

# Psychopatologiczne oblicza żałoby

Irena Krupka-Matuszczyk\*

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Maciej Matuszczyk

Specjalistyczna Praktyka Lekarska, Katowice

## PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS OF GRIEF

Grief is an emotion, which is caused by the loss of a close relative. Most often occurs as depression or anxiety. Prolonged depression requires psychotherapy and pharmacotherapy.

Key words: psychopathology, grief

### WSTĘP

Ojciec dr Jacek Norkowski, autor książki pt. „Człowiek umiera tylko raz” pisze, [...] że śmierć przychodzi tylko raz, ale czuje się ją w ciągu całego życia. Śmierć osoby bliskiej to ogromny wstrząs dla organizmu – nawet, jeśli jesteśmy na nią przygotowani, a żałoba to droga, którą każdy przechodzi inaczej (Norkowski, 2013). W Skali Wydarzeń Życiowych odejście osoby bliskiej zajmuje najwyższe miejsce z liczbą 100 punktów na 100 możliwych. Dla porównania, utrata pracy w tej samej skali ma 96 punktów. Żałoba dotyczy nie tylko odejścia kochanej nam osoby, ale może ją spowodować każda strata – domu w czasie powodzi, psa czy zwolnienie z pracy (Bielecka, 2012; Bonanno i Boerner, 2007). W prezentowanym artykule treści będą reakcji na śmierć bliskiej nam osoby.

### PODSTAWOWE OKREŚLENIA I DEFINICJE ŻAŁOBY

Żałoba to stan emocjonalny, stanowiący proces przystosowania po bezpowrotnej utracie bliskiej nam osoby oraz zwyczaj polegający na oddaniu szacunku zmarłemu, manifestowany przez ludzi, z którymi osoba nieżyjąca była związana, zazwyczaj przez noszenie czarnych ubrań (w naszej kulturze) oraz przez powstrzymywanie się od udziału w imprezach rozrywkowych (Dodziuk, 2007). Proces żałoby wg E. Lindemanna (1994) ukazuje się jako obecność objawów somatycznych, zaabsorbowanie wspomnieniami dotyczącymi straty, drażliwość w stosunku do osób, które chcą im pomóc, poczuciem winy wobec zmarłego, utratą stałych wzorców zachowania w pracy

zawodowej i w pełnieniu ról zawodowych (Lindemann, 1994). Jako reakcja emocjonalna, trwa zazwyczaj około roku. Dla jednych, ów czas jest wystarczająco długi, dla innych może być zdecydowanie za krótki (Connor, 1994). Za każdym razem odejście osoby powoduje podobne, choć nie identyczne reakcje (Simon, 2013).

Etapy żałoby wg Bowlby (1972) przedstawiają się następująco: bezpośrednio po śmierci następuje szok (kobiety i słabsze psychicznie osoby omdlewają) – ten stan trwa stosunkowo krótko. Następnie przychodzi uczucie rozgoryczenia, które uwidacznia się gwałtownym płaczem połączone z poczuciem winy, że nie zrobiliśmy dla zmarłego wszystkiego, co mogliśmy, że czegoś nie dopełniliśmy, czegoś nie zdążyliśmy powiedzieć. W końcowym etapie pojawia się przygnębienie, co skutkuje dezorganizacją dotychczasowego życia (zarówno rodzinnego, jak i społecznego). Tego rodzaju stan może trwać kilka miesięcy, średnio utrzymuje się przez pół roku (Bowlby, 1972). Są i takie osoby, które po stracie kogoś bliskiego popadają w depresję, która w skrajnych wypadkach utrzymuje się do końca życia (Guntzelman, 2004). Wcześniej czy później żal po śmierci kochanego człowieka nawiedza każdego. To doznanie, którego nie jesteśmy w stanie w pełni zrozumieć, dopóki nie doświadczymy go osobiście. Pojawiają się zwykle pytania o przyczynę śmierci, o sens cierpienia, o współodpowiedzialność, niepokoi świadomość, że nie uczyniło się wszystkiego, co było w naszej mocy. Doświadczenie osamotnienia przygniata dotkliwie swym ciężarem, ale daje szansę nowego spojrzenia na własne życie (Zisook i Shear, 2009). Ważne mogą stać się sprawy, które nie miały dla nas wcześniej znaczenia, a związane były z człowiekiem, którego już nie ma wśród nas, w myśl powiedzenia Stefana Zweiga: „człowiek umiera trzykrotnie – raz na ciele, drugi raz w sercu swoich bliskich, a trzeci raz w ich pamięci” (Zweig, 2003). Kolor symbolizujący żałobę jest charakterystyczny dla po-

\* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Irena Krupka-Matuszczyk, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii SUM, ul Ziółowa 45, 40-635 Katowice.

irena@matuszczyk.pl

szczególnej części świata. W większości krajów kręgu kultury euroamerykańskiej żałobę oznacza czerń, ale na Wschodzie jest to biel, a np. w Iranie – kolor niebieski. Również w starej tradycji słowiańskiej kolorem najsilniejszym związanym z żałobą jest nie czerń, lecz biel – zachowało się to w niektórych elementach folkloru (np. u Serbołużyczan – białe czepce żałobne u kobiet) (Guntzelman, 2004).

## METODY OCENY I DIAGNOZY ŻAŁOBY

Choruje dusza i całe ciało, a wszystko zależy od tego, jak długo bliska nam osoba umiera w naszym sercu i w naszej pamięci. Występują zaburzenia depresyjne i lękowe, jako oddzielne jednostki chorobowe, ale częściej pod postacią zespołu mieszanego depresyjno-lękowego. Depresja jest jedną z najczęściej rozpoznawanych zaburzeń w żałobie (Auster i in., 2008). Dane wskazują jednocześnie, że sporo osób z depresją nie jest właściwie zdiagnozowanych i leczonych. Podstawową metodą rozpoznawania depresji jest wywiad lekarski oraz określone kryteria diagnostyczne dla tej jednostki chorobowej, które zostały opracowane w klasyfikacjach chorób ICD-10 i DSM-V (APA, 2013; Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Badawcze kryteria diagnostyczne, 1998).

Kryteria ICD-10 uwzględniają objawy główne oraz dodatkowe, a także dolegliwości somatyczne oraz objawy psychotyczne, np. urojenia. Obecność poszczególnych liczb objawów z grupy głównych i dodatkowych przez dany okres czasu (co najmniej 2 tygodnie) pozwala na postawienie diagnozy epizodu depresji, a także na stwierdzenie stopnia jego nasilenia (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Badawcze kryteria diagnostyczne, 1998). Klasyfikacja amerykańska DSM V w 2013r po raz pierwszy wydzieliła kategorię powikłanej żałoby. Problem nadmiernej reakcji żałoby może dotyczyć 7% osób doświadczających śmierci bliskiej osoby. Kryterium czasowe dla osoby doświadczającej żałoby to jej trwanie ponad 12 miesięcy w przypadku osoby dorosłej i ponad 6 miesięcy w przypadku dziecka przy objawach utrzymujących się przez większość dnia. Objawy te obejmują nadmierną tęsknotę za zmarłym, rozpamiętywanie jego osoby i okoliczności śmierci, trudność w akceptacji jego śmierci lub nawet emocjonalną agresywność. Z zespołem powikłanej żałoby wiąże się również unikanie miejsc lub osób, które mogłyby przypominać zmarłego. Śmierć rodzi poczucie bezsensu życia, pragnienie swojej śmierci, a kontakty społeczne ulegają znacznemu ograniczeniu. Zablockowanie przeżywania smutku, żalu czy złości po utracie osoby bliskiej może skutkować objawami patologicznej żałoby (APA, 2013; Hensley i Clayton, 2008).

Bardzo pomocne w oszacowaniu ryzyka depresji (samobójstwa) danej osoby są skale oparte o kwestionariusze, wypełniane najczęściej przez samego chorego (samocena). Skale są zwykle krótkie, a odpowiedź na zawarte

w nich pytania zajmują jedynie kilka minut. Najczęściej używanymi kwestionariuszami są *Inwentarz – Skala Samooceny Depresji* Becka czy Zunga, *Skala Depresji Hamiltona*, *Skala Montgomery-Asberg*, *Geriatryczna Skala Oceny Depresji* (Lindemann, 1994).

## KONSEKWENCJE ZDROWOTNE ŻAŁOBY

Lekarze psychiatrzy zwracają uwagę na to, że stan żałoby spełnia wszystkie kryteria choroby-bo oprócz reakcji psychologicznych powoduje szereg reakcji somatycznych (pogorszenie stanu zdrowia, pojawienie się objawów ze strony układu krążenia, pokarmowego itp.), jak również społecznych (zaburzenie funkcjonowania zawodowego i rodzinnego) (Clayton, 1990; Hensley i Clayton, 2008; Zisook i Shear, 2009). Prawidłowa identyfikacja ze zmarłym, płacz, spadek wagi, osłabienie potrzeb sex, drażliwość, osłabienie skupienia i pamięci, poczucie winy tylko w stosunku do zmarłego, reakcja pozytywna na wsparcie i kontakty społeczne, nie ma poczucia bezwartościowości, wywoływanie współczucia w otoczeniu, podatność na choroby somatyczne, leki p/depresyjne nie są skuteczne. Objawy ustępują z upływem czasu, zwykle między 6 a 12 miesiącem.

## ZABURZENIA PSYCHICZNE

Najczęściej rozpoznawane są: zaburzenia lękowe – F 43: ostra reakcja na stres, PTSD, zaburzenia adaptacyjne (reakcja żałoby) (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Badawcze kryteria diagnostyczne, 1998).

Reakcja żałoby F 43.2 to zaburzenia adaptacyjne, które ujawniają się jako stany napięcia i niepokoju, nastroju depresyjnego, lęk, zamartwiania się, poczucia niezdolności do radzenia sobie, planowania z ograniczeniem aktywności dnia codziennego.

Zaburzenia depresyjne – F 32 jako epizod depresji charakteryzuje się następującymi objawami: nadmierną identyfikacją ze zmarłym, płaczem, spadkiem wagi, osłabieniem potrzeb seksualnych, drażliwością, osłabieniem skupienia i pamięci, poczuciem winy. Utrzymuje się przekonanie, że jest się osobą złą lub bezwartościową, narasta ambiwalencja i nieświadomiona złość na zmarłego, pojawiają się często myśli samobójcze. W otoczeniu wypowiedzi i zachowanie wywołuje irytację. Charakterystyczna jest podatność na choroby somatyczne i pozytywna reakcja na leki p/depresyjne. Objawy mogą nie ustępować wręcz się nasilać i mogą utrzymywać się przez wiele lat.

Kolejnym rozpoznaniem może być uzależnienie od środków psychoaktywnych F 10. To najczęściej alkohol, który jest pity w samotności „dla zagłuszenia bólu”, „żeby ułatwić zaśnięcie”, a ponadto stosowanie leków uspokajających i nasennych ma zmniejszyć napięcie i lęk, poprawić samopoczucie, ułatwić zasypianie i pogłębienie snu, dla zniesienia snów koszmarnych.

## DLACZEGO OSOBIE W STANIE ŻAŁOBY NALEŻĄ SIĘ SZCZEGÓLNA POMOC I WSPARCIE

W skrajnych wypadkach, kiedy człowiek nie radzi sobie z cierpieniem, żałoba wyczerpuje jego organizm albo trwa miesiącami czy latami – pomocy należy szukać u psychiatry albo psychologa (Shear i Mulhare, 2008).

Z doświadczenia terapeutów wynika, że po fachową pomoc w żałobie częściej zgłaszają się kobiety aniżeli mężczyźni, często przychodzą do nich np. matki, które przedwcześnie utraciły swoje dzieci (Sanders, 2001).

Kolejnym problemem zdrowotnym jest utrata dziecka, jako konsekwencja poronienia, urodzenia martwego płodu lub śmierć dziecka w krótkim czasie od porodu. Utrata jeszcze nienarodzonego dziecka należy do tragedii dla rodziców, a przerwanie ciąży może być traumą dla obojga rodziców, ale poronienie dotkliwiej przeżywa kobieta. Zadaniem terapeuty jest ocena stanu psychicznego czy jest to naturalny stan żałoby matki czy już depresja po poronieniu? Żałobie podlega też każda kobieta, która straci ciążę (Kroc, 2010). Jak odróżnić żałobę po stracie dziecka od depresji? Żałoba to naturalna reakcja na stratę oczekiwanego dziecka. Jeżeli smutkowi i cierpieniu towarzyszy poczucie winy i samooskarżanie się matki za to, co się stało, można podejrzewać zaburzenia depresyjne. Przeżycie żałoby, konfrontacja ze smutkiem prowadzą w rezultacie do akceptacji śmierci dziecka i normalnego funkcjonowania. Natomiast, kiedy kobieta ocenia utratę sensu życia, skupia się na stracie, nie potrafi powrócić do codziennych obowiązków, smutek utrzymuje się u niej co najmniej od 2 tygodni i dezorganizuje jej funkcjonowanie, pojawiają się zaburzenia snu, poczucie beznadziei, spadek apetytu to przeżywanie żałoby zostało zatrzymane na którymś z etapów i konieczne jest poszukanie pomocy psychologicznej i psychiatrycznej (Sanders, 2001). Ryzyko depresji po poronieniu wzrasta, jeśli kobieta jest obciążona depresją w wywiadzie. Bezpośrednio po poronieniu kobieta doświadcza tzw. zespołu utraty dziecka i potrzebuje bezwzględnie wsparcia psychologicznego. Depresja dotyczy około 90% kobiet, które straciły ciążę i trwa średnio około dwóch miesięcy, a u 40% pacjentek można rozpoznać zespół stresu pourazowego PTSD. PTSD jest sprawcą chorób psychosomatycznych – nerwobóli, zapalenia stawów, zaburzeń rytmu serca, bólów głowy, zaburzeń snu itp. Ponadto, mogą pojawić się problemy w sferze seksualnej (Kroc, 2010; Sanders, 2001).

## ŻAŁOBA NARODOWA

Dotyczy osób ważnych dla danego społeczeństwa czy systemu społecznego lub zbiorowej tragicznej śmierci – ogłasza prezydent. Flaga na maszcie opuszczona do połowy z zawieszonym kirem, odwołane imprezy rozrywkowe, ograniczenia programów rozrywkowych w mediach. Okres okupacji: śmierć gen Sikorskiego, upadek, Powstania Warszawskiego, PRL: śmierć B. Bieruta, J. Stalina, A. Zawadzkiego, S. Wyszyńskiego III Rzeczpospolita: powódź tysiąclecia, zamach na World Trade Center

i Pentagon, zamach w Madrycie, tsunami na Oceanie Indyjskim, śmierć papieża Jana Pawła II, zamach w Londynie, katastrofa budowlana w Bytkowie, kop. Halemba, katastrofa autokaru we Francji, lotnicza w Mirosławcu, pożar w Kamieniu Pomorskim, kopalni Wujek-Śląsk, katastrofa pod Smoleńskiem.

## JAK POMÓC OSOBIE W ŻAŁOBIE?

Najważniejsze, co możemy zrobić dla osieroconej osoby, to rozmawiać i słuchać tego, co do nas mówi. Czasami zrozpaczonej osobie wystarczy tylko nasza milcząca obecność, nasz uścisk dłoni, kontakt wzrokowy czy inne uspokajające gesty. Nie wywieramy presji słownej, czekamy na wypowiedzi czy inne zachowania. Niech osoba w żałobie czuje i wie, że może razem z nami płakać, wspominać, ale i złościć się. Nie próbujemy podsuwać schematów zachowania, ale wykażmy gotowość wsparcia, o każdej porze. Jeśli pacjent przekáže, że potrzebuje teraz samotności – uszanujmy tę wolę, choć dyskretnie sprawdzamy czy wszystko z taką osobą w porządku. Możemy poprosić rodzinę czy przyjaciół o towarzyszenie takiej osobie w czynnościach życia codziennego np. gotowaniu, sprzątaniu, zakupach, w opiece nad zwierzętami itd. (Shear i Mulhare, 2008).

Często cierpiący (w depresji lub lęku) nie umie prosić o pomoc, nie chce być dla kogoś ciężarem i obarczać inną osobę własnym problemem. Warto przypomnieć, że osoba, która zostaje osierocona, czeka na to, żeby ktoś zadzwonił czy odwiedził. Osoba osierocona ma naturalną potrzebę mówienia o zmarłym, oczekuje naszego wsparcia. Czasami w obecności żałobnika nie wiemy jak się zachować – boimy się taką osobą urazić albo obawiamy się, że udzieli nam się czyjś smutek. W takiej chwili trzeba się przełamać, przecież śmierć jutro może dotknąć każdego z nas, wtedy też będziemy oczekiwać pomocy. Jeśli brakuje nam odwagi na telefon – możemy wysłać sms-a, to dobry sposób na wyrażenie swoich emocji.

Osobie w żałobie ulgę przynosi także praca fizyczna i jak najszybszy powrót do codziennych domowych czy zawodowych obowiązków. Jeśli chce, pozwólmy jej angażować się w czynności, które wykonywała dawniej zmarła osoba. Ważne jest także to, aby członkowie rodziny przejęli pewne funkcje osoby, która odeszła z tego świata, jeżeli tak się nie stanie, bardzo często dochodzi do rozpadu rodziny i osoba samotna zdana jest tylko na własne siły (Guntzelman, 2004; Keirse, 2004).

## JAK SKŁADAĆ KONDOLENCJE

Nie ma reguły jak składać kondolencje. Można to zrobić osobiście, przez telefon albo – jeśli dzieli nas spora odległość – wysłać okolicznościową kartkę z kondolencjami. Jeśli czynimy to osobiście – nie musimy wyrażać naszego współczucia słowami, wystarczy osobę osieroconą uściśnąć, żeby poczuła, że dzielimy z nią jej smutek. Bywa, że rodzina poprosi o nieskładanie kondolencji – wówczas wolę należy uszanować, bo odbieranie wyrazów współ-



uczucia może być dla kogoś dodatkowym ciężarem. Jeśli nie mieliśmy okazji złożyć kondolencji przed lub do miesiąca czasu po pogrzebie, wówczas należy tego całkowicie zaniechać. Możemy złożyć kondolencje takiej osobie tylko pod warunkiem, że jesteśmy bardzo blisko związani z osobą oplakującą, a z jakiś konkretnych, usprawiedliwionych powodów nie mogliśmy wcześniej tego uczynić (Connor, 1994; Dodziuk, 2007).

### **CZY DZIECKO POWINNO UCZESTNICZYĆ W POGRZEBIE**

Zdarza się, że dzieci nie zabieramy na pogrzeb. Nieśluszenie, jeśli tylko chcą – nie powinno się im tego zabraniać. Dzieci trzeba możliwie jak najwcześniej oswojać ze śmiercią – tłumaczyć im, że jest naturalną koleją ludzkiego życia. To nieprawda, że dzieci niczego nie rozumieją. Nawet bardzo małe czują ból żaloby, a przez uczestnictwo w uroczystościach pogrzebowych zmarłych bliskich – uczą się wyrażać uczucia żalu, straty, rozgoryczenia naśladowując dorosłych. Nie wolno jednak wypychać dziecka przed publiczność, jeśli nie chce i nie zmuszać go do pożegnania ze zmarłym. Nie wolno także dawać dziecku fałszywych komunikatów, np. „babcia/dziadek zaraz się obudzi”. Trzeba wytłumaczyć, że „zasnęła na zawsze”, „poszła do nieba”, że „kiedyś wszyscy się tam spotkamy”. Śmierć kogoś bliskiego w rodzinie to okazja, żeby przekazać dziecku swoje wartości duchowe o życiu i śmierci, pomodlić się razem z dzieckiem, to pozwoli ukończyć jego myśli i obawy. Pamięć o zmarłym trzeba w sercu dziecka pielęgnować, powinno razem z nami odwiedzać groby zmarłych – w dniu 1 listopada i przy innych okazjach, bo to jeden z elementów naszej tradycji (Auster i in., 2008).

### **GDZIE UZYSKAĆ POMÓC DLA OSOBY W ŻAŁOBIE**

Jeśli osoba nie radzi sobie po stracie bliskiej osoby należy ją skierować po pomoc do Ośrodka Interwencji Kryzysowej, Grupy wsparcia, Poradni Zdrowia Psychicznego (w wypadku zaburzeń psychicznych, takich jak: depresja, zaburzenia adaptacyjne, zespół stresu pourazowego PTSD).

Rady (sposoby radzenia sobie ze stratą) kierujemy głównie do kobiet, ale również mężczyzn, i zostały opracowane na podstawie książki „Jak sobie poradzić z życiową tragedią” Joan Guntzelman (2004).

1. Leczenie żaloby wymaga czasu – należy pozwolić ujawniać się swoim uczuciom i nie zwalczać ich. Warto porozmawiać z osobą, która jest dobrym słuchaczem, która nie będzie mówiła, co powinniśmy, a czego nie powinniśmy czuć i mówić.
2. Wyznawaj otwarcie, co straciłaś – zapisz kogo, kiedy, gdzie i w jaki sposób. Posiedź ze swoim smutkiem i stratą. Rozpoznaj wszystkie sposoby, jakie twoja strata przynosi ci inne straty. Płacz – przynosi ukojenie.

3. Uświadom sobie, że strata, którą przeżywasz ma swoją niepowtarzalną specyfikę – pomyśl o tym, co dotąd przeżyłaś/przeżyłeś i powiedz, jak ważna była utracona osoba, jakie miejsce zajmowała w twoim życiu, czy ta osoba dawała poczucie bezpieczeństwa? Zastanów się, czy ta osoba powiedziała ci o tym, kim jesteś?
4. Dopuść do głosu uczucia związane z przeżywaniem żalu – skieruj całą uwagę na to, co odczuwasz. Pozwól płynąć temu uczuciu. Jeżeli muzyka, zwłaszcza ta słuchana z osobą, która odeszła, pomaga dość do głosu będącym w tobie uczuciom, posłuchaj jej uważnie.
5. Przypomnij sobie, jak radziłaś sobie z poprzednimi stratami, jak w czasach dzieciństwa twoja rodzina przeżywała śmierć kogoś bliskiego. Wybierz fotografię lub pamiątkę bliskiej osoby, która przypomina ci tego człowieka. Niech ta fotografia pozwoli ci dotknąć tego, co nadal jest trudne. Spróbuj stworzyć nowy sposób przeżywania.
6. Poproś swojego Boga o pomoc w przeżywaniu smutku – możesz pocieszyć się modlitwą pochodzącą z twojej tradycji religijnej, skuteczniej w codziennej modlitwie.
7. Naucz się przeżywania strat – jest jesień, to zwróć uwagę na rytm życia i śmierci widoczny w przyrodzie. Pomyśl, że poniesione straty ukształtowały cię taką, jaką jesteś obecnie. Może przeżywana strata otwiera nowy rozdział w twoim życiu?
8. Zaczynaj znowu żyć – zadaj sobie pytanie: czy w przeżywaniu żalu jestem już w momencie, w którym mogę zdecydować, dokąd teraz chciałabym pójść. Czy unikam podjęcia decyzji o powrocie do życia? W procesie powrotu do normalnego życia może pomóc uczestniczenie w zajęciach zorganizowanych – np. praca w hospicjum czy udział w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Jak uporasz się ze swoim cierpieniem jest w twoich rękach.
9. Przystąp do budowania nowego życia na kamieniu węgielnym poniesionej straty – przypomnij sobie niektóre straty, jakie zaznałaś w życiu i zastanów czy nastąpiła dzięki temu zmiana w twoim życiu.
10. Przyjmuj moc współczucia innych.
11. Dokonaj obrzędu rozstania – np. przez rozdanie rzeczy należących do bliskiej zmarłej osoby, świętuj uroczystości związane z jej urodzinami, rocznicą śmierci.

### **PODSUMOWANIE**

W żalobie nie jesteśmy osamotnieni, bo widzimy jak wiele osób boryka się z podobnym cierpieniem i przeżyło ją godnie. Mimo bólu i złych doświadczeń, przygnębienia czy depresji, o różnym nasileniu, należy korzystać z pomocy psychiatry i psychologa, możemy się rozwijać i stawać się ponownie sobą. Pamiętajmy o tym w dniu, kiedy będziemy odwiedzali cmentarze i zapalali świece na grobach bliskich i mogiłach bezimiennych

## TERAPIA

Postępowaniem z wyboru w łagodniejszych stanach jest psychoedukacja i psychoterapia oraz wsparcie przez psychologów, psychiatrów i rodzinę, a w przypadku niepowodzenia takiego postępowania i cięższych stanów depresyjnych rozważa się wdrożenie leków przeciwdepresyjnych. Leki antydepresyjne, zazwyczaj po 2 miesiącach obserwacji stanu psychicznego i psychoterapii, najczęściej z efektem nasennym, np. mianseryna, mirtazapina czy trazodon. Leki i ew. hospitalizację stosujemy w przypadku występowania ryzyka samobójczego.

## LITERATURA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 wyd).
- Auster, T., Moutier, C., Lanouette, N.N., Zisook, S. (2008). Bereavement and depression: implications for diagnosis and treatment. *Psychiatric Annals*, 38, 655-661.
- Bielecka, U. (2012). Mity ma temat zdrowej i patologicznej żałoby. *Psychiatria Psychologia Kliniczna*, 12, 62-66.
- Bonanno, G.A., Boerner, K. (2007). The stage theory of grief. *JAMA*, 297, 2693.
- Bowlby, J. (1972). *Attachment and loss*. New York, NY: International Universities Press, Inc.
- Clayton, P.J. (1990). Bereavement and depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (suppl.), 34-38.
- Connor, N.O. (1994). *Pożegnanie miłości. Jak przetrwać stratę ukochanej osoby*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- Dodziuk, A. (2007). *Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Guntzelman, J. (2004). *Jak sobie poradzić z życiową tragedią*. Kraków: WAM.
- Hensley, P.L., Clayton, P.J. (2008). Bereavement: signs, symptoms, and course. *Psychiatric Annals*, 38, 649-654.
- Keirse, M. (2004). *Smutek, strata, żałoba*. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Badawcze kryteria diagnostyczne* (1998). UWM Vesalius. Kraków – Warszawa: IPiN.
- Kroczyński, K. (2010). *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*. Poznań: Wydawnictwo W drodze.
- Lindemann, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal Psychiatry*, 10, 141-148.
- Norkowski, J. (2013). *Człowiek umiera tylko raz*. Warszawa: Thaurus.
- Sanders, C.M. (2001). *Jak przeżyć stratę dziecka*. Gdańsk: Wyd. GWP.
- Shear, M.K., Mulhare, E. (2008). Complicated grief. *Psychiatric Annals*, 39, 662-670.
- Simon, N.M. (2013). Treating complicated grief. *JAMA*, 310, 416-423.
- Zisook, S., Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8, 67-74.
- Zweig, S. (2003). *24 godziny z życia kobiety w odmęcie uczuć*. Warszawa: Świat Książki.