



Zaburzenia adaptacyjne

Dorota Wołyńczyk-Gmaj

Fizjologiczna reakcja na stres

- Lęk patologiczny, gdy reakcja na zagrożenie jest: nadmierna, nieadekwatna do bodźca, nie spełnia roli adaptacyjnej i upośledza funkcjonowanie.

Objawy psychiczne: zamartwianie się, ruminację, katastroficzną ocenę sytuacji, derealizację i depersonalizację, przymus ucieczki, uczucie napięcia, niepokoju, skrępowania, niemożność odprężenia się, poczucie zagrożenia z trwożliwym oczekiwaniem, zaburzenia koncentracji, pamięci, zawężenie pola spostrzegania

Objawy behawioralne (niepokój manipulacyjny, lokomocyjny, agitacja bądź zahamowanie do stuporu włącznie)

Objawy wegetatywno-somatyczne (rozszerzenie źrenic, suchość w jamie ustnej, wzmożoną potliwość, dreszcze, uczucie dławienia, ucisku w klatce piersiowej, duszność, tachypnoe, kołatanie serca, tachykardię, podwyższenie lub nagły spadek ciśnienia krwi, nudności, wzmożoną perystaltykę jelit, biegunki, częste oddawanie moczu, drżenie głosu, rąk i ciała, drętwienie, zawroty głowy, zaburzenia snu, zaburzenia libido)

ICD-10

- F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne

KONIECZNE jeden lub dwa czynniki przyczynowe

- F43.0 Ostra reakcja na stres
- F43.1 Zaburzenia stresowe pourazowe
- F43.2 zaburzenia adaptacyjne



Ostra reakcja na stres

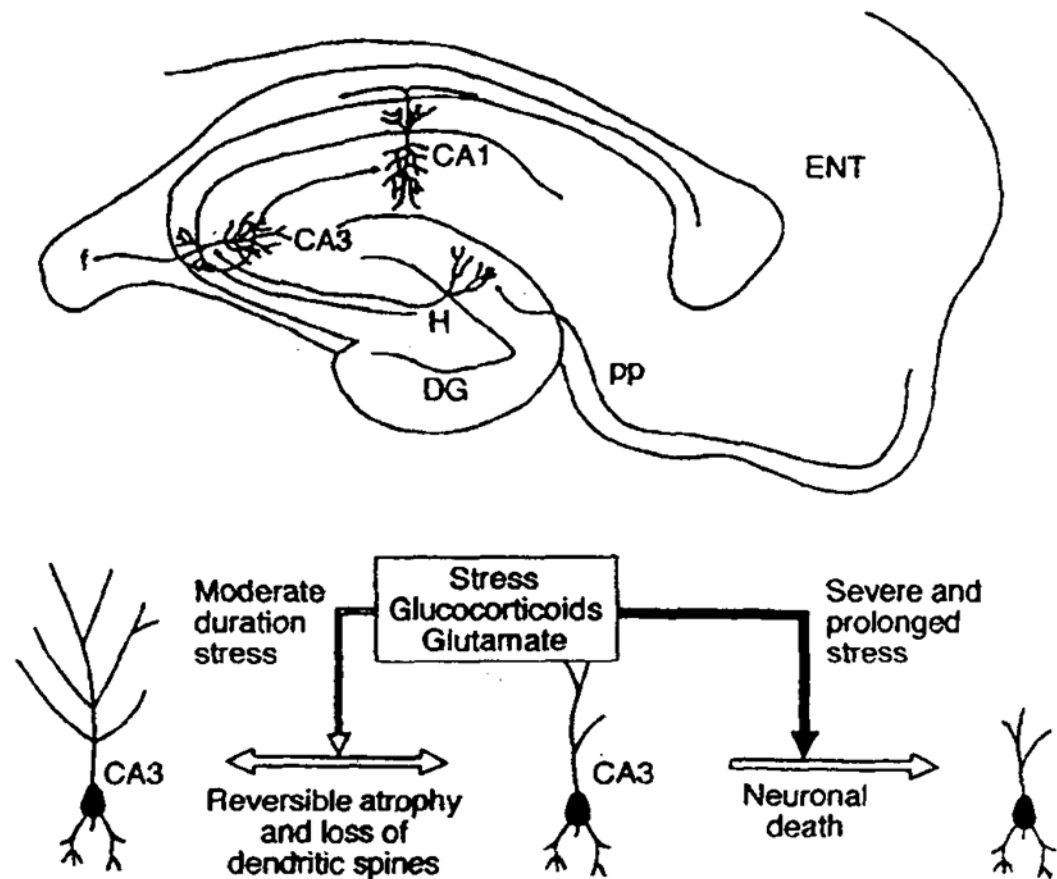
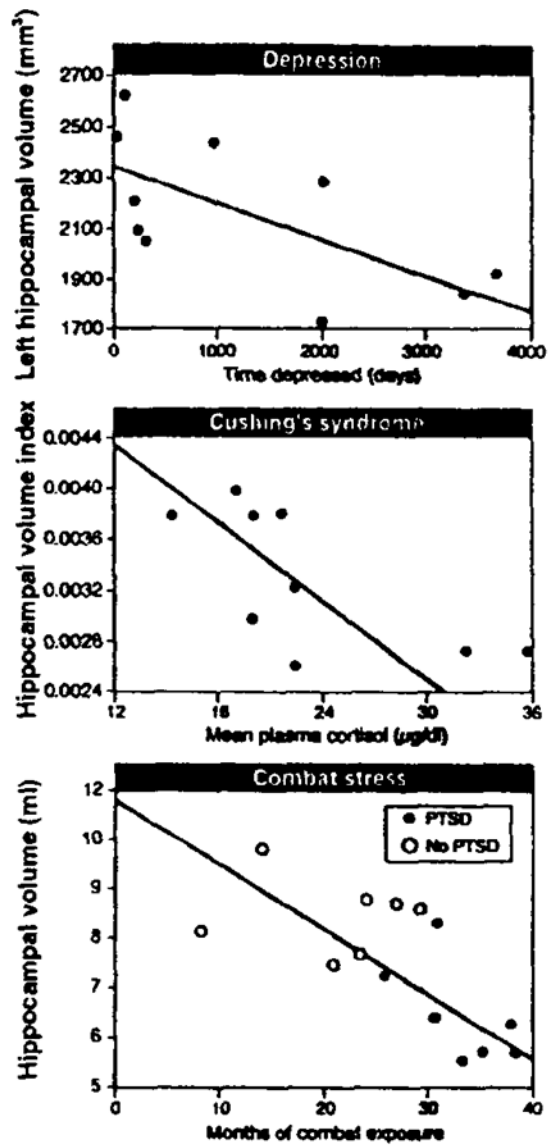
- Przemijające zaburzenie zazwyczaj ustępuje do kilku dni.
- Stresorem może być druzgocące wydarzenie pociągające za sobą poważne zagrożenie.
- Klinicznie objawia się zawężeniem pola świadomości i zawężeniem uwagi, niemożnością rozumienia bodźców i zaburzeniami orientacji.
- Często występują wegetatywne objawy panicznego lęku: przyspieszona akcja serca, pocenie się. Może występować częściowa lub całkowita niepamięć całego epizodu.

Ostra reakcja na stres- kryteria

- Bezpośredni związek z wydarzeniem stresowym
- Mieszany zazwyczaj zmienny obraz-”oszołomienie”, depresja, lęk, złość, rozpacz, pobudzenie i wyłączenie
- Znikają szybko po wycofaniu ze stresującego otoczenia

Ostra reakcja kryzysowa, wyczerpanie walką, stan kryzysu, szok psychiczny

FIGURE 3. Schematic Summary of Actions of Adrenal Steroids That Affect Hippocampal Function and Alter Cognitive Performance^a

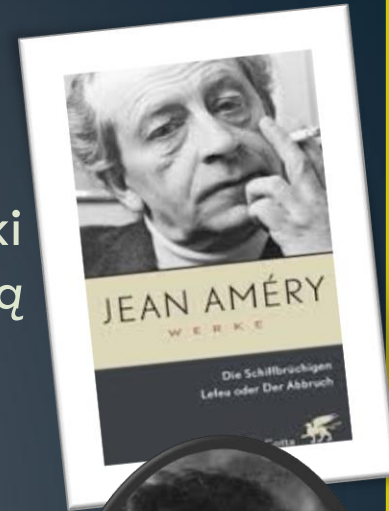


Zaburzenia stresowe pourazowe- kryteria

- Opóźniona i/lub przedłużona reakcja na stresujące wydarzenie lub sytuację o charakterze wyjątkowo zagrażającym lub katastrofalnym, które mogłoby prawie dla każdego stanowić głębokie nieszczęście
- Czynniki predysponujące- osobowościowe, wcześniejsze dekompensacje nerwicowe obniżają próg, ale nie są konieczne
- Reminiscencje na jawie i w koszmarach snach
- Poczucie odrętwienia, anhedonii
- Unikanie sytuacji przypominające uraz a w kontakcie- panika lub agresja
- Nadmierne pobudzenie autonomiczne- wzmożone odruchy, bezsenność,
- Lęk, depresja, myśli samobójcze, uzależnienia
- Przebieg falujący, ale u części trwałe zmiany osobowości F 62.0

Ofiary

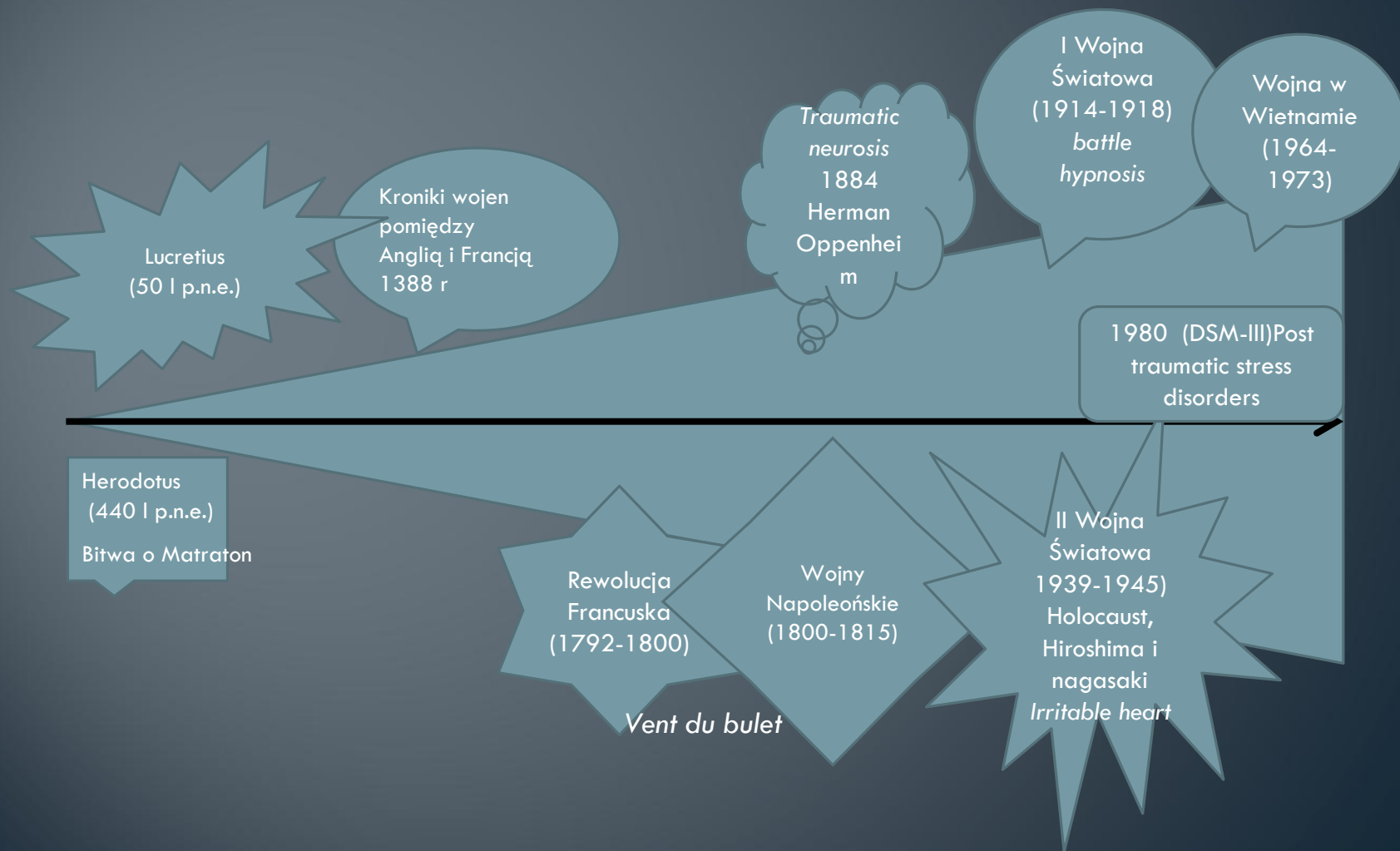
- **Jean Améry**, właśc. **Hans Mayer** (1912-1978) – belgijski pisarz pochodzenia austriackiego, autor książki *Poza winą i karą*, podczas wojny torturowany przez gestapo, więzień Auschwitz i Buchenwaldu, w roku 1978 popełnił samobójstwo.
- **Tadeusz Borowski** (ur. 12 listopada 1922 w Żytomierzu, zm. 3 lipca 1951 w Warszawie) – polski poeta, prozaik, publicysta. Więzień Auschwitz potem Dachau
- **Joe Simpson** (ur. 13 sierpnia 1960 w Kuala Lumpur) – brytyjski alpinista i pisarz. Autor *Touching the Void*. Wrócił do wspinaczki!



PTSD

- Większa produkcja cytokin: IL-1 β , IL-6 i TNF α , korelacja z nasileniem objawów PTSD (Gola i wsp., 2013)
- Częsta współchorobowość chorób układu krążeniowego, oddechowego, przewodu pokarmowego, mięśniowo-szkieletowych, zapalnych, autoimmunologicznych.

PTSD – zainteresowanie problemem na przestrzeni lat



Badania w PTSD

- W teście po ekspozycji na bodźce większy wzrost aktywności wyspy oraz ciała migdałowatego, mniejsza aktywacja przedniej części zakrętu obręczy, brzuszno-przyśrodkowej części kory przedczołowej oraz wzgórza, czyli struktur związanych z przeżywaniem i regulacją emocji (Etkin i Wager, 2007).
- badania habituacji - w trakcie ekspozycji na bodźce wywołujące negatywne reakcje emocjonalne stwierdzono wzajemną zależność między nadmierną aktywacją ciała migdałowatego a obniżoną aktywnością przyśrodkowej kory przedczołowej, co prawdopodobnie wynika z braku działania hamującego tej drugiej struktury (Shin i wsp., 2004; 2005).
- W ostatnich badaniach stwierdzono, że podwyższony spoczynkowy metabolizm w grzbietowej przedniej, a także środkowej części zakrętu obręczy wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń stresowych pourazowych (Shin i wsp., 2009).

Zaburzenia adaptacyjne

- Nie wystąpiłyby bez czynnika stresującego (np. osierocenie, separacja, migracja czy status uchodźcy, choroba fizyczna lub zagrożenie tą chorobą).
- Potocznie – depresja reaktywna
- Objawy są różnorodne: obniżenie nastroju, lęk, zamartwianie się, poczucie niemożności poradzenia sobie, chwiejność nastroju, drażliwość czy zachowania gwałtowne
- Krótka reakcja depresyjna, reakcja depresyjna przedłużona, **reakcja mieszana lękowo-depresyjna**, głównie z zaburzeniami innych emocji głównie z zaburzeniami zachowania, z mieszanymi zaburzeniami emocji i zachowania, z innymi objawami określonymi dominującymi

Leczenie

- Farmakoterapia- SSRI, SNRI, mirtazapina
- BDZ tylko doraźnie
- CBT
- Koszmary- pomaga: CBT, paroksetyna, trazodon; niekorzystnie
- wenlafaksyna

Przypadek 1

- Pacjentka lat 52, mężatka, 2-ka dorosłych dzieci, nie leczona wcześniej psychiatrycznie, przejeżdżając na rowerze przez przejście dla pieszych, została potrącona przez samochód
- W wyniku upadku złamała 4 kręgi piersiowe
- Na stałe musi chodzić w górze, ma duże dolegliwości bólowe, ograniczenie aktywności fizycznej, przeszła na rentę
- Od czasu wypadku: stale rozpamiętuje tę sytuację, nie może się pogodzić z odmową wszczęcia przez Prokuraturę sprawy przeciwko sprawcy wypadku, źle sypia, ma koszmary związane z wypadkiem, boi się wychodzić na ulicę, reaguje napadem lęku na dźwięk hamującego samochodu
- Uzależniła się od leków BDZ
- Pomogło leczenie citalopramem i trazodonem oraz psychoterapia

Przypadek 2

- Pacjentka lat 25, panna, dotychczas nieleczona psychiatrycznie, zgłosiła się po rozstaniu ze starszym od niej o 15 lat mężczyzną
- Związek trwał kilka miesięcy, okazało się że mężczyzna ma żonę i dwójkę dzieci, nie traktował pacjentki poważnie
- Dodatkowo konflikt w domu o jej sposób życia, o to, że pracuje na ścianie wspinaczkowej, nie ma lepszej pracy, że czas poświęca na sport- kajakarstwo
- Po rozstaniu płaczliwa, smutna, cały czas ruminacje na temat nieudanego związku, gorsza samoocena, zaburzenia koncentracji, apatia
- Bez obciążeń chorobami psychicznymi w rodzinie
- Poprawa po leczeniu escitalopramem

Przypadek 3

- Pacjentka lat 29, dotychczas nieleczona psychiatrycznie zgłosiła się z powodu obniżonego nastroju, bezsenności, zaburzeń koncentracji, problemów w pracy z powodu gorszego wykonywania obowiązków, schudła 6 kg w ciągu kilku m-cy
- Mieszka z matką, nie ma rodzeństwa, rodzice się rozwiedli gdy miała rok, z ojcem nie utrzymuje kontaktu, nie ma poza tym żadnej bliskiej rodziny
- W czerwcu b.r. u matki zdiagnozowano SLA. Pacjentka opiekowała się matką, która obecnie z powodu zapalenia płuc znalazła się na OIOMie
- Włączono leczenie escitalopramem i clorazepatem - do stopniowego odstawienia