



**UNIwersytet KARDYNAŁA  
STEFANA WYSZYŃSKIEGO  
W WARSZAWIE**



# **WPŁYW PANDEMII NA KONDYCJĘ PSYCHICZNĄ OSÓB W WIEKU 60+**

**Prof. dr hab. Romuald Jaworski**

Projekt „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”  
finansowany ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki na podstawie Decyzji  
Nr 41/WFSN/2021

## WSTĘP

Psychologiczne badania starości i problemów ludzi, którzy wkraczają w wieczer życia są ważne i bogate zarówno w treści, jak i zakresie poznawczym. Badania gerontopsychologiczne diagnozują kondycję osób, które przekroczyły 60 rok życia. Jest to znacząca liczbowo i społecznie populacja. Osoby 60+ stanowią obecnie ponad 25% populacji Polski. Przewidywania demograficzne są takie, że w 2030 roku populacja ta będzie liczyła niemal 30%, a w roku 2050 przekroczy 40% ogółu mieszkańców. Uwzględniając granice wiekowe, wyodrębnia się następujące etapy schyłkowego okresu życia: a) wiek podeszły 60–75 lat, b) wiek starczy 75–90 oraz wiek sędziwy – powyżej 90 roku życia. Kondycja psychiczna seniorów jest zależna od wielu czynników. Do najbardziej uciążliwych aspektów starości zaliczane są: stopniowa utrata zdrowia, liczne choroby charakterystyczne dla tego wieku, trudności adaptacyjne, zmiany osobowości, zainteresowań i stylu życia. Ostatnie lata i sytuacja pandemiczna przyniosły dodatkowe trudności. Doświadczenia pandemii przyczyniły się do znacznego pogorszenia zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego oraz pogorszenia sytuacji ekonomicznej i społecznej.

Niniejsze opracowanie ma na celu nakreślenie psychologicznej charakterystyki osób w podeszłym wieku i przeżywanych przez nie trudności. Uwzględnione będą także te aspekty życia w starości, które mogą stanowić zasoby i wsparcie umożliwiające skuteczne radzenie sobie z różnorodnymi trudnościami. Szczególna uwaga skierowana będzie na relacje międzyludzkie, a także życie religijne, które ma dużą wartość dla wielu osób w tym wieku. Ważną rolę w funkcjonowaniu i radzeniu sobie z trudnościami odgrywają okoliczności i zdarzenia o dużym znaczeniu społecznym. Do takich należy zjawisko pandemii, która pojawiła się w 2020 roku i do dzisiaj zbiera swoje żniwo.

Po zaprezentowaniu specyfiki okresu starzenia się i okoliczności okresu przedpandemicznego omówione zostaną najbardziej znaczące czynniki mające wpływ na życie osób w podeszłym wieku i starszych. Następnie omówione zostaną szczególne trudności związane z pandemią, które dotknęły osoby starsze. Zaprezentowane będą zarówno psychologiczne skutki działania COVID-19, jak i następstwa wprowadzonej izolacji społecznej, kwarantanny i lockdownu. Aż 53,6% seniorów skarży się na zmęczenie skutkami pandemii i wprowadzonymi ograniczeniami, takimi jak: nakaz noszenia maseczek, brak możliwości uczestnictwa w spotkaniach i zgromadzeniach, utrudnienia w dostępie do lekarzy, urzędów czy punktów usługowych.

*Wśród osób w wieku 60–69 lat aż 52% odczuwa spadek liczby utrzymywanych relacji z innymi ludźmi. W grupie siedemdziesięciolatków jest to 39,2% a w grupie osiemdziesięciolatków 34,5%. Ponad 1/3 populacji osób starszych w Polsce towarzyszy większy stres emocjonalny, którego wyrazem są rozdrażnienie i niepokój... Silniej stresowo na obecną sytuację związaną z COVID-19 reagują kobiety. Aż 40,4% kobiet czuje rozdrażnienie i niepokój dużo wyższe niż przed COVID-19. Wśród mężczyzn podobną opinię wyraża 32,5% respondentów. (Źródło: DRB/IPS 202).*

W ostatniej części opracowania zawarte zostaną sugestie dotyczące psychologicznej pomocy osobom 60+ dotkniętym pandemią. Uwzględnione zostaną strategie psychoterapeutyczne i profilaktyczne, rekonwalescencja i prewencja. Analiza będzie zmierzać w kierunku opracowania metod diagnozowania oraz pomocy tym osobom.

## **CHARAKTERYSTYKA PRZEŻYĆ EGZYSTENCJALNYCH OSÓB W PODESZŁYM WIEKU**

Zmiany związane z procesami starzenia się człowieka nasilają się po 60 roku życia. Zmiany te dotyczą sfery fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. W sferze fizycznej obserwować można zmianę wyglądu i funkcjonowania poszczególnych części ciała. Wśród zmian fizycznych należy też wymienić: brak regeneracji komórek, obniżenie sprawności fizycznej – większą męczliwość przy wysiłku, stopniowe upośledzenie funkcji narządów ciała. Samo starzenie się nie powoduje dużego obniżenia sprawności. Spadek kondycji jest powodowany przez choroby – aż u 80% ludzi starszych występują choroby przewlekłe, w tym choroby układu krwionośnego, pokarmowego, oddechowego, narządów ruchu, układu hormonalnego (głównie cukrzyca). Do najczęstszych schorzeń podeszłego wieku należą: artretyzm, osteoporoza, nadciśnienie, choroby serca, udar mózgu, nowotwory. Charakterystyczne jest występowanie kilku różnych dolegliwości równocześnie u jednej osoby. Te kłopoty zdrowotne wpływają na samopoczucie i kondycję psychiczną. Występują też liczne niekorzystne zmiany w funkcjonowaniu zmysłów. Pogorszeniu ulega wzrok, słuch, smak, powonienie. Fakt ten utrudnia kontakty społeczne i przyczynia się do wielu problemów psychicznych. Dodatkowym obciążeniem jest pojawianie się charakterystycznych dla starości zaburzeń psychicznych, takich jak: amnezja, demencja, depresja.

Duży wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne osób starszych mają zmiany anatomiczne. W układzie nerwowym obserwujemy zmianę wielkości i ciężaru mózgu, obumieranie komórek nerwowych. W układzie sercowo-naczyniowym występuje intensywniejsza praca serca przy mniejszych efektach. W układzie oddechowym obniżenie

efektywności działania i obturacyjna choroba płuc. W układzie trawiennym zaburzenia trawienia. W związku z ubytkiem wody w układzie mięśniowo-naczyniowym występuje zmniejszenie długości ciała. Trudności i zaburzenia występują także w układzie wydalniczym – na przykład ubytek komórek nerkowych. Zdecydowanie słabiej funkcjonuje układ odpornościowy. Wymienione tu zmiany przyczyniają się do ogólnego dyskomfortu życiowego i poczucia mniejszej wartości.

### **Najczęstsze problemy egzystencjalne ludzi w podeszłym wieku**

W sferze psychicznej obserwujemy liczne i znaczące zmiany natury poznawczej, emocjonalnej, decyzyjnej i behawioralnej. W sferze percepcyjno-motorycznej zmniejsza się znacznie wrażliwość zmysłowa, wydłuża się czas reakcji na bodziec, choć wrażliwość na ból pozostaje względnie taka sama. W sferze pamięci i zapamiętywania następuje pogorszenie pamięci mechanicznej i bezpośredniej. Pamięć długoterminowa jest znacznie lepsza, szczególnie gdy chodzi o treści ważne i interesujące dla danej osoby. W sferze intelektualnej obniżeniu ulega ogólny iloraz inteligencji (myślenie indukcyjne, wyobrażenia przestrzenna, koordynacja wzrokowo-ruchowa), spada inteligencja płynna (wrodzonych zdolności decydujących o nabywaniu nowych sprawności), natomiast nie zmienia się inteligencja skryzalizowana (nabyta w toku uczenia się i gromadzenia doświadczenia). Kolejność zanikania sprawności jest odwrotna do ich nabywania.

Przejście z wieku późnej dorosłości do starości wiąże się ze *stratą* i potrzebą adaptacji do nowej sytuacji. Na psychospołeczny wymiar starości wpływają zdarzenia krytyczne w starości, takie jak: utrata zdrowia, kondycji i atrakcyjności fizycznej, utrata i śmierć bliskich osób, wdowieństwo, obniżenie lub utrata statusu społecznego i ekonomicznego oraz idąca za tym utrata poczucia przydatności i prestiżu. Pojawia się i zaczyna dominować myślenie o zbliżającej się śmierci.

Zmiany w zakresie osobowości są mniej znaczące. Osobowość po 60 roku życia jest stosunkowo stabilna. Zwiększa się wprawdzie ugodowość, a zmniejsza ekstrawersja, ale ogólnie osobowość pozostaje bez większych zmian. Zmianie ulegają natomiast zainteresowania poznawcze, a także zmniejsza się pewność siebie. U większości ludzi w wieku późnej dorosłości rośnie poziom lęku, szczególnie przed osamotnieniem. Osoby starsze charakteryzują się ponadto unikaniem innowacji i zmian, obniżoną motywacją, podwyższoną biernością i zależnością od otoczenia. Większego znaczenia nabierają potrzeby bezpieczeństwa i spokoju.

Erik H. Erikson (1997) zajmujący się problemami rozwoju człowieka i występującymi

na poszczególnych etapach konfliktami pisał, że w starości dokonuje się rozstrzygnięcie dylematu dotyczącego oceny własnego życia. Na jednym biegunie stają zwątpienie i rozpacz, a na przeciwnym świadomość integralności własnego życia. Uznaniu wartości własnej drogi życiowej towarzyszy świadomość pozytywnego sensu życia, poczucie harmonii. Przy negatywnym bilansowaniu pojawiają się poczucie porażki i rozpacz. Sposób przeżywania starości zależy od sposobu przeżywania całego życia. Poczucie spełnienia, integracja ego powodują znaczne obniżenie lęku przed śmiercią. Zwiększa się rola refleksji i retrospekcji życiowej.

Ważnym doświadczeniem omawianego okresu jest przejście na emeryturę. Ten etap życia może być dobry, satysfakcjonujący i dający poczucie sukcesu, ale może też stać się źródłem poważnego stresu i frustracji, doświadczenia bycia niepotrzebnym, zbędnym. Sposób przeżywania sytuacji emerytalnej uzależniony jest od takich czynników jak: stopień zadowolenia z życia, otrzymywanie znaczącego wsparcia społecznego, stan zdrowia fizycznego i psychicznego, bezpieczeństwo finansowe, sprawowanie kontroli nad własnym życiem.

Szczególne znaczenie ma przygotowanie do życia na emeryturze. Ludzie przechodzący na nią wcześniej są w lepszej kondycji zdrowotnej i psychicznej. Mają więcej optymizmu i pozytywnego nastawienia. Dzięki temu mogą lepiej zagospodarować czas na emeryturze, są lepiej przystosowani psychicznie, ekonomicznie, społecznie. Tacy ludzie są zdolni do wyboru nowego stylu życia. Emeryturę można sobie dobrze zaplanować i przez to lepiej zaadaptować się do nowej sytuacji. U osób, które przymusowo przechodzą na emeryturę występują liczniejsze problemy, trudności, większy stres. Nieprzystosowanie niesie ze sobą poważne obniżenie samooceny.

W wielu przypadkach problemem jest obniżenie statusu materialnego wraz z przejściem na emeryturę, co przyczynia się do występowania problemu ubóstwa wśród emerytów. Warto zauważyć, że w gorszej sytuacji finansowej są kobiety.

Dla osób w podeszłym wieku ważnym elementem egzystencji jest religia. W jej świetle przeżywają upływający czas i cierpienia związane z kurczeniem się możliwości. Cz. Walesa (2006) określa religijność tych osób jako eschatologiczną, zorientowaną na śmierć i życie po śmierci. Charakterystyczna w takiej religijności jest mieszanina lęku przed śmiercią i umieraniem oraz nadziei na życie wieczne. Religijność osób 60+ można również opisać jako fazę wytrwałości w konfrontacji z cierpieniem, porażkami życiowymi, trudnościami i osamotnieniem (Jaworski, 2020, s. 144). Wytrwałość i wierność to swego rodzaju świadectwo

ważności uznawanych i realizowanych wartości duchowych i religijnych. Religia i więź z Bogiem nadają sens ich życiu.

### **Znaczenie otoczenia w procesie realizacji zadań życiowych**

Im głębsze doświadczenie osamotnienia oraz słabsza kondycja zdrowotna i ekonomiczna, tym większe znaczenie dla osób 60+ ma otoczenie społeczne. Do jego ważnych elementów należą: rodzina, środowisko pracy, społeczność lokalna (sąsiedzi, przyjaciele), instytucje i urzędy, kościoły, wspólnoty i grupy wsparcia, a także urządzenia techniczne i komunikatory społeczne.

Szczególne znaczenie ma życie rodzinne, zwłaszcza w kontekście malejącej w wyniku upływu czasu liczby krewnych. Wiele osób w wieku 60+ bardzo ceni relacje z rodzicami, rodzeństwem, kuzynami. Zarówno dobre i poprawne, jak również trudne i skomplikowane relacje z rodzicami, którzy zbliżają się do granicy śmierci lub już przez nią przeszli, stanowią dla tych osób problem i wyzwanie. Bilansowanie dotychczasowego życia wyzwała niejednokrotnie potrzebę głębszego i bardziej satysfakcjonującego kontaktu z tymi, którzy w przeszłości dawali wsparcie, a obecnie mogą być balastem w trudnej codzienności.

Wiele uwagi, troski, ale także niepokoju i walki dokonuje się w kręgu członków założonej rodziny prokreacyjnej. Relacje z mężem/żoną mogą stanowić w wieczorze życia znaczące wsparcie, ale też wywoływać poczucie krzywdy, klęski, porażki (rozwoły). Także relacje z dziećmi mogą być pozytywnym wzmocnieniem, choć niestety często stają się źródłem udręki, pretensji, poczucia osamotnienia. W psychologii liczne interpretacje funkcji rodziny dostarczają wiedzy na temat kondycji, zagrożeń i szans życia rodzinnego. Wiek senioralny w pewnym sensie pomaga zbilansować doświadczenia przeszłości w tym obszarze, ale także dogłębniej i wnikliwiej spojrzeć na potencjał rodziny, ważny w radzeniu sobie z trudnościami.

Kryzysy życia rodzinnego: rozpad rodziny wielopokoleniowej, nasilająca się liczba rozwodów, obawa przed wchodzeniem w związek małżeński, konflikty pokoleniowe, które wskutek dynamicznych zmian w świecie coraz bardziej się nasilają oraz tkwiące głęboko w naturze człowieka potrzeby więzi, afiliacji, otrzymywania i dawania wsparcia, tworzą szczególne brzemie dla pokolenia, które powoli odchodzi. Nawet osoby sprawne fizycznie i psychicznie odkrywają pewnego dnia, że są najstarsze, najbardziej schorowane. Ich świat przeminął, ich czas się dopełnił, pozostaje tylko afirmacja śmierci lub lęk przed odejściem z tego świata. Te doświadczenia nasilają się w sytuacji przejścia do domu starców lub domu opieki społecznej.

Doświadczenie przemijania jest wzmacniane odejściem na emeryturę. Wielu emerytów, którzy odwiedzają swoje dawne miejsce pracy, po pewnym czasie czuje, że nie ma tam już dla nich miejsca. Są niepotrzebni. Nowi pracownicy nie znają ich zasług i przebiegu pracy. W zakładach pracy czasem organizowane są dla emerytów szczególne spotkania, na przykład opłatkowe. Z każdym rokiem maleje jednak liczba ich uczestników (w danym przedziale wiekowym). Śmierć wyzwala zainteresowanie nekrologami, jednak tego typu informacje nie należą do miłych czy wyczekiwanych.

Często wsparciem dla seniorów są sąsiedzi, ludzie życzliwi i niosący pomoc. Czasem krąg przyjaciół, kolegów, znajomych zostaje zawężony do jednej lub kilku osób, z którymi kontakt jest codzienny. Sytuacja zmienia się, gdy senior mieszka z rodziną lub w jej pobliżu, gdy znajduje się w domu pogodnej starości czy w domu pomocy społecznej lub żyje samotnie w izolacji od otoczenia, skazany tylko na siebie.

Ważnym elementem codzienności jest kontakt z instytucjami i organizacjami, przede wszystkim ZUS czy NFZ. Pomoc świadczona przez te instytucje może znacząco poprawić jakość życia seniorów. Jednak niezadowolenie ze świadczeń otrzymywanych od tych instytucji jest w omawianej populacji dosyć wysokie. Również komunikacja z administracją publiczną staje się wielkim problemem dla ludzi nieobeznanych z techniką cyfrową i komputerami. Instrukcje dotyczące załatwiania spraw administracyjnych czy obsługi sprzętu gospodarstwa domowego są napisane językiem niezrozumiałym dla ludzi w podeszłym wieku, dlatego muszą korzystać z pomocy innych osób. Nie zawsze jednak mają taką możliwość.

Nowe sposoby komunikacji, załatwianie spraw przez internet, tak przydatne w codziennym życiu są dla osób starszych trudne do przyswojenia, jeśli nie towarzyszy im dostępna i cierpliwa pomoc w zakresie ich obsługi.

Starsze, samotne osoby uzyskują znaczącą pomoc we wspólnotach i grupach wsparcia. Kluby seniora, grupy aktywizacyjne, koła turystyczne, grupy pielgrzymkowe i wspólnoty religijne łagodzą problem osamotnienia. Dają wsparcie w realizacji codziennych zadań życiowych. Proponowane formy zaangażowania prozdrowotnego, kulturalnego, politycznego, sportowego czy religijnego są mile widziane. Znajomości i więzi powstałe podczas takich spotkań są cenne. Wybijają z bierności, przygnębienia, poczucia bycia zbędnym. Otwierają na nowe zadania i możliwości.

Kondycja psychiczna ludzi starszych bardzo mocno zależy od zmieniających się warunków życia, zdarzeń i ogólnej sytuacji na świecie. W tym kontekście ważne jest

zwrócenie uwagi na klimat społeczny jaki panował w naszym kraju, w Europie i na świecie przed wybuchem pandemii. Sytuacja była raczej optymistyczna i stabilna. Pandemia wyzwoliła natomiast wiele nowych, niekorzystnych zjawisk. Kontrast między życiem przed pandemią i w jej trakcie był ogromny i bolesny, szczególnie dla osób starszych.

## **KLIMAT PSYCHOSPOŁECZNY OKRESU PRZEDPANDEMICZNEGO**

Pomimo niekończących się sporów ideologicznych i politycznych przed wybuchem epidemii – w roku 2019 klimat psychospołeczny był korzystny. Sytuacja ekonomiczna, zdrowotna, społeczna była zapewne daleka od idealnej, ale subiektywne poczucie ładu, porządku i wzrastających możliwości rozwoju indywidualnego i społeczeństwa było satysfakcjonujące. Wiele osób realizowało swoje plany wypoczynkowe. Możliwość zaciągnięcia kredytów stwarzała perspektywę inwestycji budowlanych czy rozwoju firm. Podróżowanie stawało się coraz łatwiejsze, możliwości spędzania urlopu, także za granicą, coraz powszechniejsze. Stabilność i ład cechowały systemy oświatowe, zdrowotne, gospodarcze, kulturowe, turystyczne. Nie brakowało krytyki i niezadowolenia, ale w perspektywie późniejszych zdarzeń związanych z pandemią mieliśmy (szczególnie w Polsce) w tamtym czasie poczucie bezpieczeństwa i udziału w społeczeństwie sukcesu.

Probleмами, na które wielu publicystów zwracało uwagę, był konsumpcjonizm i tendencje materialistyczne wzmacniające postawy egoistyczne lub ksenofobiczne. Absolutyzacja wolności z lekceważeniem problemów aksjologicznych, liberalizm graniczący z anarchizmem oraz egocentryzm nie sprzyjały rozwojowi solidarności i miłości społecznej. Na rynku pracy można było zaobserwować konkurencyjne dążenia, zwłaszcza ludzi młodych, do awansu ekonomicznego i społecznego w wielkich korporacjach. Dążenie do bogactwa i sławy utrudniało krytyczne ustosunkowania się do manipulatorskich tendencji wielkich koncernów i korporacji. Często osoby poszukujące sukcesu, szybkiego wzbogacenia się i wysokiej pozycji w społeczeństwie przeceniały swoje możliwości i doświadczały bankructwa ekonomicznego, społecznego, zdrowotnego. Relacje społeczne stawały się coraz bardziej powierzchowne nie tylko z powodu egocentrycznych i materialistycznych dążeń, ale także wskutek zmiany systemu komunikacji społecznej. Nowe narzędzia tej komunikacji (nowe komunikatory) umożliwiały kontakt z całym światem, ale ograniczały i osłabiały relacje rodzinne, koleżeńskie, przyjacielskie. Relacje społeczne stawały się coraz bardziej banalne, powierzchowne i interesowne. Efektem tych tendencji były opóźnienia w rozwoju psychospołecznym i duchowym, a także zaburzenia psychiczne – kryzysy, nerwice i depresje.



Coraz większym zainteresowaniem cieszyły się gabinety psychoterapeutyczne.

W Europie Zachodniej, a także w Polsce, zaobserwować można było wzrost krytycyzmu albo obojętności wobec wartości religijnych. Nasilała się tendencja wrogości wobec Kościoła instytucjonalnego. Wzrostowi zainteresowań sukcesem materialnym i osiąganiem dóbr doczesnych towarzyszyła obojętność wobec wartości ponadczasowych, wobec życia po śmierci i zbawienia wiecznego. Ruchy LBGT podejmowały walkę o legalizację związków homoseksualnych oraz legalizację aborcji i eutanazji.

Do 2020 roku żyliśmy w poczuciu stabilności, bezpieczeństwa, wolności. Nikt nie przewidywał ogromnej zmiany w świecie, którą wyzwoli niewielki koronawirus. Kontrast zdarzeń, postaw i trudności między okresem przedpandemicznym i okresem pandemii, ostrzej i wyraźniej pozwala dookreślić konsekwencje zaistniałej sytuacji.

### **COVID-19: NOWE, NAGLE ZAGROŻENIE (ZDERZENIE Z NOWYM WYZWANIEM)**

Zdarzenia, jakie w skali światowej wystąpiły na początku 2020 roku pozwalają stwierdzić, że wybuch pandemii koronawirusa zaskoczył prawie wszystkich. Skala zjawiska okazała się ogromna. Epidemia COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) w krótkim czasie przekształciła się z lokalnej choroby w szybko rozwijającą się, budzącą strach globalną pandemię (WHO, 2020). Ogniska choroby ujawniały się w kolejnych krajach i na kolejnych kontynentach. Ten geograficzny uniwersalizm niszczącego wirusa skupił uwagę lekarzy, polityków, dziennikarzy, przedsiębiorców i zwykłych obywateli. Nieznajomość natury i sposobu działania wirusa powodowała nasilenie lęku, poczucia zagubienia, wręcz grozy. Nie znano ani lekarstwa, ani środków profilaktycznych mogących pokonać tę groźną, szybko rozwijającą się chorobę.

Organizacje międzynarodowe oraz rządy poszczególnych państw podejmowały środki obronne i zaradcze, aby zminimalizować tragiczne skutki epidemii. Zaistniała sytuacja zdrowotna spowodowała wiele zmian w życiu ludzi, funkcjonowaniu gospodarki i całej infrastruktury społecznej. Wiele zakładów pracy i instytucji przestało działać lub przeszło na system pracy *online*. Szkoły i uniwersytety były częściowo zamknięte, a w większości wprowadzono nauczanie zdalne. Narastał izolacjonizm społeczny.

Poważne zmiany zaszły w systemie opieki zdrowotnej. Koncentracja na walce z COVID-19 spowodowała znaczące zaburzenia w opiece zdrowotnej nad osobami borykającymi się z innymi chorobami. Wiele szpitali i poradni zdrowia zostało zamkniętych. Zwiększyły się trudności w dostępie do lekarzy specjalistów. Chorzy z zaostrzonymi

chorobami przewlekłymi nie mieli bezpośredniego kontaktu z lekarzami, ograniczono przyjęcia do szpitali. Pacjentom proponowano porady zdalne, *online* i zapisywano leki bez badania. Duże trudności wystąpiły w zakresie leczenia szpitalnego. Utrudniony dla rodziny i przyjaciół dostęp do osób chorych na oddziałach szpitalnych wyzwał poczucie osamotnienia, izolacji, lęku przed śmiercią w samotności. Strach przed COVID-19 powodował lekceważenie i zaniedbania leczenia innych zaburzeń i chorób. Informacje dotyczące rozmiaru pandemii w poszczególnych środowiskach, krajach, grupach społecznych, a także doniesienia o kolejnych osobach z kręgu rodziny lub znajomych walczących z Covidem i umierających, potęgowały atmosferę paniki. Klimat psychiczny, społeczny i duchowy został zaburzony, zaczęły dominować poczucie zagrożenia, izolacja i wycofanie się z wielu obszarów dotychczasowego zaangażowania.

Poważnym zaburzeniom uległ system oświaty oraz dostęp do kultury. Izolacja społeczna oraz pandemiczny lęk nasilały frustrację i społeczną agresję. Przedszkola, szkoły i uczelnie były czasowo zamknięte. Zdalne nauczanie nie sprawdziło się. Zakres wiedzy opanowanej metodą zdalnego nauczania okazał się znacznie węższy niż oczekiwano. Wprawdzie komunikacja zdalna ułatwiła w niektórych przypadkach przekaz wiedzy, ale ocena takiego kształcenia z perspektywy postpandemicznej jest negatywna. Nie we wszystkich krajach szkoły i ośrodki wychowawcze były pozamykane. Noszenie masek obok efektu higienicznego miało konsekwencje psychologiczne w postaci zaburzonej komunikacji pozawerbalnej.

Zamknięte zostały biblioteki, teatry, muzea i kościoły, zabronione było wychodzenie do lasu na spacer. Decyzje te sprawiły, że podstawowe zasoby zdrowotne zostały odcięte lub radykalnie ograniczone. Nic więc dziwnego, że w społeczeństwie przez niemal dwa lata dominowały dwa uczucia: lęk przed zarażeniem Covidem i frustracja z powodu ograniczeń.

*Pandemia ograniczyła aktywność fizyczną i społeczną najstarszych Polaków, utrudniła dostęp do lekarza oraz odbiła się na ich zdrowiu psychicznym. Nie dziwi więc, że ponad połowa (53,6 proc.) osób w wieku powyżej 60 roku życia czuje się zmęczona towarzyszącymi aktualnej sytuacji obostrzeniami (Senior Hub Instytut Polityki Senioralnej. Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii COVID-19, s. 13).*

Dla populacji seniorów szczególnie dotkliwe były: lęk przed zachorowaniem, zagrożenie życia oraz ograniczenia w kontaktach społecznych z rodziną, przyjaciółmi, placówkami leczenia i środowiskami kultury. Niemożność uczestniczenia w pełni w życiu religijnym, stanowiącym dla dominującej części osób w starszym wieku ważne wsparcie egzystencjalne również przyczyniła się do osłabienia ich kondycji zdrowotnej. Pozamykane

kościół, zerwane naturalne więzi, presja na komunikację internetową, a przy tym narastająca agresja zwalczających się grup zwolenników izolacji i kwarantanny z przeciwnikami ograniczeń i szczepień ochronnych powodowały poczucie zagubienia, chaosu, niepewności i osamotnienia.

*Niemal połowa seniorów (46%) ograniczyła w tym okresie swoje kontakty z innymi ludźmi. Spadek liczby utrzymywanych relacji odczuło aż 52% osób w wieku 60–69 lat, natomiast w grupie siedemdziesięciolatek takiej odpowiedzi udzieliło 39,2%, a w grupie osiemdziesięciolatek 34,5%. (Senior Hub Instytut Polityki Senioralnej. Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii COVID-19, s. 14).*

Dotkliwie dla ludzi starszych i osamotnionych było pogłębiające się zerwanie więzi międzypokoleniowej. Zagrożenie społeczne wzmacniało chaos w relacjach. Pojawiały się wewnętrznie sprzeczne komunikaty: *Ponieważ cię chronię, to z tobą się nie spotykam. Ponieważ łączy nas miłość, to nie wolno nam się dotykać.* Wprawdzie występowały także fakty świadczące o zainteresowaniu młodszej generacji losem i kondycją starszego pokolenia, ale częściej unikano wzajemnych kontaktów i ograniczano je do krótkich i najbardziej koniecznych. Telewizja i inne środki masowej komunikacji pełne były komunikatów wyzwalających lęk i przygnębienie. To z pewnością nie przyczyniało się do wzmocnienia kondycji psychicznej seniorów i osłabiało ich system immunologiczny. Temat śmierci, traktowany przed pandemią jako tabu, teraz stał się dominujący. Wiadomości w mediach rozpoczynano od sytuacji pandemicznej – liczby zgonów i zachorowań. To nasilało do tego stopnia lęk, że wiele osób zwracało uwagę na to, że pandemia strachu jest silniejsza i groźniejsza w skutkach od pandemii koronawirusa.

Nasilonemu lękowi towarzyszyły inne niekorzystne psychospołecznie i zdrowotnie objawy, takie jak izolacjonizm, depresje, myśli i ataki samobójcze oraz przesadna kontrola skierowana na siebie i otoczenie. Pojawiły się nowe standardy pracy, kształcenia, relacji społecznych, działań gospodarczych. Te nowe zjawiska były łatwiej przyswajane przez młodą generację, a z trudem akceptowane i przyjmowane przez starszych. Zamknięty lub utrudniony od początku ogłoszenia pandemii dostęp do kultury, kin, teatrów, siłowni zniechęcił wiele osób do korzystania z tych zasobów. Zmniejszyła się także liczba osób uczęszczających systematycznie do kościoła.

Ocena skutków pandemii i towarzyszących jej zmianom w funkcjonowaniu ludzkich zbiorowości i poszczególnych jednostek nie jest łatwa. Warto odróżnić skutki bezpośrednio związane z ograniczeniami podczas trwania pandemii od konsekwencji długotrwałych w

postaci trwałych zranień psychiki oraz *urazów* społecznych i duchowych.

## **STRES PANDEMICZNY (PANDEMIC STRESS DISORDER - PSD)**

WHO ogłosiła pandemię 11 marca 2020 roku. Pandemia jest związana z nieznanym, niewidocznym i powszechnym zagrożeniem zakażenia i sama w sobie jest traktowana jako stresor. A zatem zjawisko pandemii może być z punktu widzenia psychologii klinicznej traktowane jako szczególnie rodzaj stresu. Stres pandemiczny jest nowy, niekonwencjonalny, uporczywy. Rozwija się, przechodząc od fazy ostrej do następującego po niej etapu przewlekłego. Dlatego wpływa na terażniejszość, ale także oddziałuje na przyszłość.

Sytuacja, będąca następstwem wystąpienia pandemii, nosi znamiona zbiorowej traumy. *Pojawiła się niespodziewanie, dotknęła wszystkich obszarów życia: rodziny, pracy, relacji z bliskimi osobami.* (Gafin i in., 2020). Jak wiadomo poważne kryzysy zdrowotne zawsze prowadzą do niekorzystnych zmian psychologicznych, wywołanych bezradnością, lękiem oraz brakiem bezpieczeństwa. Te niekorzystne zmiany to: nasilony niepokój emocjonalny, depresja, poczucie bezsensu, wahania nastroju, drażliwość, bezsenność, złość, dysocjacja (<http://pppp.pajeczno.pl/pomoc-p-p/>).

Wśród objawów stresu pandemicznego w literaturze najczęściej wymieniane są:

- nasilenie obaw i lęków o własne zdrowie i zdrowie najbliższych,
- zmiany w spożywaniu posiłków (niezdrowe odżywianie),
- problemy ze snem i koncentracją uwagi,
- niewyjaśnione bóle głowy i bóle ciała,
- pogorszenie objawów chorób przewlekłych,
- nadmierna drażliwość, zamartwianie się i smutek,
- zwiększone spożycie alkoholu, wyrobów tytoniowych i innych substancji psychoaktywnych.

Występowanie tych objawów potwierdzają liczne badania psychologiczne i socjologiczne. Na przykład J. Chodkiewicz wraz ze współpracownikami już w pierwszych tygodniach epidemii koronawirusa prowadził badania nad kondycją zdrowotną Polaków. Badania wskazały m.in. zwiększenie spożywania alkoholu w grupie badanych (Chodkiewicz i in., 2020).

Przegląd wyników badań nad skutkami doraźnymi pandemii, objawiającymi się jako ostry stres zaburzający dotychczasowe normalne funkcjonowanie pozwala stwierdzić, że stres pandemiczny jest szczególnie uciążliwym i groźnym zjawiskiem psychicznym, medycznym,

społecznym i duchowym – dotyka wszystkich sfer ludzkiego życia.

Pandemia COVID-19 może wiązać się z wieloma negatywnymi skutkami neuropsychicznymi. Badania przekrojowe samopoczucia u dorosłych, prowadzone od stycznia do kwietnia 2020 roku wykazały zaburzenia psychiatryczne, w tym objawy lęku, depresji, wyczerpania i stresu pourazowego u 36% badanych. Zaburzenia psychiczne, które występują podczas pandemii, mogą wynikać z czynników psychospołecznych, takich jak: skala zagrożenia własnego życia lub życia kogoś z rodziny, zagrożenie zakażeniem, brak dostępu do opieki medycznej w przypadku choroby, utrzymywanie dystansu fizycznego, zamknięcie w domu, kwarantanna, samotność, trudności ekonomiczne, deficyty zasobów (żywności, środków higieny).

Dla zrozumienia syndromu stresu pandemicznego i znalezienia skutecznych sposobów złagodzenia jego skutków, zwłaszcza w populacji osób 60+, należy pamiętać o następujących symptomach:

1. Poczucie zagrożenia życia – perspektywa śmierci stała się nagle dokuczliwie bliska. Zarówno komunikaty dotyczące statystyk zachorowań i śmierci, jak również osobiste doświadczenia zmagania z koronawirusem i wreszcie śmierć kogoś bliskiego wzmocniały lęk i myślenie o zagrożeniu.

2. Lęk tanatyczny związany z groźbą śmierci odbierał wielu ludziom chęć do życia. Ważniejsza stawała się strategia *byle przeżyć* niż pragnienie *życia w pełni*.

3. Spostrzeganie drugiego człowieka (a także samego siebie) jako zagrożenia dla otoczenia. Człowiek dla człowieka przestał być lekarstwem i wzmocnieniem, a stał się toksyną.

4. Konieczność noszenia maseczek zaburzyła komunikację niewerbalną. Ludzie przestali być dla siebie czytelni. Maski zakrywające znaczną część twarzy utrudniały odczytywanie reakcji emocjonalnych.

5. Zaburzeniom i zakwestionowaniu uległy dotychczasowe cele życiowe. Zmianie uległa też hierarchia wartości.

6. Zaburzenie naturalnego rytmu życia. Izolacja i konieczność przebywania stale w jednym miejscu (kwarantanny, lockdown) spowodowały wzrost agresji w relacjach z najbliższymi. W niektórych przypadkach jednak *skazanie* na dłuższe przebywanie z sobą ożywiło i odbudowało zniszczone i kruche więzi.

7. Zaburzenia komunikacji interpersonalnej związane z niemożnością lub ograniczeniem kontaktów fizycznych w pracy, szkole, na uczelni. Lęk i wrogość wobec ludzi bez maseczek pogłębiały dystans społeczny i trudności w porozumiewaniu się.

8. Spadek poczucia podmiotowości (spolegliwość wobec dyrektywnych restrykcji). Restrykcyjne zakazy i nakazy (nawet słuszne i usprawiedliwione) sprawiały, że obywatele czuli się jak niewolnicy. Mieli obniżone poczucie własnej wolności. Czuli się uprzedmiotowieni.

9. Obniżenie nastroju i aktywności oraz bezradność wobec powszechnie panującej sytuacji przyczyniały się do nasilenia stanów depresyjnych.

10. Izolacjonizm społeczny przyczyniał się do koncentracji na sobie i własnych doznaniach i przemyśleniach. To owocowało wzmożonym egocentryzmem, a czasem egoizmem. Postawy altruistyczne bywały mniej częste.

11. Nasiliły się tendencję do poszukiwania szybkich gratyfikacji potrzeb. Pojawiły się zbyt często różnorodne formy uzależnienia jako zagłuszenie doznawanego bólu egzystencjalnego. Wiele osób z nudów i frustracji sięgało po alkohol i inne substancje psychoaktywne.

12. Efektem podwyższonej frustracji była agresja wobec innych, siebie, instytucji, a nawet wobec Boga.

Stres pandemiczny jest czymś zupełnie nowym i niekonwencjonalnym. Jest to stres *zawieszony, podostry, uporczywy (...), który może ewoluować w subtelny sposób i który rozwija się w różnych fazach, przechodząc od ostrego stresu do następującego po nim przewlekłego stresu. Co więcej, stres pandemiczny nie tylko wpływa na terażniejszość, ale także oddziałuje na przyszłość (COVID-19 i stres pandemiczny, <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3382/articoli/33567/>). (dostęp: 11.11.2020).*

## **PRZEJAWY STRESU POURAZOWEGO W PANDEMII (POST PANDEMIC STRESS DISORDER – PPSD)**

Pierwsza silna reakcja na stresor, jakim okazał się Covid wpływała na dalsze etapy życia i ujawniała się w postaci syndromu pourazowego, zwłaszcza wtedy, gdy zabrakło natychmiastowej interwencji psychologicznej na pierwszym etapie stresu ostrego.

Pourazowe zaburzenie stresowe (post-traumatic stress disorder – PTSD) to

*łękowe zaburzenie występujące po zdarzeniu, które było psychicznie wyczerpujące i traumatyczne, takie jak klęska żywiołowa, wypadek, wojna, gwałt. Objawy obejmują ponowne przeżywanie urazów w snach, powracające myśli i obrazy, pewien rodzaj psychicznego odrętwienia przy współwystępowaniu zmniejszenia uczucia zaangażowania w sprawy otaczającego świata, nadmiernej czujności oraz wzmożenia przestrochu... (Reber, 2000, s. 533).*

Traumatyczne przeżycia opisywane wyżej jako ostra reakcja na stres pandemiczny utrwalają się w postaci stresu pourazowego, który powinien zostać przepracowany, aby życie wróciło do normalności. Spowodowane przez pandemię trudności w funkcjonowaniu sfery

biologicznej, psychicznej, społecznej i duchowej ujawniają się w postaci specyficznych i niespecyficznych symptomów. Tym, co łączy walkę z koronawirusem z reakcjami na podobne stresory jest lęk, izolacjonizm i narastająca agresja. Do specyficznych symptomów postpandemicznego urazu stresowego należy poczucie zagrożenia kontaktami fizycznymi, silna tendencja do izolacji społecznej, unikanie kontaktów, lęki tanatyczne (silna obawa przed śmiercią) i przesadna troska o zdrowie fizyczne z dewaloryzowaniem troski o zdrowie psychiczne i duchowe.

Przegląd literatury przedmiotu pozwala wydobyć charakterystyczne symptomy pojawiające się jako następstwo pandemii. Wiele z nich jest kontynuacją lub konsekwencją symptomów stresu ostrego, występującego w pierwszym zderzeniu z groźnym stresorem, jakim okazał się COVID-19.

WHO wymienia jeszcze dwa stresory wchodzące w skład symptomu stresu pandemicznego. Są to infodemia i dystans społeczny. Infodemia – neologizm ukuty przez WHO – wskazuje na zjawisko nadmiaru informacji napływających z różnych kanałów medialnych.

*Newsy dotyczące koronawirusa są nierzadko sprzeczne ze sobą, wywołują stany niepokoju, nie pozwalają spokojnie zasnąć. Przesyt informacyjny i poczucie bycia manipulowanym zniechęcał wiele osób do rzetelnego zapoznania się z faktami. Wyższy poziom stresu odczuwają osoby, które ciągle śledzą wiadomości dotyczące COVID-19. Dezinformacja i sfabrykowane doniesienia na temat COVID-19 mogą zaostrzyć objawy depresji także w populacji ogólnej (Podsumowanie badań dotyczących stresu psychicznego personelu medycznego w warunkach pandemii COVID-19, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295275/>). (dostęp: 12.11.2020).*

Dystans społeczny, wprowadzony zarządzeniami administracyjnymi, był realizowany poprzez kwarantannę i lockdown. Był też wzmacniany samoizolacją, ograniczeniami relacji międzyludzkich, brakiem dostępu do wydarzeń kulturalnych, co jednoznacznie stanowiło zerwanie z dotychczasową *normalnością*. Uzyskane w badaniach dane dowodzą, że ludzie, którzy są poddani kwarantannie, doświadczają nasilonego lęku, zagubienia, złości oraz stresu (*Psychologiczny wpływ kwarantanny*, <https://www.sciencedirect.com>)

Kiedy organizm czuje się zagrożony, na przykład utratą pracy czy potencjalnym zachorowaniem, wysyła nadnerczom sygnał, aby zaczęły produkować hormony stresu. Adrenalina i kortyzol zalewają więc organizm, przygotowując go do ucieczki. Zakłócają również te jego funkcje, które nie są niezbędne do przeżycia, takie jak rozmnażanie czy trawienie. Gdy niebezpieczeństwo minie, hormony wracają do stałego poziomu. Jednak podczas chronicznego stresu, spowodowanego pandemią tak się nie dzieje, więc pracują na

wysokich obrotach bez przerwy. Powoduje to stan zapalny w całym organizmie, pogarszając również funkcjonowanie układu odpornościowego.

Ciągłe doniesienia medialne o pandemii i niepewność przyszłości skłania ludzi do sięgania po używki, by zagłuszyć lęk i niepewność. Badania wśród dorosłych mieszkańców Chin w marcu 2020 roku wykazały, że podczas pandemii wzrosło spożycie alkoholu i tytoniu. Osoby regularnie pijące (32%) zwiększyły ilość spożywanego alkoholu, a 19% osób, które w przeszłości nadużywały alkohol, wróciły do nałogu. Osoby regularnie palące papierosy, zwiększyły ilość używanego tytoniu (20%), a byli palacze zgłosili powrót do nałogu (25%).

Wśród pacjentów, u których wcześniej występowały choroby psychiczne, mogło pogorszyć się samopoczucie z braku dostępności rutynowych badań lekarskich. W konsekwencji pacjenci, którzy nie byli w stanie uzyskać odpowiedniej pomocy, mogli być zmuszeni do zmniejszenia dawek leków lub całkowitego zaprzestania ich przyjmowania. Niektórzy mogli nie mieć możliwości dostosowania dawki lub zmiany leków, jeśli okazywały się nieskuteczne lub powodowały działania niepożądane.

Pandemia COVID-19 może również nasilać myśli i zachowania samobójcze. Dane oparte są na badaniach, które wykazały, że wcześniejsze epidemie były związane ze zwiększonym odsetkiem zgonów samobójczych. Samobójstwa często były zgłaszane jako niekorzystny efekt kwarantanny. Wśród osób w wieku 65 lat lub starszych, epidemia SARS z 2003 roku spowodowała wzrost o 30% liczby samobójstw.

Osoby poddane kwarantannie podczas pandemii COVID-19 mogą rozwinąć szeroki zakres objawów i zaburzeń na tle psychicznym. Przegląd 24 badań dotyczących poprzednich epidemii i wpływu kwarantanny wskazuje na niekorzystne skutki psychologiczne izolacji, które obejmują: złość, lęk, znudzenie, zagubienie, strach, depresję, wyczerpanie emocjonalne, frustrację, drażliwość, stres, unikanie zatłoczonych lub publicznych miejsc, oddalenie się od bliskich, nadużywanie alkoholu, zespół stresu pourazowego, nadmierne zaabsorbowanie niepokojącymi objawami somatycznymi i stygmatyzacją, przemoc w rodzinie, myśli i zachowania samobójcze. Objawy somatyczne obejmują: bóle brzucha, nudności, zaparcia, bóle głowy, bóle kręgosłupa, bóle stawów, zespół jelita drażliwego (<https://zdalnaprzychodnia.pl/wplyw-covid-19-na-stan-zdrowia-psychicznego/>).

Badania przeprowadzone w USA mówią o pojawieniu się wraz z pandemią (rosnącego wskaźnika) depresji, lęku i myśli samobójczych w następstwie lockdownu. Wcześniejsze badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych po zakończeniu trwającej w 2009 roku epidemii grypy typu A (H1N1), wskazywały na czterokrotnie wyższe ryzyko wystąpienia



objawów stresu pourazowego u dzieci poddanych kwarantannie, w porównaniu do ich rówieśników nieprzechodzących kwarantanny (Sprang i Silman, 2013). W przypadku rodziców badanych dzieci wskaźniki te wynosiły odpowiednio 28% do 6% (Sprang i Silman, 2013). Również po zniesieniu ograniczeń związanych z epidemią SARS (the severe acute respiratory syndrome) w 2003 roku badani zgłaszali objawy ze sfery psychicznej, takie jak unikanie zatłoczonych miejsc (26%) i publicznych przestrzeni (21%) połączone z uczuciem lęku przez okres kilku tygodni po zakończeniu epidemii (badanie przeprowadzone w Kanadzie, Reynolds i in., 2008).

Objawy syndromu postpandemicznego dotyczą różnych sfer życia (sfera spostrzegania, myślenia, emocji, motywacji; sfera duchowa: hierarchizacja wartości, sens życia i cierpienia, relacje społeczne i religijne)

Stres dotyczy przede wszystkim obaw o zdrowie swoje i najbliższych. Epidemia zmieniła naszą codzienność, rutynę dnia. Często musimy odnaleźć się w pracy zdalnej. Mamy problemy z koncentracją, zmagamy się ze zmęceniem, zmęczeniem, osłabieniem. Pandemia zmienia ludzkie plany, wywołując poczucie bezradności i niepewności. Osoby przewlekle chore obawiają się pogorszenia stanu zdrowia ze względu na utrudniony dostęp do specjalistów. Czasem pojawia się poczucie winy, że niewystarczająco dużo dajemy z siebie bliskim. Do tego dochodzi stres związany z brakiem stabilizacji finansowej. Skutkiem obecnej sytuacji jest też poczucie osamotnienia, które dotyczy przede wszystkim osób starszych.

Stres wywołują również informacje, które docierają z mediów. Często są to sprzeczne wiadomości, co powoduje poczucie zagubienia.

Przymusowe oddzielenie członków rodziny od bliskich, którzy umierają na COVID-19 uniemożliwia pożegnanie i zakłóca proces żałoby. Zachowywanie fizycznego dystansu obowiązuje na pogrzebach i ma wpływ na przebieg rytuałów żałobnych, pozostawiając rodzinę społecznie izolowaną i samotną. Niektóre osoby na skutek obecnej sytuacji mogą odczuwać zaburzenia lękowe, żałobę powikłaną, PTSD i depresję, a także kardiomiopatię wywołaną stresem. Objawy mogą nasilić się na skutek nagłej i nieoczekiwanej śmierci bliskiej osoby. Złe samopoczucie psychiczne może częściej występować u osób z historią stanów lękowych, depresją lub na skutek obawy przed samotnym życiem i zarażeniem SARS-CoV-2 (<https://zdalnaprzychodnia.pl/wplyw-...>).

Pandemia COVID-19 przedłuża o kolejne miesiące dystans społeczny i ograniczanie kontaktów. Mamy więc święta bez uścisków i serdecznych gestów. Psychiatrzy przestrzegają,

że to negatywnie odbija się na naszej psychice i coraz częściej mówią o zjawisku znanym jako *głód skóry* (<https://www.medonet.pl/koronawirus,pandemia-covid-19--psychiczne-skutki-dystansu-spoecznego--glod-skory,artykul,65382910.html>).

Kontakt fizyczny jest uspokajający, bo to najstarszy sposób dawania poczucia bezpieczeństwa. Powoduje on pozytywne zmiany neurochemiczne w postaci produkcji oksytocyny, hormonu przywiązania, który ma efekt kojący – wyjaśniają Massimo di Giannantonio i Enrico Zanaldi z włoskiego towarzystwa psychiatrii. Eksperci przeanalizowali psychologiczne skutki pandemii i lockdownu (w linku podanym wyżej).

Wyjście do kina, wyjazd na wycieczkę, spotkanie z przyjaciółmi – do niedawna były to przyjemne plany na wolny czas. Były – to dobre słowo, bo w okresie pandemii zostały zakazane. Z dnia na dzień znana nam rzeczywistość przestała funkcjonować

W jej miejsce pojawiły się obostrzenia, praca zdalna, ograniczenie kontaktów, młodzież ucząca się w domu, trudności z dostaniem się do lekarza. Za tym przysłała fala strachu, niepewności i realnego odczucia zagrożenia życia. Oprócz druzgoczącego wpływu COVID-19 na gospodarkę jest również inny, ten, o którym mówi się bardzo mało – niszczący naszą psychikę.

Światowa Organizacja Zdrowia ostrzega, że nadszarpnięte zdrowie psychiczne w czasie pandemii to bomba, która już tyka. Za jej wybuch zapłacą wszyscy: państwa, pracownicy oraz pracodawcy. WHO ostrzega, że liczba osób chorych psychicznie może wzrosnąć dwukrotnie. Polska nie jest wolna od tego problemu. Pytanie: jak sobie z tym poradzi?

Seniorzy w obecnej sytuacji są zmuszeni do izolacji społecznej. Taka decyzja podyktowana jest ochroną zdrowia i życia tej grupy wiekowej, gdyż osoby starsze znajdują się w stanie zwiększonego ryzyka zakażenia. Wielu seniorów jest jednak samotnych, a więc z emocjami, które im towarzyszą podczas izolacji, muszą sobie radzić sami. W raporcie WHO możemy przeczytać, że samotność jest głównym czynnikiem śmiertelności u osób starszych. Najczęściej do Ośrodka Interwencji Kryzysowej w Radomiu dzwonią właśnie seniorzy, którzy realnie boją się o swoje życie (<https://radiatoradom.pl/covidowa-trauma-psychiczne-skutki-pandemii/>).

## **STRATEGIE TERAPEUTYCZNE I PROFILAKTYCZNE**

Pandemia COVID-19 tak silnie oddziałuje na kondycję psychiczną wielu ludzi, że według Światowej Organizacji Zdrowia ochrona zdrowia psychicznego powinna być obecnie

najwyższym priorytetem. Pomoc musi uwzględniać różne sytuacje życiowe oraz osobiste doświadczenia z Covidem. Innej pomocy potrzebują osoby, które zmagają się z tą chorobą, innej te, które przez chorobę przeszły zwycięsko, innego wsparcia wymagają ci, którzy z powodu pandemii utracili osoby bliskie, a wreszcie inne działania należy podjąć wobec pozostałej części społeczeństwa dotkniętej lękiem, osamotnieniem związanym z lockdownem i konsekwencjami licznych ograniczeń ważnych sfer życia i aktywności. Dla osób przebywających na kwarantannie bardzo pomocne mogą okazać się dostarczane im pakiety pielęgnacyjne z żywnością, lekami i środkami higieny. Dla doświadczających uciążliwości lockdownu ważne będą wszelkie kontakty, a szczególnie rozmowy telefoniczne i czaty internetowe. Dla osób w fazie rewalidacji i rekonwalescencji cenne będą wspólne zajęcia, świętowanie, wyjazdy, pielgrzymki, rekolekcje, spotkania z kulturą.

Działania naprawcze powinny iść zarówno w kierunku leczenia skutków choroby, jak i zmierzać w kierunku prewencji i profilaktyki. Najbardziej uzasadnione wydają się dwa kierunki wsparcia: rekonwalescencja i prewencja (profilaktyka). Troska o higienę fizyczną, psychiczną i duchową powinna uwzględniać naturę i poziom zranień, ale także wykorzystywać te aspekty życia, które można określić mianem zasobów egzystencjalnych.

Innej strategii wymaga interwencja kryzysowa w sytuacji aktualnych zmagania z chorobą w jej ostrej fazie, a inaczej należy wspierać i leczyć osoby, u których pojawił się stres postpandemiczny. Zarówno interwencja kryzysowa, jak i działania profilaktyczne, powinny uwzględniać potrzeby osób, które wypracowują swoje stanowisko wobec pandemii i jej skutków.

Wszelkie programy naprawcze czy interwencyjne powinny rozpocząć się od rzetelnej diagnozy i przyporządkowania określonych osób do grup społecznych wyodrębnionych z całej populacji ze względu na osobisty doświadczenia z Covidem.

Z perspektywy psychologicznej interwencja psychoterapeutyczna, medyczna i społeczna, a także duchowa powinny korespondować z systemem potrzeb człowieka. Według A. Masłowa należy najpierw zaspokoić potrzeby braku, ponieważ niezaspokojone będą zaburzać życie i funkcjonowanie człowieka. Wśród tych podstawowych potrzeb należy wymienić przede wszystkim potrzeby: fizjologiczne (biologiczne), bezpieczeństwa, afiliacji i znaczenia. Zaspokajanie tych potrzeb może odbywać się na różnych poziomach i z zastosowaniem wielu strategii i działań.

Redakcja *ZdalnaPrzychodnia.pl* na swojej stronie internetowej (<https://zdalnaprzychodnia.pl/wplyw-covid-19-na-stan-zdrowia-psychicznego/>) wnikliwie

analizuje problemy psychiczne ujawnione podczas pandemii, występujące w różnych grupach społecznych.

Pomimo respektowania zróżnicowanych oczekiwań beneficjentów, warto mieć na uwadze także uniwersalne, wspólne dla wszystkich strategie leczenia, pokonywania trudności, wychodzenia z kryzysu. Pomocna będzie choćby umiarkowana aktywność fizyczna, wzmacnianie więzi z rodziną (nawet rozmowa przez media społecznościowe), uczenie się czegoś nowego. Nauka wspiera bowiem plastyczność mózgu, jego zdolność do adaptacji, a to może pomóc przeciwdziałać depresji. Ważne są różne formy relaksacji, skupienie się na tym co ulubione: wciągający serial, książka, kąpiele z dodatkiem olejków eterycznych (por. tamże).

Dla lepszego przetrwania okresów izolacji związanych z pandemią proponowane są następujące zachowania: przerwa od oglądania, czytania i słuchania wiadomości dotyczących epidemii; ograniczenie korzystania z mediów społecznościowych, które poruszają temat epidemii; znalezienie jednego wiarygodnego źródła informacji o epidemii; dbanie o odporność poprzez regularną aktywność fizyczną i właściwą higienę snu; unikanie środków psychoaktywnych i substancji zabronionych, kontakt z osobami godnymi zaufania (por. *Pandemia a stres. Jak sobie radzić?* Powiatowa Stacja ..., <https://www.gov.pl/web-psse-kamienna-gora>.pandemia).

Badania wskazują na to, że czynnikiem, który najbardziej zmniejszył ryzyko niekorzystnych, psychicznych skutków pandemii był dostęp do środków ochrony indywidualnej. Ważne okazywało się także wsparcie rówieśników, pomoc psychologa i zaufanie do ośrodków kontroli zakażeń (por. [https://zdalnaprzychodnia .pl/wplyw-covid-19-na-stan-zdrowia-psychicznego/](https://zdalnaprzychodnia.pl/wplyw-covid-19-na-stan-zdrowia-psychicznego/)).

Higiena fizyczna, psychiczna i duchowa stanowią ważny i nieodzowny czynnik zdrowienia i obrony przed atakami wirusów. Higiena fizyczna obejmuje: 1) troskę o biologiczny rytm życia (odżywianie, sen, praca i relaks); 2) dbałość o czystość, dezynfekcja; 3) ruch i uprawianie sportu; 4) roztropne dawkowanie zajęć i pracy; 5) systematyczne okresowe badania medyczne (zwłaszcza w wieku starszym). Higiena psychiczna przejawia się w: 1) dostrzeganiu i respektowaniu własnych potrzeb; 2) dostrzeganiu i pielęgnowaniu bliskich relacji z ludźmi z otoczenia; 3) unikaniu nastawień roszczeniowych, krytykanctwa, narzekania i dostrzeganie pozytywnych przejawów życia; 4) rozwijaniu osobistych zainteresowań, otwartości na nowe doświadczenia; 5)pielęgnowaniu harmonii wewnętrznej i zewnętrznej. Higiena duchowa obejmuje: 1) troskę o wyrazistą i poprawną hierarchię

wartości; 2) pielęgnowanie własnej godności i moralności; 3) uważne traktowanie sfery życia religijnego.

Badania dotyczące psychicznej kondycji seniorów powinny obejmować obszary życia psychicznego, to jest zdrowie psychiczne, poziom świadomości i ocenę krytyczną siebie i otoczenia, emocje i motywację oraz obszar osobistych decyzji i działań. Należy również dostrzec uwarunkowania kondycji psychicznej: kontekst zdrowia, sprawności psychofizyczne, relacje społeczne, dotychczasowe doświadczenia i zmagania z Covidem, a także wsparcie duchowe i religijne.

Dobrym przykładem szerokiego potraktowania badania kondycji osób w starszym wieku jest rządowy projekt PolSenior2 (<https://polsenior2.gumed.edu.pl>). Projekt obejmuje wielostronną diagnozę i opieką 700 beneficjentów. Prof. T. Zdrojewski, koordynator projektu zwraca uwagę na fakt współwystępowania wielu chorób i zaburzeń u osób starszych. Dlatego postuluje politerapię jako możliwość dostępu pacjentów w starszym wieku do wielu specjalistów koordynowanych przez geriatrę. W ramach projektu zwraca się uwagę na współwystępowanie zjawisk starzenia się i chorób, zarówno specyficznych dla późnego okresu życia, jak i przewlekłych, które wystąpiły we wcześniejszych okresach życia, ale ich konsekwencje dotyczą pacjentów geriatrycznych. Niestety program ten, pomimo dążenia do kompleksowej oceny kondycji osób w wieku 60+, pomija sferę duchową i religijną. Uwzględnia działania rekreacyjne i turystyczne, ale pomija aktywność religijną, która dla wysokiego procentu osób w starszym wieku jest bardzo ważna.

Diagnoza sytuacji osób 60+ w kontekście zmagania z pandemią mogłaby objąć następujące kwestie:

1. Ogólna kondycja zdrowotna: przebyte i aktualne choroby; choroby, które ujawniły się lub nasiliły w okresie pandemii.
2. Stosowane leki i poziom satysfakcji z obsługi medycznej.
3. Sprawność funkcjonalna: poziom samoobsługi w zakresie organizacji bieżącego życia: posiłki, zakupy, higiena, kontakty międzyludzkie.
4. Sytuacja finansowa: źródło finansowania, poziom satysfakcji, warunki mieszkaniowe.
5. Aktualne wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i sąsiadów, instytucji państwowych samorządowych i kościelnych.
6. Zdefiniowanie największych trudności: czego dotyczą i jaka jest ich skala.
7. Zdefiniowanie najlepszej, najbardziej znaczącej pomocy.

8. Stosunek do doświadczeń covidowych: czy dana osoba była zarażona, czy była na kwarantannie, czy ktoś z bliskich doświadczył skutków pandemii – ciężka choroba, śmierć, inne nadzwyczajne trudności.

9. Zdefiniowanie najbardziej dotkliwej trudności w okresie pandemii: choroba, bezradność, osamotnienie, izolacja, ograniczenie wolności, natłok informacji katastroficznych, brak rzetelnej i wyczerpującej informacji, poczucie manipulacji społecznej.

10. Rozpoznanie aktywności zagrożonych i utrzymanych: rekreacja, kontakty towarzyskie, praca, turystyka, życie religijne, korzystanie z dostępu do środowisk kultury.

11. Poznanie oczekiwań w zakresie wsparcia: lepszy kontakt z lekarzem i placówkami zdrowia, wzmocnienie więzi rodzinnych, kontakty z pozytywnie funkcjonującymi grupami społecznymi, rzetelna informacja pozbawiona cech manipulatorskich, łatwiejszy kontakt z kulturą, słabsze lub silniejsze restrykcje dotyczące zachowywania zasad bezpieczeństwa (maseczki, odległość, dezynfekcja), większe wsparcie duchowe i religijne (inne tu nie wymienione).

12. Poznanie oczekiwań związanych z minimalizacją skutków pandemii oferowanych przez rząd, instytucje samorządowe, organizacje społeczne i religijne.

Uwzględnienie wyżej wymienionych kwestii pomogłoby zróżnicować środowisko beneficjentów i lepiej zorganizować wsparcie indywidualne i społeczne.

## **Bibliografia**

- Badanie PolSenior2, <https://www.pap.pl/mediaroom/757987%2Cpolscy-seniorzy-potrzebujakompleksowej-opieki-prezentacja-wynikow-projektu>.
- Bakalarczyk R. (2020). Wyzwania dla polityki senioralnej w obliczu pandemii COVID-19 w Polsce – uwarunkowania, nowe problemy i sugerowane kierunki mierzenia się z nimi. W: K. Stępiak, (red.), *Państwo i Prawo w czasach COVID-19*. Warszawa: Wydawnictwo Think & Make.
- Harwas-Napierała B., Trempała J. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowiek*. Warszawa: PWN.
- Bień B. i in. (2013). Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. *Gerontologia Polska*, tom 21, nr 2, s. 33–47.
- Chatzipentidis K. (2020) Uniwersytety trzeciego wieku w obliczu pandemii COVID-19. *Dyskurs&Dialog* 2020/4.

- Chodkiewicz J., Talarowska M., Miniszewska J., Nawrocka N., Biliński P. (2020). Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: the initial stage. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 (in press).
- Coronavirus Disease 2019.
- COVID-19 i stres pandemiczny, <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3382/articoli/33567/>.
- Erikson E. H. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Głębocka A., Szarzyńska M. (2015). Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontologia Polska*, nr 4, s. 255–259.
- GUS (2021). *Jakość życia osób starszych w Polsce*. Warszawa.
- <http://centrumprasowe.dsw.edu.pl/130156-destrukcyjny-wplyw-pandemii-na-nasza-psychike-psycholog-radzi>.
- <https://fullspectrum.pl/blog/stres-w-dobie-pandemii-koronawirusa/>.
- <http://pppp.pajeczno.pl/pomoc-p-p/>.
- <https://radiatorom.pl/covidowa-trauma-psychiczne-skutki-pandemii/>.
- <https://www.gov.pl/web/koronawirus/informacje-dla-seniorow>.
- <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/koronawirus-a-sytuacja-seniorow,6805,n,192>.
- <https://www.medonet.pl/koronawirus,pandemia-covid-19--psychiczne-skutki-dystansu-spoiecznego--glod-skory,artykul,65382910.html>.
- <https://zdalnaprzychodnia.pl/wplyw-covid-19-na-stan-zdrowia-psychicznego/>.
- Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii COVID-19*. Raport z badania (2021). Senior Hub – Instytut Polityki Senioralnej.
- Jakovljevic M., Bjedov S., Jaksic N., Jakovljevic I. (2020). COVID-19 pandemia and public and global mental health from the perspective of global health security. *Psychiatr Danub*. 32 (1), s. 6-14.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009). *PSS-10 – Skala Odczuwanego Stresu*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kałuża D., Szukalski P. (2010). *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*. Łódź: Wydawnictwo Biblioteka.
- Kotowska I., Chłoń-Domińczak A., Holzer-Żelażewska D. (red.). (2019). *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie*. Raport podsumowujący wyniki badań 7. rundy badania SHARE: 50+ w Europie. Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
- Makowska Z., Mercz D. (2001). *GHQ - Ocena Zdrowia Psychicznego według D. Goldberga*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Pandemia a stres. Jak sobie radzić?* Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kamiennej Górze, <https://www.gov.pl/web-psse-kamienna-gora/pandemia>.

- Pikuła N.G. (2020). Aktywność społeczno-edukacyjna seniorów w sytuacji pandemii – wyzwania dla polityki społecznej. W: N. G. Pikuła, M. Grewiński, E. Zdebska, W. Głaz, (red.), *Wybrane krajowe i międzynarodowe aspekty polityki społecznej w czasie pandemii koronawirusa*. Kraków: Biblioteka Instytutu Spraw Społecznych Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej.
- Podsumowanie badań dotyczących stresu psychicznego personelu medycznego w warunkach pandemii COVID-19*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295275/> (dostęp: 12.11.2020).
- Pragłowska E., *Jak radzić sobie z lękiem przed koronawirusem?* Redakcja Uniwersytetu SWPS, <https://web.swps.pl/strefa-psyche/blog/relacje/21375-jak-radzic-sobie-z-lekiem-przed-koronawirusem>.
- Psychologiczny wpływ kwarantanny*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620304608> (dostęp: 11.11.2020).
- Raport Promedica24 (2020). *Perspektywy rozwoju opieki senioralnej w Europie*.
- Reber A.S. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Returning to resilience: The impact of Covid-19 on mental health and substance use COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey, <https://seniorzy.pl/zdrowie-seniora/5875-jak-pandemia-zmieniła-zycie-seniorow>.
- Reynolds D.L., Garay J.R., Deamond S.L., Moran M.K., Gold W., Styra R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect* 136, s. 997-1007.
- Selye H. (1951). The general-adaptation-syndrome. *Annu Rev Med.* (2), s.327-342.
- Szarota Z. (2020). Indywidualne strategie adaptacyjne osób starszych w czasach pandemii COVID-19. *Exlibris. Biblioteka Gerontologii Społecznej*, nr 2, s. 13–31.
- Talarowska M., Chodkiewicz J., Nawrocka N., Miniszewska J. *Zdrowie psychiczne a epidemia SARS-COV-2 - badania polskie*.
- United Nations. (2020). *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*.
- Urbaniak A. (2020). Wpływ pandemii COVID-19 na badania społeczne dotyczące starości i starzenia się. *Ekonomia społeczna*, 2020, (nr 2).
- Walesa Cz. (2006). *Rozwój religijności człowieka*. W: S. Głaz (red.), *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Wu KK., Chan SK., Ma TM. (2005). Posttraumatic stress after SARS. *Emerg. Infect. Dis.* 2005 (11), s. 1297-1300.
- Ziębińska B. (2020). Pomoc ludziom starszym w czasie pandemii. Doświadczenia pracowników pomocy społecznej. W: N.G. Pikuła, M. Grewiński, E. Zdebska, W. Głaz (red.), *Wybrane krajowe i międzynarodowe aspekty polityki społecznej w czasie pandemii koronawirusa*. Kraków: Biblioteka Instytutu Spraw Społecznych Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej.



Zych A.A. (2020). Aktywność zawodowa osób starszych na rynku pracy w cieniu pandemii. *Praca Socjalna*, 35 (6) s. 21-33.