieżki kariery i aktualnej sytuacji osobistej, zawodowej i społecznej może mieć istotny wpływ na samopoczucie i rodzaj wyrażanych skarg. Należy zatem wziąć pod uwagę, że skargi zgłaszane przez niektóre osoby są wynikiem zarówno biologicznych konsekwencji przebycia COVID-19, jak i procesów psychologicznych związanych z zakłóceniem dotychczasowego stylu życia oraz dostępnością czasu umożliwiającą pojawienie się refleksji.

Słowa kluczowe: SARS-CoV-2, COVID-19, infekcja, long COVID, reakcja psychologiczna, reewaluacja wartości, epizod depresji.

Abstract

The description of psychiatric and neurological consequences following SARS-CoV-2 infection is primarily characterized by the biological, psychopathological, and behavioral paradigms. The focus is on examining the impact of the infection on the biological aspect of the central nervous system, the occurrence of defined disorders such as depression, anxiety disorders, or neurological sequelae known as neuro-COVID. The research also investigates the influence on behaviors such as alcohol consumption and aggressive behaviors. In this case study, we would like to draw attention to another element, often overlooked in the literature, which is a component of the consequences of the pandemic period and experiencing SARS-CoV-2 infection. This is the emergence, during the infection period or isolation due to the pandemic, of a psychological space for reflection on various aspects of one's own life. As exemplified by the case

Autor do korespondencji:

dr hab. Sławomir Murawiec, Harmonia – Poradnia Zdrowia Psychicznego – Grupa LUX MED, Warszawa, e-mail: smurawiec@gmail.com

of the patient described below, the symptomatic consequences of such reflection may mimic depressive episode and be considered biologically conditioned by the SARS-CoV-2 infection. They could also be regarded as manifestations of long COVID. However, it is important to note that in certain situations, the emergence of reflections concerning one's own life, career path, and current personal, professional, and social circumstances may be a significant factor influencing well-being and the type of expressed complaints. Therefore, it is essential to consider that the complaints reported by some individuals are the result of both biological consequences of illness and psychological processes associated with the disruption of their previous way of life and the availability of unoccupied time for reflection.

Key words: SARS-CoV-2, COVID-19, infection, long COVID, psychological reaction, reevaluation of values, depressive episode.

Wstęp

Badania dotyczące oddziaływania pandemii COVID-19 w wymiarze populacyjnym i jednostkowym obejmują wiele obszarów z zakresu wirusologii i chorób zakaźnych, spektrum nauk medyczno-biologicznych, ale także konsekwencje psychologiczne i społeczne zarówno pandemii oraz związanych z nią obostrzeń (izolacja, kwarantanna), jak i samego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i stanów chorobowych nim wywołanych [1–3]. W pierwszym okresie pandemii pojawiła się znacząca propozycja wyodrębnienia nowego zespołu następstw COVID-19 w sferze psychologicznej, czyli pandemicznego ostrego zaburzenia stresowego [4]. W krótkim czasie po pierwszej fali zakażeń zaobserwowano następstwa przechorowania w postaci zespołów post-COVID i long COVID. Zespoły te były przedmiotem intensywnych badań [5–7]. W szerszym wymiarze, niedotyczącym wyłącznie osób, które przebyły zakażenie, można odnotować, że pandemia COVID-19 jest zapewne najlepiej przebadanym pod względem konsekwencji psychologicznych i psychopatologicznych zaburzeniem w dziejach ludzkości. Badano zjawiska dotyczące zarówno występowania zaburzeń lękowych, depresji, jak i spożywania alkoholu czy agresji w kontekście pandemii, a także szereg różnorodnych konsekwencji w obszarze życia indywidualnego i społecznego, na które wpłynęła pandemia i związane z nią restrykcje [8–15].

W opisie następstw przebytej infekcji SARS-CoV-2 dominują paradygmaty biologiczny, psychopatologiczny i behawioralny. Badany jest więc wpływ zakażenia wobec biologicznego aspektu ośrodkowego układu nerwowego (OUN), wystąpienia zdefiniowanych zaburzeń, takich jak depresja, zaburzenia lękowe [9], lub następstw neurologicznych neuro-COVID [16]. Przedmiotem badań był także wpływ na takie zachowania, jak spożycie alkoholu czy zachowania agresywne [10, 14, 15].

W pracy tej chcielibyśmy zwrócić uwagę na jeszcze jeden element, pomijany w piśmiennictwie, który jest składową konsekwencją okresu pandemii i prze-

bycia zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Jest to pojawienie się w okresie infekcji lub izolacji w związku z pandemią przestrzeni psychicznej na refleksję dotyczącą wielu aspektów własnego życia. Jak dowodzi opisany poniżej przypadek pacjentki, symptomatologiczne konsekwencje takiej refleksji mogą przypominać objawowo zespół depresyjny i być uważane za biologicznie uwarunkowane przebyciem zakażenia. Mogłyby być także uważane za long COVID. Chcemy jednak zwrócić uwagę, że w niektórych sytuacjach pojawienie się refleksji dotyczących własnego życia, dotychczasowej drogi zawodowej i miejsca, w którym aktualnie znajduje się jednostka w wymiarze osobistym, zawodowym i społecznym, może być ważnym czynnikiem wpływającym na samopoczucie i rodzaj wypowiadanych skarg. Należy więc brać pod uwagę, że skargi zgłaszane przez niektóre osoby są wynikiem zarówno biologicznych następstw przechorowania, jak i psychologicznych procesów powiązanych z pojawieniem się zakłócenia dotychczasowego sposobu życia oraz dostępnością niewypetnionego działaniem czasu na dokonanie refleksji.

Powikłania neuropsychiatryczne związane z COVID-19

Wiemy, że zakażenie SARS-CoV-2 może przyjmować postać od bezobjawowej po bardzo poważną, z obecnością licznych powikłań. Powikłania związane z infekcją dotyczą różnych organów i układów. Wraz z rozwojem pandemii i rozwojem badań i obserwacji zaczęto dostrzegać, że wirus SARS-CoV-2 może siać spustoszenie nie tylko w układzie oddechowym. Neurotropizm choroby COVID-19 może dawać konsekwencje neurologiczne oraz psychiatryczne.

COVID-19 powoduje uszkodzenie neurologiczne prawdopodobnie przez dwa mechanizmy: niedotlenienie mózgu i uszkodzenie OUN o podłożu immunologicznym [17]. SARS-CoV-2 łączy się z receptorami ACE2 (*angiotensin-converting enzyme 2*). Receptory ACE-2

znajdują się również w komórkach glejowych w neuronach mózgu i rdzenia kręgowego, dlatego SARS-CoV-2 może się przyczepiać, namnażać i uszkadzać tkankę nerwową. Objawy neurologiczne obserwowane u pacjentów z infekcją wirusową są spowodowane przez tzw. burzę cytokinową, w tym cytokiny prozapalne i przeciwzapalne, stanowiącą reakcję immunologiczną na infekcję wirusową OUN [18].

Zgodnie ze statystykami aż 1/3 pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 doświadcza dysfunkcji ze strony OUN, w tym udarów mózgu, zawrotów głowy, zaburzeń koordynacji ruchowej i świadomości [2]. Obecnie wyróżnia się powikłania związane z ostrym okresem choroby, powikłania post-COVID oraz long COVID, które mogą dotyczyć nawet 40% osób po zachorowaniu. W ostrym okresie zakażenia SARS-CoV-2 opisywano występowanie u pacjentów encefalopatii, udarów mózgu, zapalenia mózgu i opon mózgowych, a także uszkodzeń obwodowego układu nerwowego.

W zespole post-COVID pojawiają się objawy wynikające z zaburzenia funkcjonowania różnych układów i narządów: oddechowego, sercowo-naczyniowego, gruczołów dokrewnych, układu krzepnięcia, moczowego, przewodu pokarmowego, skóry, a także układu nerwowego (zaburzenia neuropsychologiczne i neurologiczne). Wśród najczęściej zgłaszanych objawów neurologicznych wyróżnia się bóle głowy (3,7–70,3%) i chroniczne zmęczenie (53,1–53,6%). Dominującymi objawami psychiatrycznymi są lęk i objawy depresyjne (4,6–37,86%) [18]. W zespole long COVID w grupie pacjentów seronegatywnych średnio po 60 dniach od wystąpienia ostrej infekcji tylko 12,6% było całkowicie wolnych od jakichkolwiek objawów związanych z COVID-19. W grupie tej 32% pacjentów zgłaszało 1 lub 2 objawy, 55% 3 lub więcej objawów, a aż 44,1% pogorszenie jakości życia [19]. Mechanizmy tych dolegliwości nie są do końca poznane. Wydaje się, że rolę odgrywają okres hipoksji i zaburzenia elektrolitowe podczas ostrej fazy infekcji, odpowiedzialne za mikro-uszkodzenia. Spadek poziomów neurotroficznego czynnika pochodzenia mózgowego (*brain-derived neurotrophic factor* – BDNF) prowadzi do pogorszenia sprawności motorycznej i uczenia się.

Objawy neurologiczne dzielimy na trzy kategorie. Do pierwszej należą objawy choroby związane z OUN, takie jak ból głowy, zawroty głowy, padaczka, zaburzenia świadomości. Druga kategoria to objawy związane z obwodowym układem nerwowym, takie jak neuralgia, hiposmia, hipogeuzja. Do trzeciej kategorii należą dolegliwości związane z uszkodzeniem mięśni szkieletowych [20].

Z analizy różnych badań (przede wszystkim retrospektywna analiza przypadków) wynika, że pacjenci chorujący na COVID-19 z manifestacji neurologicznych najczęściej doświadczali bólu głowy, zawrotów głowy, zaburzeń świadomości. Rzadszymi przypadkami neurologicznymi pośród zainfekowanych wirusem SARS-CoV-2 były ostre problemy naczyniowo-mózgowe (w tym udary niedokrwienne), drgawki, ataksja. Obserwowano również zespół Guillaina-Barre'go związany z zakażeniem SARS-CoV-2.

Zespół badaczy pod kierownictwem Nalleballe dokonał analizy ponad 40 tys. pacjentów z diagnozą COVID-19, ponad 20% z nich miało manifestacje neuropsychiatryczne. Najczęstszymi objawami z zakresu neurologii były bóle głowy, zaburzenia snu. Zdarzały się również drgawki i przemijające napady niedokrwienne (*transient ischemic attack* – TIA). Do najczęstszych manifestacji psychiatrycznych należały zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju. Niespełna 0,2% pacjentów miało myśli samobójcze [21].

Pandemia COVID-19 jako stresor

Oprócz powikłań neuropsychiatrycznych związanych z przechorowaniem COVID-19 coraz częściej podnosi się w literaturze wpływ aspektów psychologicznych związanych z pandemią na występowanie objawów zaburzeń psychicznych. Najczęściej wymienia się cztery wymiary związane z wpływem pandemii na funkcjonowanie: (1) pandemia jako stresor związany z izolacją oraz pogorszeniem warunków bytowych/materialnych, (2) pandemia jako stresor związany z obawą o własne zdrowie, (3) konfrontacja z wystąpieniem zagrożenia życia u bliskich i znajomych, (4) doświadczenie COVID-19 i/lub zagrożenie własnego życia. Wszystkie te stresory najczęściej wzajemnie się na siebie nakładają i mogą wręcz wywołać objawy zespołu stresu pourazowego. Zespół stresu pourazowego po przebytych COVID-19 obserwowano aż u 12,2% pacjentów [22, 23]. Badania pokazują, że osoby z lękiem związanym z pandemią mają wysoki poziom zespołu stresu pourazowego, lęku o zdrowie oraz związanych z lękiem myśli samobójczych. Obserwowane jest występowanie większej liczby przypadków przemocy domowej niż przed pandemią, często związanej ze zwiększonym spożyciem narkotyków lub alkoholu. W praktyce klinicznej pacjenci najczęściej skarżą się na samotność/izolację społeczną, konflikty związane z przebywaniem razem podczas pracy zdalnej/nauki zdalnej dzieci, obawy o bezpieczeństwo finansowe/straty finansowe oraz ogólne zwiększenie poziomu

stresu. Wielu z nich ma traumatyczne wspomnienia związane z przebyciem choroby.

Warto jednak podkreślić, że dla części osób pandemia była nie tylko traumą, lecz także okazją do bilansu życiowego, do zatrzymania się i przyjrzenia swojemu życiu, swoim celom, relacjom. W wielu przypadkach okres pandemii doprowadził do zmiany sposobu postrzegania otaczającego świata. Nie wszystkie zgłaszane przez pacjentów problemy psychiczne można tłumaczyć jedynie powikłaniami „pocovidowymi” czy przeżywanym stresem. Niekiedy były one wynikiem „innego spojrzenia na życie” wymuszonego przez pandemię.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 48, zgłosiła się na wizytę przypro- wadzona przez przyjaciółkę. Na początku rozmowy poinformowała, że została „zmuszona” do zgłoszenia się do psychiatry przez przyjaciółkę, która zauważyła znaczną zmianę jej zachowania i była zaniepokojona jej wypowiedziami w trakcie wspólnych rozmów. Zdaniem przyjaciółki, a pacjentka to przekonanie podzielała, zmiana jej samopoczucia i zachowania była związana z przebyciem infekcji COVID-19. Pacjentka uznała, zgadzając się z sugestią przyjaciółki, że to, co przeżywa, jest następstwem infekcji SARS-CoV-2, i w tym kontekście zgodziła się „ostatecznie” na wizytę u psychiatry. Motywem wizyty było oczekiwanie otrzymania „jakichś łagodnych środków, witamin”, które poprawiłyby jej samopoczucie w kontekście pracy.

W trakcie zbierania wywiadu pacjentka ujawniła, że czuła się bardzo źle, ale tylko okresowo, w związku z czynnościami związanymi z wykonywaną pracą. Od prawie 30 lat pracowała w dziedzinie wsparcia finansowego ważnych społecznie projektów, aktualnie zajmowała stanowisko kierownicze, odpowiadała za przedsięwzięcia o ogólnopolskim znaczeniu. W tym kontekście istotny jest fakt, że na przestrzeni lat wykonywania tej pracy pacjentka miała silne poczucie misji w odniesieniu do swoich zadań i celów aktywności. Wyraziła przekonanie, że to, co robi, ma dużą wagę społeczną, jest istotne dla poziomu życia dużych grup osób i w związku z tym powinna poświęcać cały czas, uwagę, wszystkie swoje siły na wypełnianie tej misji.

Pacjentka przeszła infekcję SARS-CoV-2 (potwierdzoną) cechującą się objawami o umiarkowanym nasileniu. Objawy te uniemożliwiły jej kontynuowanie pracy przez ok. 2 tygodni, ale nie była w tym czasie hospitalizowana.

Wypowiedziała w powyższym kontekście następującą refleksję: „Dopiero COVID mnie wyciągał

z tego zasuwania, to była pierwsza przerwa w pracy w całym moim życiu”. Skargi, które pacjentka zgłosiła w ciągu wizyty, obejmowały: „zdołowanie”, obniżenie aktywności, niechęć do chodzenia do pracy, pogorszenie wydajności wykonywania zadań umysłowych w pracy, niechęć do spotykania się z partnerami projektów, drażliwość, okresowe przeżywanie złości, izolowanie się od współpracowników i innych osób. Generalnie pacjentka zgłaszała obniżenie nastroju, znaczne obniżenie napędu, drażliwość, wybuchy złości z nieadekwatnie drobnymi przyczynami, pogorszenie funkcji poznawczych. W jej relacji zwracało jednak uwagę, że powyższe objawy występowały ze zmiennym nasileniem, były obecne zwłaszcza „od poniedziałku do piątku i w niedzielę wieczorem”.

W pogłębionym wywiadzie pacjentka ujawniła następujące treści: jak już zacytowano wyżej – „Dopiero COVID mnie wyciągał z tego zasuwania, to była pierwsza przerwa w pracy w całym moim życiu”, „COVID mnie zdołował, pokazał mi ulotność życia, nigdy wcześniej się nad tym nie zastanawiałam”, „Zaczęłam myśleć o kruchości życia, dotychczas nigdy nic złego mi się w życiu nie przytrafiło. Miałam refleksję, że można łatwo umrzeć. To mi wcześniej nie przychodziło do głowy zupełnie”, „Mam uczucie nienubienia ludzi. Wykurzają mnie, irytują tym, że są beznadziejni. Nagle zobaczyłam, że prowadzę projekty niby z osobami, które się powinny na czymś znać, ale się nie znają. Są nieprofesjonalni. Uciekam, żeby nie musieć z nimi funkcjonować. Jak jestem sama ze sobą, to się nie wściekam, ale jak muszę pójść coś z nimi zrobić i się spotkać, to mam straszną złość”, „Zawsze, od dzieciństwa miałam marzenie o zmianie świata. Mnie się nadal marzy zmiana świata. Dlatego tak byłam wciągnięta w tę pracę. A z nimi to świata się nie zmieni, zdałam sobie z tego sprawę”.

W tym ostatnim kontekście warto podkreślić specyficzny sposób nastawienia pacjentki do ludzi, który ma znaczenie w związku z jej objawami i przeżyciami. Kobieta przez całe swoje dorosłe życie kultywowała postawę, w ramach której negatywne oceny innych ludzi nie powinny mieć miejsca. Uważała, że właściwą postawą jest pozytywne nastawienie wobec wszystkich spotkanych osób, których nie wolno krytykować, ale trzeba wspierać. W związku z tym pojawiające się w ostatnim czasie myśli, że współpracownicy i partnerzy projektów są niekompetentni, nieprofesjonalni, były dla niej egodystoniczne, niezgodne z opisanym nastawieniem, co wywoływało silny konflikt wewnętrzny. Całe życie poświęciła temu, aby wspierać ludzi, a teraz dostrzegła ich niedoskonałość i ograniczenia.

Oprócz wyżej przytoczonych spostrzeżeń pacjentka wypowiedziała następujące myśli: „Może nie trzeba się tak zarzynać za wszelką cenę”, „Czuję niechęć do otoczenia, do świata, do okoliczności”, „Chciałbym pobyć sama i mieć coś dla siebie, myśląc, że nie jest to złe” (stąd okresy lepszego samopoczucia, kiedy przebywała sama). Jednocześnie zrelacjonowała: „Mam wyrzuty sumienia, że czytam książkę zamiast dokumentów. Powinnam czytać umowy, czuję irytację, że tego nie robię, ale nie mogę się zmusić, a książki mi się czyta dobrze. Ale mam ciągle myśli, że powinnam tyle zrobić dla ludzi, dla świata”.

Można więc odnotować, że w rozmowie zrelacjonowała nieznane jej wcześniej przeżycia emocjonalne oraz treści myślowe, które pojawiły się w czasie pierwszej od lat przerwy w intensywnej pracy zawodowej. Te przeżycia obejmowały nie tylko utratę „poczucia nieśmiertelności” związaną z przebyciem potencjalnie zagrażającej życiu infekcji. Obejmowały także refleksję dotyczącą postawy życiowej, celów życia oraz relacji ze współpracownikami.

Dyskusja

Jak wskazuje w wywiadzie Chodkiewicz [24], pandemia COVID-19 to złożone, nieprzewidywalne doświadczenie, którego skutki są odczuwane przez miliardy osób w wymiarze medycznym, społecznym, politycznym, geopolitycznym, ekonomicznym, religijnym (brak możliwości uczestniczenia w obrzędach religijnych), kulturowym i aksjologicznym. To wydarzenie spowodowało reewaluację w wielu sferach aktywności ludzkiej – poczynając od wymiaru politycznego przez funkcjonowanie gospodarcze w wymiarze globalnym i lokalnym, wszystkie skutki społeczne, medyczne, psychologiczne aż po poziom mikro – jednostek dotkniętych w różny sposób poprzez wpływ pandemii. Nieliczne badania dotyczące wpływu pandemii na reewaluację wartości wyznaczanych przez jednostki wskazują na fakt, że doświadczenia pandemiczne prowadzą do przewartościowań w tym zakresie. Przykładowo Bojanowska i wsp. [25], badając mieszkańców naszego kraju, stwierdzili, że respondenci doświadczyli znacznego spadku we wszystkich aspektach subiektywnego i eudajmonicznego dobrostanu, a niektóre ich wartości znacznie się zmieniły. Spadło wartościowanie hedonizmu, a kilka innych wartości zwiększyło swoje znaczenie (np. bezpieczeństwo, dostosowanie do reguł, sprawowanie opieki, uniwersalizm i samokierowanie).

Pandemia i związane z nią restrykcje spowodowały częste zmiany w stylu i trybie życia, które nie zawsze

miały pozytywny wpływ na zdrowie. Według analizy przeprowadzonej przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, Polacy w okresie pandemii średnio przytyli ok. 4 kg. Zamknięcie siłowni i basenów nie sprzyjało utracie nadmiernych kilogramów ani osiągnięciu zalecanej przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) aktywności fizycznej (dorosła osoba powinna poświęcać co najmniej 60 minut dziennie na umiarkowaną lub intensywną aktywność fizyczną, głównie aerobową, przez cały tydzień) [26].

Długotrwałe powikłania psychiatryczne związane z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 nie są jeszcze w pełni poznane, ale już teraz wiadomo, że są one obecne i będą miały dalszy wpływ. Obserwuje się większą liczbę pacjentów i osób poszukujących pomocy w poradniach i gabinetach medycznych. Borykają się oni z lękiem, zaburzeniami snu oraz zaburzeniami nastroju. Pandemia skłoniła do różnych refleksji, takich jak: „Po co ciężko pracować i zarabiać, skoro nie można wykorzystać zarobionych pieniędzy, nie mając możliwości podróżowania?”. Refleksje te mogły mieć również negatywny wpływ, na przykład: „Jeśli restauracje, kina, teatry i granice są zamknięte, to może powinienem/mogę dłużej pracować, wziąć dodatkowe dyżury, skoro i tak nie mam gdzie się udać?”. W wielu osobach mogła obudzić się refleksja, że w natłoku codziennych zajęć najważniejszy jest czas poświęcany rodzinie i samemu sobie, aby utrzymać równowagę i zdrowie psychiczne niezależnie od tego, czy trwa okres pandemii, czy uległa ona już wygaszeniu.

Celem tej pracy jest zwrócenie uwagi na pewien aspekt kliniczny pracy z osobami, które zgłaszają się po poradę psychiatryczną z wywiadem wskazującym na przebycie infekcji SARS-CoV-2. Ten aspekt kliniczny to wzięcie pod uwagę reakcji psychologicznych w okresie uniemożliwiania przez ograniczenia zdrowotne lub pandemiczne kontynuowania dotychczasowej, intensywnej aktywności. Obecnie, kiedy zniesiono restrykcje związane z pandemią, wiele osób powróciło do intensywnej pracy w znacznym wymiarze godzinowym, niekiedy po kilkanaście godzin na dobę. Będąc tak zajętymi, trudno uzyskać przestrzeń psychiczną na refleksję dotyczącą własnego życia, miejsca w rozwoju zawodowym, w którym znajdują się te osoby, czy priorytetów dotyczących kolejnych lat życia. Okres pandemii stworzył jednak, przynajmniej dla niektórych osób, sposobność do zmierzenia się z taką refleksją. To wcale nie znaczy, że uzyskanie możliwości tej refleksji doprowadziło w konsekwencji do zmiany prowadzonego trybu życia.

Piśmiennictwo

1. Gambin M, Sękowski M, Woźniak-Prus M i wsp. Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego. 2020. http://psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2020/05/Uwarunkowania_objawow_depresji_leku_w_trakcie_pandemii_raport.pdf.
2. Mosiołek J, Jakubczak P, Mosiołek A. Powikłania neuropsychiatryczne związane z COVID-19 – przegląd kliniczny. *Psychiatria* 2021; 18: 232-240.
3. Sokół-Szawłowska M, Mierzejewski P, Heitzman J. Subjective mental deterioration of healthcare workers during the first wave of the COVID-19 pandemic in Poland. *Psychiatr Pol* 2022; 56: 1269-1287. doi:10.12740/PP/144111.
4. Heitzman J. Impact of COVID-19 pandemic on mental health. *Psychiatr Pol* 2020; 54: 187-198. doi:10.12740/PP/120373.
5. Yong SJ. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infect Dis (Lond)* 2021; 53: 737-754. doi: 10.1080/23744235.2021.1924397.
6. Castanares-Zapatero D, Chalón P, Kohn L i wsp. Pathophysiology and mechanism of long COVID: a comprehensive review. *Ann Med* 2022; 54: 1473-1487. doi: 10.1080/07853890.2022.2076901.
7. Štěpánek R, Nakládalová M, Janošíková M i wsp. Predictors and characteristics of post-acute COVID-19 syndrome in healthcare workers. *Infect Dis* 2023; 55: 125-131. doi: 10.1080/23744235.2022.2136750.
8. Gambin M, Kmita G, Woźniak-Prus K i wsp. Rodziny z dziećmi i nastolatkami w czasach pandemii COVID-19: złożony obraz relacji. W: *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna*. Gambin M, Zawadzki B (red.). Wydawnictwo Liberi Libri, Warszawa 2022; 291-312. doi: 10.47943/lib.9788363487607.rozdzial10.
9. Gambin M, Sękowski M, Woźniak-Prus M. Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Compr Psychiatri* 2021; 105: 152222. doi: org/10.31234/osf.io/42m87.
10. Zawadzki B, Popiel A, Bielecki M i wsp. Negatywne reakcje emocjonalne na stres pandemii wirusa SARS-CoV-2: rola stresorów, cech osobowości i poznawczych strategii regulacji emocji zorientowanych na unikanie. W: *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna*. Gambin M, Zawadzki B (red.). Wydawnictwo Liberi Libri, Warszawa 2022; 89-125. doi: 10.47943/lib.9788363487607.rozdzial03.
11. Khan KS, Mamun MA, Griffiths MD i wsp. The mental health impact of the COVID-19 pandemic across different cohorts. *Int J Ment Health Addict* 2020; 20: 380-386. doi: 10.1007/s11469-020-00367-0.
12. Wu T, Jia X, Shi H i wsp. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2021; 281: 91-98. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.117.
13. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* 2020; 368: m313. doi:10.1136/bmj.m313.
14. Hossain M, 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.
15. Usher K, Bhullar N, Jackson D. Life in the pandemic: social isolation and mental health. *J Clin Nurs* 2020; 29: 2756-2757. doi: 10.1111/jocn.15290.
16. Shimohata T. Neuro-COVID-19. *Clin Exp Neuroimmunol* 2022; 13: 17-23. doi: 10.1111/cen3.12676.
17. Imran A, Farooq AR. Neurological manifestations and complications of COVID-19: a literature review. *J Clin Neuroscience* 2020; 77: 8-12. doi: 10.1016/j.jocn.2020.05.017.
18. Yachou Y, El Idrissi A, Belapasov V i wsp. Neuroinvasion, neurotropic, and neuroinflammatory events of SARS-CoV-2: understanding the neurological manifestations in COVID-19 patients. *Neurol Sci* 2020; 41: 2657-2669. doi: 10.1007/s10072-020-04575-3.
19. Romero-Sánchez CM, Díaz-Maroto I, Fernández-Díaz E i wsp. Neurologic manifestations in hospitalized patients with COVID-19: The ALBACOVID registry. *Neurology* 2020; 95: e1060-e1070. doi: 10.1212/WNL.00000000000009937.
20. Mao L, Jin H, Wang M i wsp. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol* 2020; 77: 683-690. doi:10.1001/jamaneurol.2020.1127.
21. Nalleballe K, Reddy Onteddu S, Sharma R i wsp. Spectrum of neuropsychiatric manifestations in COVID-19. *Brain Behav Immun* 2020; 88: 71-74. doi: 10.1016/j.bbi.2020.06.020.
22. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group: persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA* 2020; 324: 603-605. doi:10.1001/jama.2020.12603.
23. Qi R, Chen W, Liu S i wsp. Psychological morbidities and fatigue in patients with confirmed COVID-19 during disease outbreak: prevalence and associated biopsychosocial risk factors. Preprint. medRxiv 2020; 2020.05.08.20031666. doi:10.1101/2020.05.08.20031666.
24. Murawiec J. Ekspert dla „Pulsu Medycyny”. COVID-19 a uzależnienia: jak epidemia wpłynęła na spożycie alkoholu? Wywiad z prof. J. Chodkiewiczem. *Puls Medycyny*, 28.05.2020. <https://pulsmedycyny.pl/covid-19-a-uzaleznienia-jak-epidemia-wplynela-na-spozycie-alkoholu-992302>.
25. Bojanowska A, Kaczmarek ŁD, Koscielniak M i wsp. Changes in values and well-being amidst the COVID-19 pandemic in Poland. *PLoS One* 2021; 16: e0255491. doi: 10.1371/journal.pone.0255491.
26. Physical activity. WHO. Rekomendacje WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.