▪ Ostre reakcje na stres

Im mniej strachu, tym więcej ducha.
Soren Kirkegaard

Są to przejściowe zaburzenia (trwające godziny lub dni), które mogą występować jako nagła reakcja na silny stres powodujący poważne zagrożenie bezpieczeństwa lub integralności psychicznej danej osoby lub osób jej bliskich (np. katastrofa naturalna, wypadek, napad, wojna, gwałt, osierocenie, pożar). Reakcję taką może wywołać każde zdarzenie obejmujące stratę, zazwyczaj jednak odnoszące się do czyjejś śmierci.

Objawy są zmienne, początkowo po doznaniu stresu pojawia się stan zdziwienia, po którym następuje depresja, lęk, złość lub rozpacz, zawężenie uwagi, dezorientacja, agresja, poczucie beznadziejności, nadaktywność lub poczucie winy. W bardzo silnym stresie może wystąpić dysocjacyjny stan zamroczenia.

Około 15-20% osób w ciągu życia doznaje wyjątkowego stresu, zaś czynnikami ryzyka są wyczerpanie fizyczne, zły stan somatyczny, starość. Gdy usunięty zostaje czynnik stresujący, to objawy ustępują zazwyczaj w ciągu kilku godzin, a jeżeli działanie stresora trwa, objawy zazwyczaj zmniejszają się po 24-48 godzinach i stają się minimalne po 3 dniach.

Objawy takiej reakcji to zazwyczaj niedowierzanie, szok, otępienie i poczucie odrealnienia, złość, poczucie winy, smutek i obawa, zaabsorbowanie zmarłym, zaburzenia snu i apetytu oraz niekiedy utrata wagi, widzenie zmarłego i słyszenie jego głosu. Zazwyczaj intensywność tych objawów ulega stopniowemu zmniejszaniu, wraz z akceptacją straty i ponownym dostosowaniem się do sytuacji. Typowa „reakcja żalu" trwa do 12 miesięcy (średnio 6 miesięcy), jednak występują tu zróżnicowania kulturowe.

Rozpacz patologiczna to reakcja żalu po zmarłej bliskiej osobie, najczęściej małżonku, dzieciach, rodzicach czy rodzeństwie, która jest bardzo intensywna, przedłużona, opóźniona i jej objawy wykraczają poza „zwykły" zakres, np. zaabsorbowanie poczuciem bezwartościowości (lub myśli o śmierci), przesadne poczucie winy, wyraźne spowolnienie myśli i ruchów, przedłużony okres niemożności normalnego funkcjonowania, doświadczenie omamów innych niż obraz lub głos zmarłego.

Czynnikami ryzyka wystąpienia takiej reakcji są wcześniejsze epizody depresji, niewystarczające wsparcie społeczne, niewiele doświadczeń związanych ze śmiercią, „urazem" lub nieoczekiwaną śmiercią. Niekiedy pojawia się poczucie winy, obniżona samoocena, poczucie, że niedopełnione zostały wszystkie możliwości leczenia osoby zmarłej, nie była pod wystarczająco dobrą opieką. Czasem na skutek takiej przedłużonej reakcji żałoby człowiek może zacząć nadużywać alkoholu, co daje chwilową ulgę, ale poczucie winy narasta potem jeszcze

bardziej. Wyjątkowo reakcja żałoby może się manifestować objawami histerycznymi, z wesołkowatością i dziwacznymi zachowaniami.

Normalna reakcja rozpaczy nie wymaga leczenia, czasem można zastosować środki uspokajające, np. z grupy benzodwuazepin, w celu zmniejszenia pobudzenia lub leczenia zaburzeń snu. Jeżeli występują cechy bardzo nasilonej rozpaczy, trwającej dłużej niż rok, lub kiedy dołączają się kliniczne objawy depresji albo lęku, powinno się rozważyć leczenie środkami przeciwdepresyjnymi oraz zastosowanie psychoterapii.

W literaturze fachowej i popularnej opisane są **reakcje osób umierających** jako specyficzna odmiana reakcji żałoby. Tomb (2008) przedstawia pięć stadiów reakcji, kiedy pacjent dowiaduje się, że ma umrzeć: 1) najpierw pojawia się niedowierzanie, podejrzewanie lekarzy, że diagnoza nie została postawiona właściwie; niektórzy pacjenci nie wychodzą poza taki rodzaj reakcji; 2) następnie gniew i złość do bliskich, lekarzy, Pana Boga, zapytywanie „dlaczego ja?"; 3) kolejny etap to okres targowania się z lekarzami i Panem Bogiem, np. „mogę umrzeć, ale dopiero jak syn skończy studia", obiecywanie dobrych uczynków, działań charytatywnych; 4) okres depresji, rozpaczy; w tym stadium możliwe są próby samobójcze, szczególnie kiedy depresja ma cechy agitacji; 5) okres akceptacji, kiedy pacjent jest spokojny, zrezygnowany, dąży do pożegnania rodziny i przyjaciół.

▪ Pourazowe zaburzenia stresowe

Niech pociechą dla nas będzie to, iż żaden ból na świecie nie trwa wiecznie. Kończy się cierpienie, pojawia się radość – tak równoważą się nawzajem.

Albert Camus

Lęk jest także głównym objawem w przebiegu **pourazowego zaburzenia stresowego** (*postraumatic stress disorder* – PTSD), które może być wywołane przez stres związany z walką; pewni autorzy nawet nazywali taki stan *sercem żołnierza*. Inne nazwy, takie jak nerwica frontowa, wyczerpanie bojowe lub pourazowa nerwica wojenna powstały w nawiązaniu do stresu doświadczanego w walce w okopach podczas I wojny światowej. Upatrując przyczynę zaburzeń psychicznych w wielu czynnikach genetycznych i środowiskowych, uznaje się, że PTSD jest jednym z najbardziej skrajnych przykładów zaburzeń „uwarunkowanych środowiskowo". Ludzie, u których rozwinęło się PTSD, nie zachorowaliby, gdyby nie byli narażeni na przerażający stres. Ostatnio uważa się, że stres nie musi być związany z wojną czy walką i że każdy poważny stres, także w życiu cywila, może wywołać takie zaburzenie.

PTSD to poważne zaburzenie psychologiczne następujące po wydarzeniach traumatycznych, charakteryzujące się powtórnym przeżywaniem zdarzenia, z objawami nadpobudliwości, unikania i odrętwienia emocjonalnego. Objawy pojawiają się w ciągu 6 miesięcy po urazie, występują co najmniej przez miesiąc, upośledzając różne ważne sfery funkcjonowania, np. społeczne, zawodowe i inne.

Definicja PTSD zawiera trzy grupy objawów: 1) ponowne przeżywanie wydarzenia traumatycznego w różnej formie, np. natrętne wspomnienia, koszmary nocne lub nagłe przypomnienie sobie przeszłości; 2) unikanie sytuacji, które mogłyby wzbudzić wspomnienia urazu lub reagowanie odrętwieniem, czyli niezdolność do przypomnienia sobie tamtego wydarzenia albo ograniczony zakres przeżywania emocji; 3) uporczywe objawy nadmiernego pobudzenia (spowodowane nadaktywnością autonomiczną, taką jak nadmierna czujność, odruch orientacyjny, problemy z zaśnięciem lub bezsenność).

Istotne wydają się być trzy różne czynniki: nasilenie i czas trwania sytuacji stresującej, osobowościowe i emocjonalne cechy ofiary, stopień psychologicznego wsparcia otrzymanego po urazie. PTSD jest silnym dowodem na to, że przeżycia psychologiczne mają neurobiologiczne konsekwencje i że rozdzielenie ciała od umysłu jest błędnym i nadmiernym uproszczeniem.

Według amerykańskiej klasyfikacji chorób DSM-IV typowymi objawami PTSD są:

I. Ponowne przeżywanie traumatycznego wydarzenia (przynajmniej jedno z poniższych kryteriów): 1) nawracające, uporczywe i przykre wspomnienia sytuacji stresowej, 2) nawracające przykre sny, 3) odczucia, jakby zdarzenie takie miało się powtórzyć, 4) cierpienie psychiczne w sytuacji przypominania sobie tego wydarzenia, 5) objawy wegetatywne w odpowiedzi na bodźce przypominające.
II. Uporczywe unikanie lub zmniejszenie się ogólnej wrażliwości na bodźce z otoczenia (przynajmniej trzy z poniższych kryteriów): 1) unikanie myśli, uczuć i rozmów dotyczących wydarzenia, 2) próby unikania bodźców przypominających, 3) amnezja psychogenna, 4) ograniczenie zainteresowań i aktywności wiążących się z urazem, 5) poczucie wyobcowania, 6) poczucie braku perspektyw na przyszłość.
III. Objawy nadmiernej pobudliwości (wymagana obecność przynajmniej dwóch): 1) zaburzenia snu, 2) drażliwość lub wybuchy gniewu, 3) problemy z koncentracją, 4) nadmierna czujność, 5) nadmierna reakcja na bodźce.

Jeżeli PTSD trwa bez przerwy 3 miesiące, to przechodzi w stan przewlekły. Czasem dołączają się patologiczne reakcje lękowe. Dąbkowska (2007) przedstawiła przegląd badań dotyczących PTSD, z którego wynika, że wystąpieniu tego