



ZDROWE PSYCHICZNE

Jaka jest nasza kondycja po pandemii Covid-19 i jak można ją poprawić?

dr n. o zdr. Tomasz Białas

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie

Spis treści

1. Wprowadzenie.	1
2. Kondycja psychiczna w dobie pandemii Covid-19.	2
3. Przegląd badań.	3
4. Praca zdalna, nauka zdalna?	5
5. Depresja.	6
6. Jak rozpoznać depresję.	7
7. Depresja w oczach Polaków.	8
8. Zdrowie psychiczne a uzależnienie od alkoholu.	9
9. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące.	11
10. Alkohol a pogorszenie kondycji psychicznej.	12
11. Zdrowotne skutki spożywania alkoholu.	12
12. Jak możemy poprawić naszą kondycję psychiczną.	13

1. Wprowadzenie.

Zdrowie psychiczne zazwyczaj definiuje się jako dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje możliwości i potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jak również jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować [1]. Dobrostan taki obejmuje emocjonalne, psychologiczne i społeczne dobre samopoczucie i zakłada przeżywanie pozytywnych uczuć (np. szczęście, satysfakcja), posiadanie pozytywnych postaw wobec własnych obowiązków i wobec innych ludzi oraz pozytywne funkcjonowanie (np. integracja społeczna, aktualizacja i spójność).

Istniejące dane i prognozy na temat zdrowia psychicznego pokazują, że zaburzenia psychiczne są poważnym i narastającym problemem na całym świecie. Depresja oraz zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu są to dwa, zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), najczęściej występujące zaburzenia psychiczne na świecie, dlatego do tych dwóch przypadłości autor odwołuje się w największym stopniu. Depresja znajduje się na liście 20 najważniejszych przyczyn niepełnosprawności na świecie. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych przyczyniają się do wyjaśniania aż 31% globalnego obciążenia chorobą (ang. *Global Burden of Disease - GBD*), tj. kompleksowej miary stanu zdrowia obejmującej analizę umieralności, niepełnosprawności i czynników zagrażających zdrowiu. Około 9 na 10 przypadków samobójstw jest powiązanych z depresją i używaniem różnych substancji, takich jak alkohol, narkotyki i inne. Według prognozy WHO, w 2030 roku depresja będzie czynnikiem w największym stopniu odpowiedzialnym za GBD. Szacuje się, że w krajach o wysokim dochodzie depresja może przyczynić się do GBD w większym stopniu, niż w krajach o niskim dochodzie. Zaburzenia psychiczne powodują znaczną niepełnosprawność, mimo że mogą nie wpływać na przedwczesną umieralność, z wyjątkiem tych, które prowadzą do samobójstw. Publikacje analizujące stan zdrowia Polaków również wskazują,



że to depresja, przemoc i zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu znajdują się w czołówce listy czynników przyczyniających się do GBD [2].

Przykładowo w Polsce w wyniku samobójstw, stanowiących skrajnie niekorzystne następstwa zaburzeń psychicznych, ginie prawie dwa razy więcej osób, niż w wypadkach samochodowych. Badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej” już dekadę temu wykazało, że wśród 3% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym, wystąpił w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu [3].

Już przed okresem epidemii Covid-19 wiele badań wskazywało na powszechne narastanie zagrożeń zdrowia psychicznego, stanowiących problem cywilizacyjny. Raport Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i Komisji Europejskiej pt. „*Health at a Glance: Europe 2018*” wskazuje, że w 2016 r. ponad jedna na sześć osób w krajach UE (17,3%) miała problem ze zdrowiem psychicznym. Oznacza to, że około 84 mln mieszkańców Unii zmagало się z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak depresja, zaburzenia lękowe oraz zaburzenia związane z używaniem alkoholu i narkotyków. Choroby psychiczne dotyczą w największym stopniu Finów, Holendrów i Francuzów (ok. 19% populacji), zaś w najmniejszym stopniu Polaków, Bułgarów i Rumunów (poniżej 15%). Najlepiej w rankingu wypadają więc kraje uboższej Europy Środkowej i Wschodniej. Zdaniem autorów raportu te różnice między krajami mogą wynikać z większej wiedzy obywateli i świadomości o zdrowiu psychicznym oraz mniejszej stygmatyzacji związanej z chorobami psychicznymi, a także z łatwiejszego dostępu do usług w tym zakresie. Ponadto w wielu krajach wciąż panuje powszechne przekonanie, że lepiej jest unikać mówienia o chorobie psychicznej, aby nie być napiętnowanym. Innym powodem może też być różna sytuacja finansowa, która powoduje rzadsze korzystanie z pomocy psychiatrów i psychoterapeutów. Z raportu wynika również, że aż 25 milionów Europejczyków (5,4% populacji) cierpiało na stany lękowe, 21 mln (4,5%) miało depresję lub stany depresyjne, 11 mln (2,4%) zmagало się z uzależnieniem od alkoholu i/lub narkotyków, ok. 1,5 mln (0,3%) ludzi miało zaburzenia ze spektrum schizofrenii. Ciężkie choroby psychiczne, takie jak zaburzenia afektywne dwubiegunowe, dotyczyły prawie 5 mln ludzi (1% populacji). Badania wykazują, że zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne i zaburzenia dwubiegunowe występują częściej wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Niektóre z tych różnic między płciami mogą wynikać z większej skłonności kobiet do zgłaszania problemów zdrowia psychicznego. Jedynym wyjątkiem są zaburzenia psychiczne związane z używaniem narkotyków i alkoholu – zaburzenia te występują ponad dwukrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet [4].

2. Kondycja psychiczna w dobie pandemii Covid-19.

W ciągu dwóch lat trwania pandemii Covid-19 wielu ludzi doświadczyło i nadal doświadcza różnego rodzaju traumy, której specyfika zainspirowała specjalistów do wyodrębnienia osobnego zjawiska i określenia go mianem „zespołu stresu popandemicznego” (ang. *post-pandemic stress disorder – PPSD*), będącego odmianą zespołu stresu pourazowego. Pandemia powoduje długotrwały stres, co oznacza, że eksplozja zaburzeń z nim związanych może być przesunięta w czasie i ujawnić się w najbliższej przyszłości. Na obecny moment zespół stresu popandemicznego nie stanowi poważnego problemu i nie jest tak traktowany, bo okoliczności, w jakich się znajdujemy, wracają do normy. Jednak, jak w przypadku każdej innej traumy, jej rozmiary, zdaniem psychoterapeuty Owena O’Kane, twórcy terminu PPSD, dostrzeżemy dopiero wtedy, gdy pandemia się rzeczywiście zakończy. Symptomy tego zjawiska, obniżającego poziom naszej kondycji psychicznej, u każdego mogą wyglądać inaczej – lęk, niska motywacja, negatywne myślenie, uczucie bezsilności i ciągłego zmagania



z przeciwnościami, zaburzenia snu, apetytu, odrętwienie, uczucie irytacji i złości, wycofanie społeczne [5].

Pandemia Covid-19 wywarła i ciągle wywiera ogromny negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i samopoczucie ludzi na całym świecie. Panika i lęk przed zagrożeniem życia, obawa przed nieznaną chorobą, ograniczony dostęp do pomocy medycznej, głównie specjalistycznej, z uwagi na ograniczenia przeciwepidemiczne, ograniczenie kontaktów bezpośrednich z innymi ludźmi, niezbędnych dla zachowania zdrowia psychicznego, wreszcie ograniczenia gospodarcze rzutujące na niepewną przyszłość ludzi pracujących na co dzień w segmentach gospodarki najbardziej dotkniętych epidemią, to czynniki rzutujące na systematyczne pogarszanie się kondycji psychicznej. Dwie trzecie Polaków w trakcie pandemii Covid-19 odczuwało zmęczenie lub osłabienie. Są to objawy obserwowane w przypadku wielu chorób. Występowanie tych objawów istotnie wpływa na jakość życia oraz na rozwój chorób układu krążenia, zaburzeń zdrowia psychicznego, a także zwiększa ryzyko występowania wypadków i urazów. Pandemia Covid-19 stanowiła poważny czynnik stresujący i wywoływała poczucie lęku, które również istotnie mogły przyczynić się do przewlekłego poczucia zmęczenia lub osłabienia. Obniżony nastrój, obniżona samoocena, depresja, stany lękowe, objawy nerwicowe lub pogorszenie zdrowia psychicznego w trakcie pandemii Covid-19 deklaroowało 48% Polaków. Wskazuje to na pilną potrzebę poprawy dostępu do opieki psychologicznej i psychiatrycznej oraz edukacji na temat metod postępowania w przypadku podejrzenia wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego. Higiena zdrowia psychicznego w dobie mediów społecznościowych jest znacznie utrudniona, a jednym z kluczowych elementów przeciwdziałania skutkom zdrowotnym wynikającym z zaburzeń nastroju i zaburzeń zdrowia psychicznego jest wsparcie społeczne [6].

Okres pandemii Covid-19 charakteryzował się przede wszystkim wzrostem poziomu stresu, powodowanym wieloma czynnikami, do których można zaliczyć: spowolnienie gospodarcze; straty finansowe, rzeczywiste lub przewidywane; izolację i towarzyszącą jej kwarantannę; braki w zaopatrzeniu; niepewność; samotność, lęk przed zakażeniem; stygmatyzację związaną z zakażeniem lub jego ryzykiem oraz nudę. Czynniki te w sferze psychicznej mają swoje konsekwencje, wśród których możemy wyróżnić zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, samookaleczenia, próby samobójcze, nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz przemoc. Z kolei ten zwiększony poziom stresu w sferze społecznej ma znaczący wpływ na izolację społeczną, wzrost bezrobocia, wypalenie zawodowe oraz rozpad związków [7].

Bardzo zatrważające są również dane dotyczące samobójstw w Polsce. Co prawda w ciągu ostatnich 5 lat ogólna liczba zgonów w wyniku prób samobójczych jest stała i oscyluje wokół 5 200 osób, to już w grupie wiekowej do 18. roku życia w latach 2017-2021 zanotowano 9% wzrost. W omawianym czasie notuje się również ogólny wzrost prób samobójczych od 11 139 w roku 2017 do 13 798 w roku 2021 (19% wzrost), natomiast w grupie poniżej 18. roku życia ten wzrost sięga 51% [8].

3. Przegląd badań.

Badania nad ogólną kondycją zdrowia psychicznego oraz poziomem odczuwanego stresu wskazują, że ten stan uległ pogorszeniu w porównaniu z normą sprzed pandemii. Zwraca się uwagę na dominację zaburzeń codziennego funkcjonowania (radzenie sobie z obowiązkami, zadowolenie z wykonywanych zadań, symptomy somatyczne - bóle głowy, wyczerpanie, osłabienie, subiektywne złe samopoczucie, oraz odczuwanie niepokoju i problemy ze snem).

Badanie *Życie w dobie pandemii*, przeprowadzone przez Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego



wskazuje że:

- u 53% badanych występuje wysoki lub bardzo wysoki poziom odczuwanego stresu powodujący pogorszenie stanu zdrowia,
- około 26% badanych stanowią osoby, których stan zdrowia psychicznego można uznać za zły, z uwagi na fakt pojawiania się u nich myśli samobójczych i innych objawów depresyjnych, a wielu z nich zwiększyło spożywanie alkoholu w okresie pandemii,
- niemal 30% badanych pije ryzykownie alkohol,
- wśród osób, które zwiększyły spożycie alkoholu w ostatnim miesiącu (wskaźnik narażenia na ryzyko związane z jego używaniem) są osoby pijące mniej intensywnie niż w okresie przed pandemią, ale nie zauważają możliwych pozytywnych skutków tej sytuacji (preferują wcześniejsze używanie alkoholu jako sposób radzenia sobie ze stresem) [9].

Z kolei badanie *Nastolatki wobec pandemii*, badające poziom lęku i depresji w tej grupie wiekowej w 3 miesiącach epidemii (sierpień, wrzesień i listopad 2020 r.) wskazuje dobitnie na liniowy wzrost nasilenia tych zjawisk. W ostatnim miesiącu, podczas trwania nauki zdalnej, nasilenie objawów lęku i depresji u młodzieży wiązało się z trudnymi relacjami z najbliższymi w domu. Dodatkowo występował istotny związek nasilenia tych objawów ze zwiększoną liczbą codziennych obowiązków czy trudnościami w realizacji swoich zainteresowań i ograniczonym dostępem do aktywności fizycznej [10].

Wyniki badania *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii* [11], przeprowadzone podczas pierwszej fali epidemii Covid-19 wskazują, że połowa badanych (49,8%) była w pierwszym okresie pandemii zadowolona ze swojego życia, natomiast co trzecia osoba (33,4%) oceniła je negatywnie. Istotnie częściej chłopcy niż dziewczyny (18,36% vs 8,2%) byli zdecydowanie zadowoleni ze swojego życia. Respondenci byli w tym czasie głównie zadowoleni z braku konieczności chodzenia do szkoły (50,6%), większej ilości czasu na odpoczynek (49,6%) oraz braku stresu szkolnego (49,0%). To, co było dla większości badanych trudne, to brak możliwości spotkania z kolegami i koleżankami (63,2%) i konieczność siedzenia w domu (51,4%). Prawie co trzeci respondent (30,8%) uznał, że w badanym okresie jego samopoczucie pogorszyło się, co piąty (18%) stwierdził, że poprawiło się, a prawie połowa badanych (47,6%) nie zauważyła w tym czasie zmiany. Na gorsze samopoczucie skarżyły się zdecydowanie częściej dziewczyny niż chłopcy (36,5% vs 25,4%).

Istotnym ustaleniem był fakt, że w badanym okresie ponad co siódmy respondent (15%) doznał przemocy ze strony rówieśników, co dziewiąty (10,8%) ze strony bliskiej osoby dorosłej. Co 20 osoba (5,4%) była świadkiem przemocy wobec rodzica lub innego dziecka. Wykorzystywania seksualnego doświadczyło 10,2% respondentów, w tym 9,2% zostało wykorzystanych seksualnie bez kontaktu fizycznego (ekshibicjonizm, słowna przemoc, werbowanie w internecie do celów seksualnych), a 2,6% respondentów z kontaktem fizycznym.

Prawie co dziewiąty (10,8%) w wieku 13-17 lat doświadczył w okresie od połowy marca do końca czerwca 2020 r. przemocy ze strony bliskich dorosłych. Istotnie częściej doświadczyły jej starsze nastolatki: 16,5% w wieku 16-17 lat oraz 7,2% w wieku 13-15 lat. Również istotnie częściej przemocy ze strony bliskich osób dorosłych doświadczyły nastolatki mieszkające na wsi niż w mieście: odpowiednio 15,3% vs 7,2%. Przemoc ze strony bliskich dorosłych, której doświadczali nastolatki, to przede wszystkim przemoc psychiczna. Doświadczyło jej 9,2% respondentów, zaś przemocy fizycznej trzy razy mniej – 3,2% badanych. Autorzy ponadto wskazują czynniki rodzinne, takie jak



nadużywanie alkoholu, zażywanie narkotyków oraz choroba psychiczna, jako wpływające i pogłębiające negatywne efekty pogorszenie kondycji psychicznej młodych Polaków.

4. Praca zdalna, nauka zdalna?

Stres i niepokój związany z przedłużającym się stanem epidemii SARS-CoV-2 wystawił na próbę kondycję psychiczną osób aktywnych zawodowo. Długotrwałe podwyższenie poziomu stresu, w połączeniu z kontynuacją pracy zdalnej, może skutkować zaburzeniami samopoczucia zatrudnionych. Jak wynika z badania Hays Poland, pogorszenia stanu zdrowia psychicznego w wyniku pandemii doświadczył co trzeci pracownik.

Międzynarodowe badanie IPSOS, przeprowadzone w 28 krajach świata na przełomie listopada i grudnia 2020 dla Światowego Forum Ekonomicznego pokazuje, że w czasie pandemii Covid-19 ponad połowa osób pracujących odczuwała lęk związany z bezpieczeństwem pracy (56%), stres wynikający z nowej organizacji pracy (55%) i życia rodzinnego (np. opieka nad dziećmi) lub też trudności związane ze znalezieniem równowagi pomiędzy pracą a innymi sferami życia. Badanie pokazuje poważne zakłócenia w życiu zawodowym ludzi na całym świecie. Od chwili wybuchu pandemii aż 52% badanych musiało pracować z domu, 32% pracowało więcej, 32% - mniej, 30% wzięło urlop, a 15% odeszło z pracy. Niemal co drugi aktywny zawodowo twierdzi, że w czasie pandemii ma zmniejszoną produktywność (46%) i pracuje w niekonwencjonalnych godzinach - na przykład bardzo wcześnie rano lub późno w nocy (44%). Prawie połowa osób pracujących z domu skarży się na samotność i izolację (49%) lub trudności z wykonywaniem pracy z powodu nieodpowiedniej organizacji miejsca pracy czy wyposażenia domowego biura (46%) [12].

W okresie pandemii SARS-CoV-2 dla wielu z nas praca zdalna stała się niejednokrotnie jedyną możliwą formą kontynuowania aktywności zawodowej. Wspominane badanie wskazuje, że 52% zatrudnionych dorosłych na świecie w czasie pandemii pracuje lub pracowało w domu: od 74% w Kolumbii do zaledwie 26% w Japonii (w Polsce odsetek ten wyniósł 40%). Przy czym na izolację i samotność podczas pracy z domu skarży się średnio połowa pracujących.

Praca zdalna wpływa nie tylko na oczekiwania wobec pracodawców, ale i na nasz styl życia. Kontakty wirtualne bywają nieraz przyczyną osłabienia kontaktów ze współpracownikami, są wyzwaniem dla pracodawców w kontekście budowy relacji w zespole. Niewątpliwie pracując z domu częściej niż przed epidemią, mieszaamy także różne sfery swojego życia. Badania pokazują, że zdecydowana większość osób wykonujących obowiązki spoza biura realizuje w godzinach pracy czynności związane z życiem prywatnym. Dwa lata pandemii pokazały, że wielu z nas przyzwyczyło się i zaakceptowało zdalny model pracy, tym niemniej 37% pracujących zdalnie utrzymuje, że taki model pracy negatywnie wpływa na jakość relacji ze współpracownikami [13]. Pomimo wzrostu optymizmu, jaki obserwujemy z związku z wygaszaniem stanu epidemii, dla części pracowników praca zdalna była i jest pułapką. Brak bezpośredniego kontaktu szefa z podwładnymi sprawia, że trudniej jest zauważyć potencjalne problemy, z którymi mogą zmagać się pracownicy. O ile wyniki i skuteczność w osiąganiu założonych celów są w pełni mierzalne również podczas pracy zdalnej, to dostrzeżenie pierwszych oznak gorszej kondycji psychicznej pracownika jest zdecydowanie trudniejsze. Nawet gdy szef zespołu świadomie podchodzi do kwestii budowania zaangażowania w okresie pracy zdalnej, pozostaje w stałym kontakcie z podwładnymi, oferuje im niezbędne wsparcie i organizuje regularne, nieformalne spotkania online, to w tej sytuacji trudniej jest dostrzec, że z pracownikiem dzieje się coś złego. Osobie, która mierzy się z pogorszeniem samopoczucia, łatwiej jest bowiem



zachować pozytywną postawę podczas 20-minutowej rozmowy wideo na platformie TEAMS czy ZOOM, niż podczas 8-godzinnej obecności w miejscu pracy. Między innymi dlatego okres pandemii niesie za sobą więcej zagrożeń dla kondycji psychicznej pracowników.

Podobną sytuację można zaobserwować wśród uczniów i studentów, którzy przez dłuższy okres realizowali swoją edukację przy udziale nauki zdalnej, co niewątpliwie odbija się negatywnie na zdrowiu psychicznym. Zdaniem autorów badań nad młodzieżą w dobie pandemii, zaskakującą sprawą jest odkrycie wśród uczniów ich słabej kondycji psychicznej. Potwierdziły się wcześniejsze przypuszczenia, że najmłodszy gorzej sobie radzą w pandemii oraz to, że efekty kwarantanny będą jeszcze widoczne dłuższy czas po jej zakończeniu. Tylko 61% było zadowolonych z życia. Według wyników uzyskanych za pomocą wskaźnika dobrego samopoczucia (WHO 5) prawie połowa badanych uczniów (48%) cierpi na nastroje depresyjne. Wyniki są zaskakujące, gdyż wydawało się, iż spotkanie z rówieśnikami pozwoli na powrót do normalności sprzed pandemii. Wyjątkowo niski poziom dobrostanu psychicznego uczniów wskazuje, że można mówić o epidemii depresji wśród uczniów starszych klas szkoły podstawowej [14].

Z kolei badania przeprowadzone wśród studentów wskazują, że ponad połowa badanych zgłasza objawy psychosomatyczne. Wypalenie edukacyjne jest głównym czynnikiem ryzyka złego stanu zdrowia psychicznego. W związku z tym należy przyjąć, że przeciążenie nauką zdalną jest jednym z zagrożeń dla ich zdrowia psychicznego.

Należy przyjąć, że pojawiające się dolegliwości psychosomatyczne będą miały negatywny wpływ na uwagę, koncentrację, procesy myślowe i pamięć. To z kolei przełoży się na spadek wyników w nauce. W ten sposób uczniowie mogą zdać sobie sprawę z obniżenia ich szans edukacyjnych i życiowych. W konsekwencji prowadzi to do dalszych negatywnych efektów psychospołecznych, które utrudnią adaptację do warunków stwarzanych przez pandemię oraz obecnych w świecie po pandemii [15]. Przykładowo badania nad kondycją studentów w Rzeszowie i Lublinie w okresie pandemii wskazują m. in. niepożądane zmiany, dotyczące także funkcjonowania psychospołecznego. Ponad 40% studentów doświadczyło obniżenia wiary we własne możliwości, a ponad 30% odczuwało zagrożenie własnego zdrowia, a nawet życia. Część badanych wskazała także na nasilenie problemów ze snem (37%). Bardzo niepokojącym symptomem okazało się poczucie osamotnienia, którego wzrost zauważyło u siebie 48% badanych. Jednocześnie podobna liczba studentów zasygnalizowała kwestię rozluźnienia się więzi z rówieśnikami. Blisko 57% respondentów miało poczucie ograniczeń w spędzaniu wolnego czasu [16].

Nauczyciele, obok uczniów, są grupą zawodową, która w wyniku przejścia na pracę zdalną doświadczyła wyraźnego wzrostu stresu, lęku oraz depresji. W licznych badaniach realizowanych na całym świecie, nauczyciele zgłaszali wzrost zagrożeń psychospołecznych w środowiskach pracy, związanych z ograniczonymi zasobami, problemami interpersonalnymi, zagubieniem ról i przeciążeniem pracą, zarządzaniem niepewnością, zaburzeniami psychosomatycznymi i wypaleniem zawodowym [17].

5. Depresja.

Depresja jest chorobą lub raczej, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób, zespołem kilku jednostek chorobowych. Schorzenie to charakteryzuje się obniżeniem nastroju, utratą zainteresowań i odczuwania przyjemności, spadkiem energii i poczucia własnej wartości, przeświadczeniem



o własnej winie za wszelakie zdarzenia, zaburzeniami snu i apetytu oraz trudnościami w koncentracji. Depresji często towarzyszą objawy lęku. Zaburzenie może być przewlekłe lub nawracające. Okres nasilenia objawów doprowadza do ograniczenia normalnego funkcjonowania i wypełniania swoich obowiązków. Depresja powinna zostać rozpoznana przez lekarza i poddana prawidłowemu leczeniu, które może uwzględniać leczenie farmakologiczne. Uważa się, że depresja jest prawidłowo rozpoznawana tylko u 30–50% pacjentów zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu [18]. Co dziesiąty pacjent zgłaszający się do lekarza rodzinnego z powodu innych dolegliwości ma pełnoobjawową depresję, a drugie tyle osób cierpi z powodu pojedynczych objawów depresyjnych. Jedynie połowa pacjentów, spośród osób z rozpoznaną depresją otrzymuje adekwatne leczenie [19].

Depresja jest powszechną chorobą na całym świecie, na którą szacunkowo cierpi, zdaniem WHO 3,8% populacji, w tym 5,0% wśród dorosłych i 5,7% wśród dorosłych w wieku powyżej 60 lat. Oznacza to, że problemem tym jest dotkniętych około 280 milionów ludzi na świecie. Obecnie stanowi ona czwartą spośród najczęściej występujących chorób, a szacuje się, że pod koniec bieżącej dekady zajmie pierwsze miejsce. Depresja różni się od zwykłych wahań nastroju i krótkotrwałych reakcji emocjonalnych na wyzwania życia codziennego. Zwłaszcza nawracająca i o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu depresja może stać się poważnym stanem zdrowia. Może powodować poważne cierpienie osoby dotkniętej chorobą i słabe funkcjonowanie w pracy, w szkole i w rodzinie. Depresja częściej dotyka kobiet niż mężczyzn, a poważną grupę ryzyka stanowią ludzie młodzi. W najgorszym przypadku depresja może prowadzić do samobójstwa. Co roku z powodu samobójstw umiera na świecie ponad 700 tys. osób. Samobójstwo jest czwartą najczęstszą przyczyną śmierci 15-29-latków. Chociaż istnieją znane, skuteczne metody leczenia zaburzeń psychicznych, ponad 75% ludzi, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach, nie otrzymuje żadnego leczenia. Bariery w skutecznej opiece obejmują brak zasobów, brak wyszkolonych pracowników służby zdrowia oraz piętno społeczne związane z zaburzeniami psychicznymi. Osoby cierpiące na depresję często nie są prawidłowo diagnozowane, a osoby, które nie cierpią na tę chorobę, są zbyt często błędnie diagnozowane i przepisywane im są leki przeciwdepresyjne [20].

6. Jak rozpoznać depresję.

Żeby rozpoznać depresję, należy konieczne stwierdzić występowanie co najmniej 2 z 3 objawów podstawowych, do których zaliczamy:

1. obniżony nastrój pojawiający się rano i utrzymujący się przez większą część dnia, prawie codziennie, niezależnie od okoliczności; poczucie smutku i przygnębienia;
2. utrata zainteresowania działaniami, które zazwyczaj sprawiają przyjemność lub zanik odczuwania przyjemności – tzw. anhedonia, czyli zubożenie emocjonalne;
3. osłabienie energii lub szybsze męczenie się;

Dodatkowo konieczne jest rozpoznanie objawów uzupełniających tak, aby łączna liczba objawów wraz z objawami podstawowymi wynosiła co najmniej 4. Objawy dodatkowe obejmują:

1. zaburzenia snu (najbardziej typowe – wczesne budzenie się);
2. myśli samobójcze;
3. problemy z pamięcią i koncentracją uwagi;
4. utrata wiary w siebie i/lub pozytywnej samooceny;
5. poczucie winy (nadmierne i zwykle nieuzasadnione);
6. spowolnienie psychoruchowe (rzadziej pobudzenie);



7. zmiany łaknienia i masy ciała (częstsze zmniejszenie apetytu niż zwiększenie).

Dodatkowo przynajmniej dwa podstawowe objawy tej choroby oraz minimum dwa objawy dodatkowe, spośród wymienionych powyżej, aby można było zdiagnozować depresję, powinny utrzymywać się przynajmniej przez dwa tygodnie [21].

Pomocny we wstępnym diagnozowaniu depresji jest również dostępny powszechnie w internecie [22] test do samodzielnego wypełnienia, służący do rozpoznania objawów depresji według skali depresji Becka [23]. Wynik od 14 punktów wzwyż, w 63 punktowej skali, już wskazuje na możliwość wystąpienia łagodnej depresji, a każdy wzrost wartości punktowej wskazuje na wzrost nasilenia samego zjawiska. Jednak należy pamiętać, że żadna samodzielna negatywna ocena swojej kondycji psychicznej nie zastąpi profesjonalnej diagnozy lekarskiej, która umożliwi wdrożenie leczenia, jeśli zaistnieje taka potrzeba.

7. Depresja w oczach Polaków.

Postrzeżenie depresji przez Polaków w trakcie pandemii Covid-19 było przedmiotem badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w listopadzie 2021 r. Podobne badanie zostało zrealizowane już w 2018 r., co umożliwi porównanie wyników na przestrzeni 3 lat. Jak wynika z deklaracji respondentów, depresja dotknęła 11% z nich (ponad 3,2 mln Polaków), przy czym 3% (ponad 960 tys.) choruje na nią obecnie. W 2018 r. odsetek zmagających się z depresją wynosił również 3%, natomiast ci, którzy chorowali na nią w przeszłości stanowili 7%. Czynnikiem największego ryzyka depresji jest młody wiek, do choroby tej przyznaje się aż 17% badanych poniżej 25. roku życia, a 11% z nich choruje na nią obecnie. W grupie uczniów i studentów jest to odpowiednio 24% i 11%. Doświadczeniem depresji, na tle pozostałych grup wiekowych, wyróżniają się także najstarsi respondenci, mających co najmniej 75 lat (15% z nich przyznaje się do depresji). Do depresji – głównie w przeszłości – relatywnie często przyznają się mieszkańcy wielkich miast (doświadczyło jej łącznie 18% spośród nich). W nieco większym stopniu deklaracje takie składają kobiety niż mężczyźni (14% vs 8%). Czynnikiem ryzyka jest również sytuacja ekonomiczna, respondenci uzyskujący niskie dochody w przeliczeniu na osobę w gospodarstwie domowym (od 1 000 do 1 500 zł – 15%) oraz źle oceniający swoją sytuację materialną – 14% [24]. Badanie próbowało również odpowiedzieć na pytanie o elementy stylu życia, które w oczach respondentów najbardziej przyczyniają się do depresji. Zdaniem największej grupy badanych, do depresji przyczynia się nadmierny, długotrwały stres (71%), w dalszej kolejności samotność, brak kontaktów z ludźmi lub kontakty powierzchowne (56%) oraz szybkie tempo życia, brak czasu dla siebie, nadmiar obowiązków, pracy (52%). Warto wskazać, że złe, toksyczne relacje z ludźmi wskazywane były w tym kontekście rzadziej niż niewystarczające kontakty z ludźmi (41%). Zdaniem relatywnie niewielu respondentów, do zachorowania na depresję przyczynia się nadużywanie alkoholu i narkotyków (16%), zbyt mała ilość snu i odpoczynku (14%), a jeszcze rzadziej niewłaściwe odżywianie (3%). W stosunku do 2018 r. opinie na temat sposobu życia przyczyniającego się do zachorowania na depresję zmieniły się w niewielkim stopniu. W odbiorze społecznym wzrosło jedynie znaczenie nadmiernego stresu (o 3 punkty procentowe), a spadło – nadużywanie alkoholu i narkotyków (o 7 punktów), szybkiego tempa życia (o 4 punkty) i złych, toksycznych relacji międzyludzkich (o 3 punkty). Podobnie jak 3 lata wcześniej, największe znaczenie przypisuje się nadmiernemu, długotrwałemu stresowi, a w dalszej kolejności samotności, niewystarczającym kontaktom z ludźmi oraz nadmiernemu tempu życia i brakowi czasu dla siebie. Z uwagi na fakt, że wiek jest zmienną, która najbardziej różnicuje wskazania odnośnie chorowania na depresję, warto zaznaczyć, że na przestrzeni 3 lat największy wzrost odsetka doświadczających depresji obserwujemy wśród



najmłodszych (18-24 lata – 1% w 2018 r. i 11% w 2021 r.) oraz najstarszych (75 i więcej – 1% w 2018 r. i 5% w 2021 r.). Z kolei w grupie uczniów i studentów odsetek deklarujących chorowanie na depresję obecnie zwiększył się dwukrotnie, a tych, którzy twierdzą, że doświadczyli jej w przeszłości – czterokrotnie [24]. Badanie to ma oczywiście swoje ograniczenia i nie może być traktowane jako wskazanie pełnej skali zjawiska depresji w Polsce, jednakże stanowi wyraz samooceny stanu zdrowia Polaków w tym obszarze. Zakładając, że chorujący na depresję jest świadomy swojej choroby oraz fakt, że depresja jest chorobą postrzeganą jako wstydliva, co skłania niektórych respondentów do jej ukrywania, można potraktować uzyskany wynik badania jako dolną granicę skali zjawiska. Respondenci w przeważającej części wiążą depresję z traumatycznymi przeżyciami życiowymi i niewątpliwie takim stresorem stała się pandemia Covid-19. Wzrost tego niepokojącego zjawiska wśród najmłodszych (poniżej 25. roku życia) oraz najstarszych (powyżej 75.), a więc grup wiekowych, które w największym stopniu poniosły społeczne koszty epidemii i związanej z nią izolacji, również wskazuje na pandemię, jako możliwą przyczynę rozwoju tej choroby.

O wzroście problemu Polaków ze zdrowiem psychicznym, w tym z depresją, świadczą również dane dotyczące zwolnień chorobowych po wybuchu pandemii Covid-19. W 2020 r. wszystkie absencje chorobowe Polaków z tytułu zaburzeń psychicznych stanowiły 10,8%, co stanowi 27% wzrost w stosunku do 2019 (8,5% wszystkich absencji) [25].

W pierwszym pandemicznym roku 2020 osoby ubezpieczone w ZUS na zwolnieniu chorobowym z powodu reakcji na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, epizod depresyjny oraz zaburzenia depresyjne nawracające przebywały łącznie ponad 17,6 mln dni i było to ponad 2 razy więcej niż w 2012 r. (8,2 mln dni). W tym samym czasie łączna liczba dni absencji chorobowej z powodu wszystkich przyczyn zwiększyła się o 24% (wzrost z 206,8 mln w 2012 r. do 256 mln w 2020 r.). Największy wzrost absencji chorobowej z powodu stresu i depresji nastąpił w roku pandemicznym 2020 w porównaniu do 2019 r. – o 40% (z 12,6 mln dni do 17,6 mln dni) [26]. Towarzyszył temu rekordowy wzrost sprzedaży leków antydepresyjnych w Polsce. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) dotyczących refundacji różnych typów leków wynika, że w zakresie leków przeciwdepresyjnych w latach 2016-2020 następował systematyczny wzrost takich refundacji z poziomu 9,5 mln opakowań w 2016 r. do ok. 12 mln opakowań w 2020 r. W tym samym okresie następował również wzrost liczby pacjentów, którym NFZ dokonywał takich refundacji, zwłaszcza w okresie pojawienia się pandemii Covid-19: od poziomu 1,15 mln osób w roku 2016 do 1,35 mln w roku 2019 oraz 2,75 mln w roku 2020 [27].

Rzeczywisty, zbadany wzrost poziomu depresji w następstwie pandemii Covid-19 jest zjawiskiem powszechnym i został zanotowany w wielu krajach. Na przykład w Belgii, Francji, Włoszech, Meksyku, Nowej Zelandii, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych częstość występowania lęku na początku 2020 r. była dwukrotnie lub ponad dwukrotnie wyższa niż w poprzednich latach. Z kolei w Australii, Belgii, Kanadzie, Francji, Czechach, Meksyku, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych częstość występowania depresji na początku 2020 r. była również dwukrotnie lub ponad dwukrotnie większa niż w poprzednich latach [28].

8. Zdrowie psychiczne a uzależnienie od alkoholu.

Według najnowszych analiz OECD na jednego dorosłego Polaka rocznie przypada średnio 11,7 litra czystego alkoholu. To odpowiada mniej więcej 2,4 butelki wina lub 4,5 litra piwa tygodniowo na osobę w wieku 15 lat i więcej. Co najmniej raz w miesiącu upija się 35 proc. dorosłych - ozna-



cza to, że na jedną „okazję” wypijamy ponad 80 proc. butelki wina lub 1,5 litra piwa [29].

Dane oficjalne Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) wskazują, że w 2020 r. statystyczny Polak wypił 9,6 l czystego alkoholu, na co składało się 3,7 l wyrobów spirytusowych alkoholu (przeliczone na 100% alkohol), 6,4 l wina lub miodu pitnego oraz 93,6 l piwa. Struktura spożycia wyrobów alkoholowych to: wyroby spirytusowe – 38,5%; wino i miody pitne – 8%; piwo – 53,5% [30]. Szacuje się, że corocznie w Polsce z powodu konsumpcji alkoholu umiera ok. 12 tys. osób.

Co ósmy dorosły Polak nie pije w ogóle alkoholu. Kilkanaście procent dorosłych Polaków spożywa alkohol problemowo. Szacuje się, że w grupie tej znajduje się ok. 900 tys. osób uzależnionych oraz ponad 2 mln osób pijących alkohol ryzykownie lub szkodliwie. Większość pijących spożywa alkohol w sposób, który nie powoduje negatywnych konsekwencji dla nich i dla osób z ich otoczenia. Osoby pijące alkohol mogą wielokrotnie w ciągu swojego życia zmieniać wzór spożywania alkoholu przemieszczając się na continuum od abstynencji, poprzez picie o niskim poziomie ryzyka, do spożywania alkoholu w sposób wysoce ryzykowny i szkodliwy. Niektóre z nich się uzależniają. Ktoś, kto dzisiaj pije alkohol na poziomie niskiego ryzyka, może w wyniku różnego rodzaju okoliczności zwiększyć swoje picie do poziomu wysokiego ryzyka. Ktoś, kto dziś pije ryzykownie lub szkodliwie, może na tyle ograniczyć swoje picie, aby radykalnie zmniejszyć wynikające z niego szkody. Abstynent może w każdej chwili zacząć pić, a osoba uzależniona może zostać abstynentem. Najmniej prawdopodobna jest sytuacja, że osobie uzależnionej uda się trwale ograniczyć spożywanie alkoholu, a więc wrócić na stałe do picia kontrolowanego, o niskim ryzyku szkód.

Ryzykowne spożywanie alkoholu to picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i łącznie w określonym czasie) nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony. **Picie szkodliwe** to taki wzorzec picia, który już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne; ale również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu.

Zespół uzależnienia od alkoholu to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które poprzednio miały dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie alkoholu, niejednokrotnie o dużym nasileniu. Wypicie alkoholu nawet po bardzo długim okresie abstynencji, może wyzwać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu uzależnienia, znacznie szybciej niż pojawienie się uzależnienia u osób poprzednio nieuzależnionych. Na ostateczne rozpoznanie uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej następujących cech lub objawów występujących łącznie przez pewien okres czasu w ciągu ostatniego roku. Są to:

1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia („głód alkoholowy”).
2. Upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z pićmi (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia do wcześniej założonego poziomu, nieskuteczność wysiłków zmierzających do zmniejszenia lub kontrolowania picia).
3. Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego pojawiającego się, gdy picie alkoholu jest ograniczane lub przerywane (drżenie mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki, padaczka poalkoholowa, omamy wzrokowe lub słuchowe, majaczenie, drżenie) albo używanie alkoholu lub pokrewnie działającej substancji (np. leków) w celu złagodzenia ww. objawów, uwolnienia się od nich lub uniknięcia ich.



4. Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu), potrzeba spożycia większych dawek dla wywołania oczekiwanego efektu.
5. Z powodu picia alkoholu – narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu przeznaczona na zdobywanie alkoholu lub jego picie bądź uwolnienia się od następstw jego działania.
6. Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia (picie alkoholu, mimo że charakter i rozmiary szkód są osobie pijącej znane lub można oczekiwać, że są znane).

9. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące.

Czynniki ryzyka to indywidualne cechy człowieka i jego najbliższego otoczenia, które wpływają negatywnie na jego funkcjonowanie w rodzinie, w grupie rówieśniczej czy w szkole i utrudniają poradzenie sobie z pojawiającymi się trudnościami. W efekcie mogą zwiększać prawdopodobieństwo podejmowania ryzykownych decyzji. Skłonność do niekorzystnych dla siebie działań przejawiają zazwyczaj osoby nieradzące sobie z własną impulsywnością i trudnymi dla siebie emocjami. Jeżeli doświadczają czegoś dla siebie bolesnego, zwykle chcą albo się od tego natychmiast odsunąć, albo szybko rozładować przeżywane napięcie. Sprzyjać może temu również nadmierna, w dużym stopniu biologicznie uwarunkowana, potrzeba doznawania intensywnych, mocnych wrażeń. Nie bez znaczenia są również problemy w relacjach z innymi ludźmi (w rodzinie, w szkole i poza nią) prowadzące do przeżywania silnych napięć, poczucia wyobcowania, które mogą przeradzać się we wrogość wobec innych oraz w zachowania autoagresywne. Niedocenianie siebie, brak jasno wytyczonych celów i trudności w radzeniu sobie z przeżyciami i porażkami mogą sprawiać, że dużo łatwiej jest wówczas ulegać presji grupy, która namawia na przykład do wzięcia narkotyku czy wypicia alkoholu.

Z kolei czynniki chroniące to cechy indywidualne człowieka i jego najbliższego otoczenia, które sprzyjają prawidłowemu rozwojowi i adaptacji do zmieniających się warunków życia. Wśród najważniejszych wymienia się dobry kontakt z osobami dorosłymi ze swojego najbliższego środowiska, dzięki którym rozwijamy nie tylko wiele różnych umiejętności, ale i budujemy swoją samoocenę oraz zaufanie do tego, że możemy sobie poradzić w różnych sytuacjach (zarówno samodzielnie, jak i sięgając po pomoc). Czynniki chroniącymi są także te cechy i umiejętności, które pozwalają nawiązywać i rozwijać dobre relacje z innymi ludźmi. Należy do nich umiejętność radzenia sobie z trudnymi emocjami (np. z przygnębieniem, rozdrażnieniem czy frustracją), która również pomaga omijać zachowania ryzykowne. Osoby posiadające tę umiejętność, gdy doświadczają nieprzyjemnych uczuć w trudnych dla siebie momentach, sięgają po konstruktywne (czyli korzystne dla nich i nie raniące innych) sposoby i strategie radzenia sobie z nimi, takie jak: rozmowy z bliskimi i przyjaciółmi, wysiłek fizyczny czy skupienie się na poszukiwaniu rozwiązania problemowej sytuacji. Relacje z osobami, które mają negatywny stosunek do alkoholu i narkotyków czy innych zachowań ryzykownych, również uodparniają na podejmowanie nieodpowiedzialnych wyborów.

Istnieje wiele teorii wskazujących konkretne czynniki sprzyjające lub chroniące przed negatywnymi skutkami alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Przykładowo według Newcomba i Felix-Oritz [31] czynnikami ryzyka są:

1. aspiracje edukacyjne,
2. negatywne oczekiwania związane z przyszłością,
3. wykroczenia,



4. niskie wsparcie społeczne,
5. spostrzeganie znacznego rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych przez dorosłych,
6. spostrzeganie znacznego rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych przez rówieśników,
7. dostępność środków psychoaktywnych.
8. Z kolei za czynniki chroniące, według wspomnianych powyżej autorów, można uznać:
9. wysoką średnią wyników w nauce,
10. przestrzeganie prawa,
11. religijność,
12. niską depresyjność,
13. samoakceptację,
14. dobre relacje w rodzinie,
15. sankcje za używanie

10. Alkohol a pogorszenie kondycji psychicznej.

Powikłania psychiatryczne przewlekłego picia mogą wynikać zarówno z bezpośredniego wpływu alkoholu na mózg, jak i być następstwem zaburzeń somatycznych wynikających z jego używania. U osób pijących alkohol przewlekłe i intensywnie dochodzi do stopniowych uszkodzeń i zaburzeń funkcjonowania w obrębie układu nerwowego: mózgu, rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych. Nadmierne picie prowadzi do rozwoju zaburzeń w zakresie wielu funkcji intelektualnych, powodując postępujący proces otępienny. Chorzy cierpią na zaburzenia pamięci, mają problem z przyswajaniem nowych umiejętności i informacji, a także planowaniem, myśleniem, liczeniem i rozumieniem.

Według szacunków nawet jedna trzecia osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych jest uzależniona lub używa alkoholu szkodliwie. Ponadto nawet 1/5 osób bezdomnych stanowią pacjenci cierpiący z powodu równoczesnych zaburzeń psychicznych i uzależnienia od alkoholu. Uzależnienie od alkoholu szczególnie często współwystępuje z zaburzeniami lękowymi oraz zaburzeniami nastroju (afektywnymi). Istnieją badania wskazujące, że w ciągu całego życia nawet 80% uzależnionych od alkoholu doświadcza objawów zaburzeń nastroju, a 50% cierpi na depresję. Niemal 40% uzależnionych ma objawy zaburzeń lękowych w ciągu dwunastu miesięcy poprzedzających badanie.

11. Zdrowotne skutki spożywania alkoholu.

Okres pandemii Covid-19 zmienił po części nasze nastawienie do konsumpcji alkoholu. Badanie Opinie Polaków podczas pandemii SARS-CoV-2 pokazują, że co piąty respondent ograniczył lub całkowicie zrezygnował ze spożycia alkoholu. Równocześnie co dziewiąty badany przyznaje, że pije więcej niż przed pandemią, zaś niemal połowa nie zauważyła zmian w zachowaniu dotyczącym konsumpcji alkoholu [32].

Ogólnokrajowe badanie wśród dorosłych Amerykanów na temat ich nawyków związanych ze spożywaniem alkoholu wykazało, że podczas pandemii Covid-19 nadmierne picie (takie jak upijanie się) wzrosło o 21%. Naukowcy przeprowadzili symulację wpływu takiego spożycia oraz trendów chorób wątroby u wszystkich dorosłych w USA. Oszacowali, że roczny wzrost spożycia alkoholu podczas pandemii Covid-19 przyczyni się do 2040 roku do 8 000 dodatkowych zgonów z powodu chorób wątroby związanych z alkoholem, 18 700 przypadków niewydolności wątroby i 1 000 przypadków raka wątroby. Oczekuje się, że zmiany spożycia alkoholu spowodowane Covid-19 pociągną za sobą



dotatkowe 100 zgonów i 2 800 dodatkowych przypadków niewydolności wątroby do 2023 roku [33].

Wśród dorosłych Amerykanów w wieku poniżej 65 lat zgony związane z alkoholem faktycznie przewyższyły liczbę zgonów z powodu Covid-19 w 2020 r.; około 74 408 Amerykanów w wieku od 16 do 64 lat zmarło z przyczyn związanych z alkoholem, podczas gdy 74 075 osób poniżej 65 roku życia zmarło na Covid-19 [34].

Z kolei badanie brytyjskie pokazuje, że więcej niż jeden na sześciu dorosłych Brytyjczyków zwiększył spożycie alkoholu podczas lockdownu, a największy odsetek z nich stanowili młodzi dorośli. Zwiększone spożycie alkoholu było niezależnie powiązane ze złym ogólnym zdrowiem psychicznym, nasilonymi objawami depresji i gorszym samopoczuciem psychicznym [35].

12. Jak możemy poprawić naszą kondycję psychiczną.

Badania nad źródłami, jakie mają wpływ na pochodzenie zaburzeń depresyjnych, skłaniają do refleksji nad czynnikami natury biologicznej, psychologicznej oraz społecznej. Wyniki badań wskazują, że od 50% do 80% dzieci rodziców dotkniętych depresją przejawia w dzieciństwie lub w okresie dorastania możliwe do rozpoznania zaburzenie. Około 50% tych dzieci cierpi na zaburzenia depresyjne, ale mogą też się u nich pojawiać inne zaburzenia zachowania, zaburzenia lękowe oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Może to świadczyć o dysfunkcjach przekazywanych genetycznie, jednak większość badań nad potomstwem wskazuje też na fakt, że dzieci w takich rodzinach nie tylko dziedziczą pewne czynniki biologiczne, mogące się przyczynić do zaburzeń psychicznych, ale „dziedziczą” też różnorodne nieprawidłowości psychospołeczne, takie jak dysfunkcjonalne wychowywanie dzieci oraz bardzo stresujące środowisko rodzinne [36]. Dlatego trudno mówić jedynie o aspektach biologicznych w oderwaniu od pozostałych czynników. Oczywiście do pojawiania się depresji przyczyniają się silne sytuacje stresujące, ale ważnymi czynnikami są trudności w relacjach społecznych, zaburzona umiejętność budowania więzi z drugim człowiekiem, negatywne doświadczenie z wczesnego dzieciństwa, dysfunkcjonalne procesy poznawcze oraz dysfunkcjonalne umiejętności społeczne [36].

Mając na uwadze powyższe ograniczenia, którym podlegamy, niejednokrotnie niezależne od nas samych, w dalszym ciągu możemy ograniczyć ryzyko pojawienia się depresji poprzez nasze wybory i decyzje dotyczące naszego stylu życia.

Pierwszy z elementów, na który mamy w pełni wpływ jest **podejmowanie wysiłku fizycznego**, który w aspekcie zdrowia psychicznego obniża poziom stresu i lęku, zmniejsza ryzyko napadów paniki, poprawia samopoczucie oraz działa antydepresyjnie. Aktywność fizyczna powoduje zwiększony przepływ krwi przez mózg, lepsze dostarczenie składników odżywczych i tlenu, stymuluje proces tworzenia się naczyń włosowatych oraz uwalniania niektórych neuroprzekaźników. Należy jednak mieć na uwadze, że nawet regularna aktywność fizyczna w przypadku wystąpienia choroby, nie jest w stanie zastąpić tradycyjnego leczenia farmakologicznego lub psychoterapii, lecz stanowi czynnik prewencyjny oraz wspomagający leczenie wielu zaburzeń związanych z funkcjonowaniem mózgu [37].

Badania epidemiologiczne dowodzą, że osoby, które rozpoczynają regularne treningi lub pozostają aktywne, są mniej podatne na zachorowanie na depresję. Przykładowe badania wskazują, że u młodych mężczyzn występuje zmniejszone ryzyko podatności na depresję w zależności od liczby



kalorii spalonych podczas treningu w porównaniu z osobami o niskiej aktywności fizycznej. W przypadku osób o wysokiej aktywności (> 2500 spalonych kcal tygodniowo) to ryzyko zmniejsza się o 28%, a w przypadku wykonujących umiarkowaną aktywność fizyczną (1 000–2 000 spalonych kcal na tydzień) o 17% [38]. Inne badania wskazują na dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia klinicznej depresji u kobiet wykazujących niską lub umiarkowaną aktywność fizyczną w stosunku do kobiet przejawiających aktywność na wysokim poziomie. Brak aktywności fizycznej może więc stanowić czynnik ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych [39]. Udowodniono także, że aktywność fizyczna może stanowić skuteczne narzędzie w leczeniu uzależnień i zachowań destrukcyjnych. Zapobiega ona takim nałogom jak alkoholizm, uzależnienie od hazardu, zmniejsza łaknienie tytoniu u palaczy, reguluje odczuwanie głodu i sytości, ułatwia kontrolowanie ilości przyjmowanego pokarmu. Ponadto ćwiczenia fizyczne, niezależnie od intensywności, poprawiają jakość snu, skracają fazę REM i czas zaśnięcia [40].

Kolejnym czynnikiem, na który mamy wpływ, a który oddziałuje na naszą kondycję psychiczną, są **dieta i nasze nawyki żywieniowe**. Nadwaga i otyłość są obecnie z pewnością problemami społecznymi. Spożywamy coraz więcej przetworzonych, wysokoenergetycznych i ubogich w wartości odżywcze produktów spożywczych. W konsekwencji borykamy się z problemami nadwagi i otyłości przy jednocześnie występujących niedoborach składników odżywczych. Chociaż poziom spożywanych kalorii rośnie, nie przyjmujemy rekomendowanych wartości mikro- i makroelementów, które odgrywają znaczące role w prawidłowym funkcjonowaniu naszego układu nerwowego — witaminy z grupy B, witamina D3, cynk, magnez czy selen. Dodatkowo, spożywamy mniej warzyw bogatych w błonnik i składniki odżywcze oraz produktów zbożowych [41]. Mózg zużywa znaczną część pozyskanej energii i składników odżywczych. Jego prawidłowe odżywienie wymaga dostarczenia odpowiednich aminokwasów, tłuszczów, witamin, minerałów i pierwiastków śladowych. Badania dobrze dokumentują powiązania pomiędzy depresją a nawykami żywieniowymi. Z aktualnie opublikowanych danych naukowych wyłoniło się pięć kluczowych zaleceń dietetycznych, dotyczących zapobiegania depresji. Obejmują one: przestrzeganie „tradycyjnych” wzorców żywieniowych, takich jak dieta śródziemnomorska, norweska lub japońska; zwiększenie spożycia owoców, warzyw, roślin strączkowych, pełnoziarnistych zbóż, orzechów i nasion; wysokie spożycie żywności bogatej w wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3; zastępowanie niezdrowej żywności zdrową i pożywną; ograniczanie spożycia przetworzonej żywności, fast foodów, pieczywa i słodczy [42]. W wielu badaniach ocenia się wpływ diety na ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych, zwłaszcza w późniejszym okresie życia. Prowadzone badania dotyczące wpływu diety śródziemnomorskiej na ryzyko wystąpienia demencji potwierdzają wpływ składników tej diety na optymalne funkcjonowanie mózgu, poprzez oddziaływanie takich produktów spożywczych, jak zielone warzywa, które są bogate w witaminę E, kwas foliowy i karotenoidy, owoce morza, bogate w kwasy tłuszczowe omega-3 czy jagody zawierające polifenole. Na utrzymanie dobrego nastroju wpływa również zapewnienie właściwej dawki witaminy B6 i B12. Dieta bogata w nienasycone kwasy tłuszczowe przy jednoczesnym ograniczeniu spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych oraz kwasów tłuszczowych trans, ogranicza ryzyko wystąpienia tego rodzaju zaburzeń [43].

Wpływ na naszą kondycję psychiczną ma również nasz **ogólny stan zdrowia**. Wiele badań wskazuje na częstsze występowanie depresji lub pojedynczych objawów depresyjnych u osób cierpiących na choroby somatyczne w porównaniu z populacją ogólną, tym samym choroby te stają się istotnym ryzykiem takiego zachorowania. Przykładowo przy chorobie Parkinsona częstotliwość występowania silnej depresji wynosi 51%, przy nowotworach złośliwych – 20-40%, chorobach tarczycy – 20-30%,



cukrzyca – 10-27%, zawału serca – 16-28%, udaru mózgu – 23-35%, HIV/AIDS – 12% [44].

Nasz styl życia i sposób, w jaki odpoczywamy, ma również istotny wpływ na kondycję psychiczną. Szybkie tempo życia, wszechogarniające napięcie, brak odpoczynku, zwłaszcza snu, odbija się negatywnie na naszym zdrowiu. Przy niedoborze snu możemy zaobserwować wahania nastroju. Zbyt mało snu zmniejsza rezerwę emocjonalną, co skutkuje mniejszą odpornością. Człowiek staje się bardziej skłonny do odczuwania smutku, popadania w zmęczenie i depresję. Brak snu często wpływa również na brak motywacji, a także na pojawienie się trudności w wykonywaniu zadań wymagających planowania i przewidywania. Powodem tego jest osłabienie funkcji neurologicznych, co obniża wrażliwość na środowisko i pogarsza spostrzegawczość [45]. Nieprzespana lub źle przespana noc wpływa także na utrudnione oddychanie – powoduje niewielkie zmniejszenie maksymalnej ilości wydychanego powietrza, ponadto osłabia normalne reakcje oddechowe przy obniżonym poziomie tlenu we krwi, co jest dostrzegalne przy wydłużonym czasie odzyskania równowagi po intensywnym wysiłku fizycznym. Zaburzenia snu mogą być pierwszym sygnałem wskazującym na możliwość wystąpienia zaburzeń psychoneurotycznych, coraz częściej pojawiających się u współczesnego człowieka. Dzieje się tak, ponieważ środowisko zewnętrzne staje się coraz bardziej skomplikowane ze względu na szybką zmianę warunków, nagromadzenie bodźców, do których człowiek nie nadąża się przyzwyczaić i dostosować swojego aparatu psychoneurotycznego. W świetle tego zjawiska, bardzo ważna staje się właściwa ochrona człowieka przed ujemnymi skutkami współczesnej rzeczywistości, pozwalająca jednocześnie na dalszy rozwój. Rola higieny psychicznej, do której należy higiena snu, dla rozwoju i zachowania zdrowia psychicznego i fizycznego człowieka staje się niezbędną. Badania dowodzą, że zarówno zbyt krótki, jak i nadmiernie przedłużający się sen mogą skutkować wystąpieniem wielu zaburzeń zdrowotnych o podłożu metabolicznym, a także depresyjnym. Przykładowo badania nad długością snu kobiet i mężczyzn wykazały, że krótki (poniżej 6 godzin) lub długi (powyżej 9 godzin) czas snu ma wpływ na nasze zdrowie psychiczne, a istotne elementy wykazywały wzorce specyficzne dla płci. Kobiety wykazywały istotne powiązania ze stresem i objawami depresji, a mężczyźni ze stresem, myślami samobójczymi i poradnictwem psychiatrycznym. Podczas gdy stres wiązał się z krótkim czasem snu u obu płci, objawy depresji wykazywały związek z długim czasem trwania snu u mężczyzn i krótkim czasem trwania u kobiet [46].

Poważnym zagrożeniem dla naszej równowagi psychicznej są **uzależnienia**. Szybkemu tempu życia i konsumpcyjnemu podejściu towarzyszy stres i negatywne emocje. Sprzyja to rozwojowi uzależnień poprzez poszukiwanie natychmiastowej nagrody, szybkiej przyjemności, a także trudności w kontrolowaniu własnych impulsów. Uzależnienia to nie tylko alkohol, narkotyki czy nikotyna, coraz większego znaczenia nabierają uzależnienia behawioralne, takie jak uzależnienie od internetu, od gier komputerowych, od telefonu komórkowego, od portali społecznościowych, zakupoholizm, pracoholizm, patologiczny hazard, seksoholizm, ortoreksja, tanoreksja, bigoreksja, zaburzenia odżywiania (np. anoreksja, bulimia, kompulsywne objadanie się, uzależnienia wizualizacyjne (operacje plastyczne, upiększanie ciała za pomocą medycyny estetycznej, tatuowanie, piercing), pierwotne patologiczne zbieractwo, telemania, uzależnienie od ludzi, uzależnienie od ćwiczeń fizycznych [47]. O ile bezpośredni negatywny wpływ alkoholu i innych środków psychoaktywnych na występowanie licznych zaburzeń psychicznych jest powszechnie znany, to uzależnienia behawioralne wskazują, że codzienne czynności wykonywane bez umiaru mogą doprowadzić do ciężkich zaburzeń. Czynności te zaczynają się przejawiać jako obsesja, zachowania patologiczne i mają swoje negatywne konsekwencje. Jak inne zachowania niekontrolowane, powodują nie tylko bezpośrednie, ale i pośrednie skutki konkretnego postępowania. Każde z tych zaburzeń, które dotyka coraz młodszych osób, może doprowadzić do pogorszenia relacji rodzinnych, społecznych, złego samopoczucia zarówno psychicznego, jak i fizycznego.



Wreszcie na koniec warto wspomnieć o kwestiach, na które mamy decydujący wpływ, czyli na uporządkowanie swojego codziennego życia, jeśli wkraść się do niego chaos – czyli wzięcia życie w swoje ręce. Dobrze jest efektywnie zarządzać swoim czasem, dążyć do zachowania codziennej rutyny, bo stałe pory sprzyjają przywróceniu ładu i harmonii, a gąszcz zmian, które dotyczą nas na każdym kroku, przysparza nam dodatkowego stresu. Ważne jest zachowanie pozytywnego nastawienia i zaakceptowanie faktu, że istnieją wokół nas zdarzenia, których nie możemy kontrolować, ponieważ są elementem rzeczywistości wokół nas. Nie oznacza to oczywiście bezwolnego poddawania się wszystkim i wszystkiemu. Dobrze jest ustalić granice i nauczyć się odmawiać prośbom, które mogłyby spowodować nadmierny stres w naszym życiu. Lepiej być asertywnym, a nie agresywnym, podkreślać swoje uczucia, opinie lub przekonania, zamiast być defensywnym lub pasywnym czy po prostu złym.

Stres w naszym życiu i tak się pojawia, więc dobrze znaleźć swój sposób na jego zredukowanie. Służy temu sprawianie sobie drobnych przyjemności, dobrze mieć hobby czy zainteresowania i wypracowane formy relaksu. Może to być spacer z psem lub bieganie, czytanie książki lub słuchanie muzyki, gorąca kawa lub aromatyczna kąpiel, cokolwiek, co lubimy i sprawia nam przyjemność. Możemy nauczyć się technik relaksacyjnych, spróbować medytacji, jogi, tai-chi lub techniki opartej na uważności (*ang. mindfulness*), czyli skupianiu swojej uwagi na bieżącej chwili i wydarzeniach, których się w danym momencie doświadczają [48].

W poprawieniu naszej formy nie pomagają substancje psychoaktywne, które na chwilę odciągają nas od problemów, ale ich nie rozwiązują, a co gorsze nasza kondycja psychiczna w następstwie ich używania ulega pogorszeniu. Wpływ zarówno palenia tytoniu [49], konsumpcji alkoholu [50] czy używania narkotyków [51] na zaburzenia depresyjne jest znany i naukowo udowodniony. Jest to o tyle istotne, że zarówno inicjacja alkoholowa [52], jak i narkotykowa [53] przypada na ok. 13. rok życia, co powoduje, że substancje te przyczyniają się do zmian w strukturze i funkcjonowaniu mózgu, a w konsekwencji zwiększają ryzyko występowania problemów psychicznych w przyszłości.

Naturalnie w budowaniu naszej kondycji psychicznej pomocni są inni ludzie, stanowiący nasze wsparcie społeczne, przy czym bardziej efektywne są więzi oparte na kontaktach osobistych, a nie relacjach przy pomocy mediów społecznościowych. Spędzajmy czas z tymi, których lubimy, zapewnijmy sobie dobre relacje z innymi, bądźmy na bieżąco w kontakcie z najbliższymi. Rozmawiajmy o naszych obawach i emocjach z osobami, które darzymy zaufaniem. Unikajmy tych, którzy nas obciążają i ranią, wybierajmy osoby, które naprawdę potrafią nas wysłuchać i zrozumieć, które z pewnością pomogą nam **#ŻycDobrze**.

**Bibliografia:**

1. World Health Organization. Promoting mental health: concepts. Emerging evidence, practice (Summary Report), WHO Genewa 2004.
2. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020
3. Kiejna A., Moskalewicz J., Rabaczko D., i in., Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012. s. 19–41.
4. Zdrowie Psychiczne w Unii Europejskiej, Kancelaria Senatu, Warszawa 2019, s. 5-6; https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/175/plik/ot-674_zdrowie_psychiczne.pdf (dostęp 30.05.2022 r.)
5. <https://www.bevjames.com/clients/owen-okane/> (dostęp 30.05.2022 r.)
6. Gujski M., Jankowski M., Pomyśl o sobie – sprawdzamy zdrowie Polaków w Pandemii, Warszawa 2022, https://raport-zdrowia.wpcdn.pl/Raport_o_zdrowiu_ABCzdrowie.pdf (dostęp 30.05.2022 r.)
7. Everall I., Ford T., John A., i in., Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(6): 547-560.
8. Komenda Główna Policji, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (dostęp 30.05.2022 r.)
9. Chodkiewicz J., Raport z pierwszej części badań: Życie w dobie pandemii, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego <http://psych.uni.lodz.pl/projekt-badawczy-zycie-w-dobie-pandemii/> (dostęp 30.05.2022 r.)
10. Nastolatki wobec pandemii, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, https://covid.psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/50/2021/03/Raport_nastolatki_wobec_pandemii.pdf. (dostęp 30.05.2022 r.)
11. Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii. Raport z badań ilościowych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku dla Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, <https://fdds.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2020/negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii-2020.html> (dostęp 30.05.2022 r.)
12. https://www.ipsos.com/pl-pl/praca_w_pandemii (dostęp 30.05.2022 r.)
13. Dwa lata nowej normalności. Pracownicy i kandydaci w nowym świecie pracy. Raport Pracuj.pl marzec 2022 r <https://media.pracuj.pl/181808-dwa-lata-nowej-zawodowej-normalnosci-raport-pracujpl> (dostęp 30.05.2022 r.)
14. Długosz P., Nauka zdalna i jej skutki na obszarach peryferyjnych. Komunikat z badań https://www.researchgate.net/profile/Piotr-Dlugosz-2/publication/357281202_Zdalna_educacja_i_jej_skutki_na_obszarach_peryferyjnych_-_komunikat_z_badan_links/61c4a5de14310e6f9e46def8/Zdalna-edukacja-i-jej-skutki-na-obszarach-peryferyjnych-komunikat- (dostęp 30.05.2022 r.)
15. Długosz P., Liszka D., The Relationship between Mental Health, Educational Burnout and Strategies for Coping with Stress among Students: A Cross-Sectional Study of Poland, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 10827.
16. Konsekwencje edukacji zdalnej w ocenie studentów kierunków społecznych i humanistycznych, UMCS, grudzień 2021 r. <https://phavi.umcs.pl/at/attachments/2021/1221/073929-raport-2-studenci-21.pdf> (dostęp 30.05.2022 r.)
17. Draga D.A, Soler M.J, Achard-Braga L., Psychological Well-Being in Teachers During and Post-Covid-19: Positive Psychology Interventions, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ar->



- ticles/PMC8716601/ (dostęp 30.05.2022 r.)
18. Świącicki Ł., Depresje — definicja, klasyfikacja, przyczyny, *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2002, 2, 3, 151–160 <https://www.terapiadynamicznakrakow.pl/artykuly/depresje.pdf> (dostęp 30.05.2022 r.)
 19. Borowiecka-Kluza J., Depresja, <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/69882,depresja> (dostęp 30.05.2022 r.)
 20. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (dostęp 30.05.2022 r.)
 21. Morawska-Borowiec A., Leki antydepresyjne i terapia – najważniejsze w walce z depresją, *Twarze depresji* nr 2/2021 <https://twarzedepresji.pl/wp-content/uploads/2021/03/Twarze-depresji-2-2021.pdf> (dostęp 30.05.2022 r.)
 22. np. <https://psychiatra.bydgoszcz.eu/publikacje-dla-pacjenta/depresja/skala-depresji-becka/> (dostęp 30.05.2022 r.)
 23. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., i in., (1961), An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4: 53-63.
 24. Depresja w doświadczeniach i opiniach, Centrum Badania Opinii Społecznej 2021, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_145_18.PDF (dostęp 30.05.2022 r.)
 25. dane ZUS <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2020+roku.pdf/3228aa46-e37b-fc6c-66e4-0ccb3fd72b87> (dostęp 30.05.2022 r.)
 26. dane ZUS, <https://www.politykazdrowotna.com/76081,rosnie-liczba-zwolnien-z-powodu-stresu-i-depresji> (dostęp 30.05.2022 r.)
 27. dane NFZ
 28. Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response, OECD 2021, <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tackling-the-mental-health-impact-of-the-covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response-0cca0b/> (dostęp 30.05.2022 r.)
 29. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6e4b4ffb-en/index.html?itemId=/content/publication/6e4b4ffb-en> (dostęp 30.05.2022 r.)
 30. <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (dostęp 30.05.2022 r.)
 31. Newcomb M.D., Felix-Ortiz M., Multiple protective factors for drug use and abuse: Cross-sectional and prospective findings. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992;63(2):280–296.
 32. https://www.biostat.com.pl/zwyczajne_prozdrowotne_polakow_podczas_covid_19.php (dostęp 30.05.2022 r.)
 33. <https://www.massgeneral.org/news/press-release/Alcohol-consumption-during-the-covid-19-pandemic-projected-to-cause-more-liver-disease-and-deaths> (dostęp 30.05.2022 r.)
 34. <https://www.nytimes.com/2022/03/22/health/alcohol-deaths-covid.html> (dostęp 30.05.2022 r.)
 35. Jacob L., Smith L., Armstrong N.C., i in., Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults, https://pure.ulster.ac.uk/ws/portalfiles/portal/88936188/Alcohol_use_and_mental_health_during_COVID_19_lockdown.pdf (dostęp 30.05.2022 r.)
 36. Hemmen C., Depresja, Gdańskie wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006 r., s. 75
 37. Gieroba B., Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2019, Tom 25, Nr 3
 38. Paffenbarger R.S., Lee I.M., Leung R., Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American college men. *Acta Psychiat Scand*. 1994; 89



- (S377): 16–22.
39. Farmer M.E., Locke B.Z., Mościcki E.K., i in., Physical activity and depressive symptoms: The NHANES I Epidemiological Follow-Up Study, *Am J Epidemiol.* 1988; 128: 1340–51.
 40. National Commission on Sleep Disorders Research, *Wake up America: A national sleep alert. Executive summary and executive report, 1993; 1–76.*
 41. Parker E., Goldman J., Moshfegh A., America's nutrition report card: comparing WWEIA, NHANES 2007–2010 Usual nutrient intakes to dietary reference intakes, *FASEB J.* 2014; 28 (suppl): 384.2.
 42. Opie R.S., Itsiopoulos C., Parletta N., i in., Dietary recommendations for the prevention of depression, *Nutritional Neuroscience.* 2017; 20(3): 161–171, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/1476830515Y.0000000043> (dostęp 30.05.2022 r.)
 43. Morris M.C., Nutritional determinants of cognitive aging and dementia, *Proc Nutr Soc.* 2012; 71(1): 1–13.
 44. Dudek D., Siwek M., Współistnienie chorób somatycznych i depresji, *Via Medica* tom 4, nr 1, 17–24, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/viewFile/29181/23946> (dostęp 30.05.2022 r.)
 45. Kapała A., Zaburzenia snu w kontekście przemian cywilizacyjnych, *Sztuka Leczenia*, 2014 nr 3-4 s. 35-44.
 46. Lee M.S., Shin J.S., Lee J., i in., The association between mental health, chronic disease and sleep duration in Koreans: a cross-sectional study, *BMC Public Health.* 2015;15:1200. Published 2015 Dec 1.
 47. Wawryk L., Uzależnienia w dyskursie behawioralnym, *Dyskursy Młodych Andragogów*, 20/1019 http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-153523b-2-5a0d-4b3b-8bd8-77b83f2aa8fc/c/22_Wawryk.pdf (dostęp 30.05.2022 r.)
 48. <https://pulsmedycyny.pl/depresja-pokonana-sila-umyslu-891108> (dostęp 30.05.2022 r.)
 49. Taylor A.E., Fluharty M.E., Bjørngaard J.H., et al., Investigating the possible causal association of smoking with depression and anxiety using Mendelian randomisation meta-analysis: the CARTA consortium, *BMJ Open* 2014;4:e006141. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006141
 50. Makara-Studzińska M., Pytypczuk A., Madej A., Nasilenie objawów depresji i lęku wśród osób uzależnionych od alkoholu i hazardu, *European Journal of Medical Technologies*, 2015; 2(7); 20-29.
 51. Modrzejewska R., Bomba J., Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież a występowanie objawów depresyjnych, *Przegląd Lekarski* 2004/61/11.
 52. Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014, WHO 2018, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/382840/WH15-alcohol-report-eng.pdf (dostęp 30.05.2022 r.)
 53. Biały T., Analiza i identyfikacja czynników wpływających na konsumpcję nowych narkotyków (tzw. „dopalaczy”) wśród młodzieży szkolnej w Polsce, niepublikowana rozprawa doktorska, Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie, 2019