

Kognitivní model PTSD postuluje, že postižené osoby nejsou schopny kognitivně akceptovat a emočně zpracovat trauma, které předcházelo rozvoji poruchy (Foa et al., 1991). Prožívání stresu tak nemůže být ukončeno, ale pokračuje v automatických vzpomínkách, kterým se postižení snaží vyhnout různými formami vyhýbavého chování. Snaží se proto vyvarovat všech situací či chování, které traumatickou událost připomínají. Postupně se pomocí selektivního zaměření pozornosti na úzkostněující podněty rozšiřuje počet spouštěčů úzkostné reakce. Postižení se rovněž snaží zablokovat vzpomínky na trauma. Mluvíme o kognitivním vyhýbání. Úzkostná snaha se vzpomínkám vyhnout vede naopak k jejich častějšímu výskytu.

Psychodynamické faktory: Podle hypotéz psychoanalytického modelu reaktivuje traumatická událost předtím skryté, ale dosud nevyřešené vnitřní konflikty. Aktivace dětského traumatu vede k regresi a použití obranných mechanismů popření (jedinec se chová, jako by o traumatu nevěděl, odmítá o něm mluvit) a potlačení (vede k vytlačení stresujících emocí, impulzů a vzpomínek mimo vědomí – parciální amnézie) a přenesení afektu (negativní emoce se přesouvají na situace a objekty, kde si to postižený může dovolit). To vše slouží vyhnutí se stresové reakci. Obvykle to krátkodobě zmírňuje nepříjemné emoce. Egu se tím uleví, a proto zkouší zvládnout a redukovat úzkost jednoduchou formou vyhýbavého chování. Pacient mívá sekundární zisky ze zevního světa, peněžní náhrady, zvýšenou pozornost nebo sympatie a uspokojení potřeby závislosti. Tyto zisky posilují poruchu a její přetrvávání. Další analytický pohled zdůrazňuje kognitivní aspekty traumatu. Protože závažná traumatická událost je kognitivně dizonantní a velmi neobvyklá, je vnitřně obtížné integrovat ji do preexistujících koncepčních schémat. Neintegrovaná traumatická událost je proto disociována mimo vědomí. Pozdější znovuzpomínání je pak interpretováno buď jako pokus organizmu o integraci traumatu, nebo jako selhání obranných mechanismů.

Průběh ⇒ Latence rozvoje příznaků od traumatické události může trvat týdny až měsíce. Průběh poruchy bývá proměnlivý. Kolem 30 % pacientů se spontánně v průběhu času uzdraví, u 40 % přetrvávají mírné příznaky, u asi 20 % dojde sice ke zlepšení, ale přetrvávají středně závažné příznaky a u asi 10 % vůbec ke zlepšení nedojde.

Diferenciální diagnóza ⇒ Klinik by měl o možnosti PTSD uvažovat vždy, když vyšetřuje pacienta s jinou úzkostnou poruchou, se závislostí na návykových látkách, chronickou bolestí a depresivní poruchou.

Pozornost při diagnóze PTSD věnujeme případnému **úrazu**, zejména hlavy. Uvažujeme i další organické příčiny, jako **epilepsii**, **závislost na alkoholu** či jiných **návykových látkách**. Akutní intoxikace i abstinenci příznaky mívají obraz podobný PTSD.

Někdy se PTSD zaměňuje za **akutní reakci na stres**, u té je však počátek potíží zpravidla bezprostředně po stresu a porucha dříve odeznívá. V obraze není zpravidla dostatek příznaků, aby opravňovaly diagnózu PTSD. Možný je však přechod v PTSD.

Někdy po traumatické události dochází k rozvoji **specifické fobie**. Např. po autohavárii může dojít k rozvoji strachu řídit nebo jezdit hromadnou dopravou. Chybí však intruzivní rozpomínání na událost a zvýšený arousal.

Generalizovaná úzkostná porucha má některé příznaky, které připomínají PTSD a někdy je jejím spouštěčem traumatická událost. Mezi tyto příznaky patří pocit „na hranici svých sil“, špatné soustředění, podrážděnost, poruchy spánku. PTSD má však ještě jiné odlišné příznaky zmíněné výše. Typické obavy a starosti u GAD mají jiné zdroje a týkají se zpravidla každodenních povinností, zdraví, finanční situace. Ovšem obě poruchy se mohou vyskytnout také současně.

U lidí trpících **OCD** se objevují intruzivní myšlenky, ale pacient si uvědomuje, že většina z nich nepatří žádné traumatické události. OCD však může s PTSD koexistovat u jednoho člověka, spíše je to však výjimečné (např. kompulzivní umývání po znásilnění k „zamezení kontaminace“).

Panická porucha je charakterizována panickými záchvaty a často zvýšeným arousalem v době záchvatů i během anticipační úzkosti. Rozdíl je v myšlenkách, které se panického záchvatu týkají. U PTSD jsou kognitivní aspekty úzkosti spjaté s traumatickou událostí a vzpomínkami na ni, zatímco u panické poruchy s náhlým pocitem ohrožení zdraví. Komorbidita mezi těmito dvěma poruchami je však častá.

Rovněž některé příznaky **depresivní poruchy** mohou připomínat PTSD a naopak. Jde zejména o ztrátu zájmů, zhoršenou koncentraci, pocit ztráty citů k jiným, anhedonii, hypobulii, zhoršený spánek, ztrátu perspektiv. Depresivní porucha se někdy rovněž rozvíjí s určitou latencí po traumatické události. U depresivní poruchy však chybí intruzivní rozpomínání na traumatickou událost. Ovšem u některých lidí může PTSD postupně přerůst v hlubokou depresi a tato deprese se může pak opakovat. Komorbidita je velmi častá.

Dissociativní poruchy mohou rovněž připomínat PTSD. Těsně po traumatické události se dissociativní stav snadno rozvine. Dissociativní porucha se však zpravidla liší tím, že příznaky se rozvinou záhy po traumatické události, netrvají déle než 4 týdny a chybí jiné příznaky PTSD.

Někdy je těžké odlišit pacienta trpícího PTSD od pacienta s **hraniční poruchou osobnosti**. Obě poruchy navíc často koexistují. Reminiscence vzpomínek a vyhýbavé chování bývají však typické pro PTSD. Podobně tomu může být u **histrionské poruchy osobnosti**. Pokud nejde o komorbiditu obou poruch, u histrionské poruchy osobnosti chybí typické vyhýbavé chování a kognitivní vyhýbání (naopak, pacient si ve vyprávění všech možných traumat zpravidla libuje). Chybí zvýšený arousal s vegetativní hyperaktivitou. Vzhledem k popularizaci PTSD v médiích musíme také uvažovat o **simulaci** a **pseudologii**. Prožitek traumatické události může také exacerbovat jinou již preexistující psychickou poruchu.

Komorbidita PTSD je vysoká. Následně často vznikají jiné úzkostné poruchy, depresivní porucha, závislost na návykových látkách, poměrně časté jsou suicidální pokusy. Kolem 28 % trpí zároveň generalizovanou úzkostnou poruchou, 12 % fobiemi, 10 % abúzem alkoholu a méně než 4 % abúzem drog, panickou poruchou, obsedantně-kompulzivní poruchou nebo antisociální poruchou osobnosti.

Léčba ⇒ Mezi základní principy při léčbě PTSD patří vytvoření terapeutického vztahu, vysvětlení a edukace o tom, co se s pacientem děje a zmírnění či odstranění stigmatizace. Edukace a destigmatizace je zpravidla potřebná také s rodinnými příslušníky, pokud pacient

k tomu svolí. Edukace se zpravidla týká popisu příznaků PTSD, jejich vlivu na chování a vztahy a základních principů léčby. Je potřebné stanovit realistické cíle (spíše zdůrazňující lepší fungování v práci a v rodině, lepší kontrolu impulzů a afektů, nikoliv úplné odstranění příznaků) a zdůraznit pravděpodobné kolísání příznaků v průběhu léčby. Mezi informace patří i doporučení vhodné čteny, která se zabývá příběhy lidí s PTSD, a odborné brožury, popisující příznaky a léčebné přístupy. V případě, že PTSD souvisí s trestným činem, který nebyl trestně stíhán či soudně řešen, je potřebné s pacientem probrat tuto možnost. Velmi důležitá je mobilizace podpůrného sociálního systému – příbuzných, přátel eventuálně podpůrných skupin.

Léčba PTSD není lehká. Síla afektů, které souvisí s traumatem, bývá někdy tak velká, že pacient má potíže s námi o něm vůbec mluvit. Náš postup tedy má být velmi diskrétní, taktní a jemný. Pacient se potřebuje cítit bezpečný. Vzpomínky na trauma a emoční reakce mohou být tak silné, že vyvádějí z míry i terapeuta, děsí ho, někdy šokují natolik, že jim sám odmítá věřit. Proto je při léčbě PTSD velmi důležitá supervize. Pacient vzpomínky postupně doplňuje a částečně mění. Zpravidla to není známkou toho, že jsou falešné, ale že zpočátku měl na část vzpomínek amnézii, nebo se styděl či bál uvést plnou pravdu.

Psychoterapie. Farmakoterapie samotná, i když uleví v příznacích PTSD, je pro léčbu PTSD nedostatečná. U PTSD je vždy na místě intenzivní psychoterapie. Důležité je získat pro postiženého podporu jeho rodiny, přátel a blízkých.

Psychoterapeutické přístupy k PTSD zahrnují podpůrnou psychoterapii, psychodynamickou psychoterapii, kognitivně-behaviorální terapii a hypnózu. Ve všech přístupech je zdůrazněna potřeba rekonstrukce traumatické události, abreakce a podpora pacienta, vedoucí k jeho pocitu bezpečí.

Psychodynamická psychoterapie může pomoci mnohým pacientům trpícím PTSD. V bezpečném prostředí empatického terapeutického vztahu se terapeut snaží obejít pacientovo popření a potlačení. Hlavními prostředky na počátku léčby jsou rekonstrukce traumatické události s abreakcí a katarzí. V dalším průběhu se terapeut snaží pacientovi zprostředkovat náhled, jak zkušenosti z dětství zvýšily jeho zranitelnost k rozvoji příznaků PTSD. V průběhu terapie je pacient konfrontován se svými maladaptivními postoji k sobě a světu, nahlíží, jak si tyto postoje vytvořil během svého vývoje. Přes korektivní zkušenost ve vztahu s terapeutem nalézá postupně nové postoje.

Kognitivně-behaviorální terapie pracuje strukturovaně krok za krokem. Pacient se učí nejdříve zvládat své příznaky, diskutovat se svými negativními myšlenkami, které ho obviňují nebo značují a souvisí s nedůvěrou ke světu. Učí se exponovat jak vzpomínkám na trauma, tak situacím, kterým se vyhýbá, a relaxovat. S pacientem se v průměru potřebujeme setkat 8–16×, zpočátku jednou týdně, později stačí 1× za 14 dnů. Běžná jsou katamnestická sezení po 3, 6 a 12 měsících, která mají zároveň profylaktický terapeutický smysl. Terapeutické kroky při léčbě jsou obdobou kroků při jiných úzkostných poruchách, větší důraz je však kladen na expozici traumatickým vzpomínkám, spojenou s abreakcí traumatu již od počátku léčby.

Již během prvního setkání, ale i v následujících vytváříme pracovní společenství, kde největším expertem na

své příznaky i na jejich změnu je sám pacient – my mu pouze jako odborníci pomáháme nalézat cestu, jak se s příznaky vypořádat co neefektivněji. Tuto cestu však nemůžeme absolvovat za něj. Spolupráci se snažíme zahájit od prvního malého úkolu, který společně s pacientem učiníme ihned v prvním sezení a podporujeme dále tím, že pacient pracuje i mimo sezení na domácích úkolech. Typické kroky jsou:

- Orientace a emoční podpora.** Pacient někdy nerozumí vztahu mezi traumatizující událostí a současnou (někdy značně různorodou) symptomatologií, zejména pokud existuje dlouhá latence mezi traumatickou událostí a objevením se potíží. Uvedení příznaků do vztahu s událostí a propojení symptomů do modelu pomáhá pacientovi zorientovat se. Nutná je emoční podpora a nehodnotící postoj terapeuta.
- Abreakce.** Abreakce pomáhá dramatickým uvolněným zadržovaným emocím. K plnému odstranění příznaků však samotná abreakce nestačí.
- Edukace o PTSD a o léčbě.** Orientace pacienta postupně přechází v edukaci o PTSD. Pacient se na vlastních příznacích učí o souvislostech v rámci KBT modelu. Po vysvětlení funkčních vztahů terapeut ukazuje, jakým způsobem bude léčba působit.
- Expozice.** Podobně jako u jiných úzkostných poruch je pacient opakovaně dlouhodobě vystaven spouštěčům (vzpomínkám a imaginaci) vyvolávajícím stresovou reakci. Je znovu a znovu exponován stresovým momentům v prostředí bezpečného terapeutického vztahu. Úkolem terapeuta je proces facilitovat pomocí empatie.
 - Přímá terapeutická expozice v rozhovoru: Nejtypičtější expozicí u pacientů s PTSD je opakovaně protrahané vystavení se vzpomínkám na trauma. Nejjednodušším způsobem je nechat pacienta popisovat traumatickou událost a žádat ho, aby upřesňoval co nejvíce ty podrobnosti, které u něj budí největší tíseň nebo vegetativní příznaky.
 - Písemná expozice: Písemná expozice je typickým domácím úkolem. Pacient dostává jako zadání popsat co nejvíce detailů traumatické události, včetně svých myšlenek a emocí. Zpravidla je první popis velmi stručný. Další jsou stále bohatší. Po opakovaném popisu události dochází postupně k habituaci a desenzitizaci. V průměru je k tomu zapotřebí 8–10 popisů.
 - Expozice ve fantazii (imaginaci): Účinnější je popis traumatické události tehdy, když necháme pacienta zavřít oči, celou situaci si vizuálně vybavit a popisovat v přítomném čase. Zde se můžeme s pacientem opakovaně vracet k emočně nabitým momentům, až dojde k habituaci a desenzitizaci – tj. pacient situaci popisuje, ale nedochází již k objevení se emoční bouře.
- Kognitivní rekonstrukce.** V kognitivní rekonstrukci společně s pacientem zjišťujeme specifický význam události a pomáháme mu jej přepracovat na více reálný pohled. Automatické negativní myšlenky a představy udržují posttraumatickou stresovou poruchu. Pokud je pacient dokáže přepracovat, pomáhá mu to ve zmírnění symptomatologie.
- Relaxace.** Relaxace má velký význam pro snižování celodenního napětí. Vhodný je u nás známý autogenní trénink. Pro potřeby KBT se však nejčastěji používá progresivní relaxace.

7. **Řešení problémů.** Problémy, které PTSD přinesla pacientovi v rodinném životě i v práci je potřebné řešit. Řada z nich se totiž může podílet na udržování PTSD (např. ztráta majetku, práce, manželské problémy, sexuální dysfunkce). Řešení problémů je komplexní strategie, s jejímž využitím se věnujeme předem definovaným oblastem klientova života.
8. **Ukončení terapie.** Před ukončením terapie „zředíme“ pacientovy návštěvy. Předvídáme, že i v budoucnosti se občas dostaví zvýšené napětí při vystavení se typickému spouštěči. Důležité je ověřit, jak by mohl sám použít dovednosti, které se v terapii naučil (kognitivní rekonstrukce, expozice, relaxace). Snažíme se také předvídat, jaké životní situace mohou v nejbližší budoucnosti nastat (např. ztráta zaměstnání, odchod od rodičů, rozchod s přítelem či přítelkyní). Požádáme pacienta, aby si vypracoval plán, jak jim čelit.

Psychofarmakoterapie. Dávky antidepressiv jsou podobné jako při léčbě depresivní poruchy. První volbou bude amitriptylin nebo imipramin, při jejich kontraindikaci SSRI či RIMA. Vhodnější je začít s minimální dávkou na den a pak ji zvedat postupně ve třídních intervalech. Dávky jsou stejné jako u depresivní poruchy. Významnější efekt lze očekávat přibližně po dvou měsících podávání léku. Po selhání této léčby lze uvažovat o augmentaci benzodiazepiny (přednostně klonazepamem) nebo o změně za antidepressivum jiné skupiny. Při rezistenci je k dispozici tranlycypromin. Doporučená udržovací léčba by měla trvat alespoň rok, než se lék začne pozvolna vysazovat. Lithium, carbamazepin a valproát jsou dobré přídatné léky na kontrolu impulzivitu. Beta-blokátory (klonidin a propranolol) pomáhají kontrolovat vegetativní příznaky. Vzhledem k vysokému riziku vzniku závislosti u PTSD je podávání benzodiazepinů přijímáno ambivalentně a mělo by být limitováno na 4–8 týdnů. Pak by měly být postupně vysazeny. Užití antipsychotik není v této indikaci ověřeno, nicméně klinicky mohou pomoci pro krátkodobou kontrolu agrese, neklidu nebo přechodných psychotických fenoménů. Vhodné jsou haloperidol, pimozid, trifluoperazin nebo risperidon v malých dávkách.

■ Poruchy přizpůsobení (F43.2)

O poruchách přizpůsobení (adaptace) mluvíme u stavů, které navazují na významnou životní změnu nebo stresovou životní událost (včetně ohrožení vážnou tělesnou nemocí) a projevují se subjektivní tísní a dalšími poruchami emocí, které narušují sociální fungování a výkon v důležitých životních rolích (MKN-10, 1992).

Stresovou událostí je míněn jakýkoliv střet se zevním prostředím, který vyžaduje změnu původního životního stylu a návyků (např. ztráta blízké osoby, nemoc, ukončení studia, změny v zaměstnání, konflikty v rodině, narození dítěte, migrace, status uprchlíka). Taková událost nebo události jsou nezbytným spouštěčem poruchy a z velké části podmiňují její začátek. K rozvoji poruchy však sama o sobě nestačí, protože řada lidí podobné události zvládne bez rozvoje poruchy. Zjevně záleží na adaptační kapacitě jedince, tj. schopnosti vypořádat se s určitým druhem problémů – přizpůsobit se jim nebo je řešit. Ovšem základním předpokladem zůstává, že porucha by nevznikla bez zátěžové situace. Adaptační kapacita je závislá na celé řadě faktorů, včetně genetické výbavy, do-

vedností naučených v průběhu života a na osobnosti jedince. V určitém čase je navíc významně ovlivňována sociálním kontextem – vztahy, které jedince v dané situaci buď chrání, nebo ji naopak zhoršují.

Příznaky zahrnují zpravidla depresivní náladu, úzkost, obavy (nebo jejich kombinaci), pocit, že jedinec není schopný se vypořádat se současnou situací, plánovat ji dopředu nebo v ní pokračovat. Typické je určité zhoršení výkonu každodenní činnosti. Zřídka se objevují také sklony k dramatickému chování nebo k prudkým výbuchům násilí. Poruchy chování (např. agresivní nebo dissociální chování) však mohou být přidruženým rysem, zvláště u adolescentů. Porucha se objeví zpravidla do jednoho měsíce po výskytu stresující události nebo životní změny a trvání příznaků zřídka překročí 6 měsíců, s výjimkou protrahované depresivní reakce.

Zahrnuje:

- krátkodobou depresivní reakci,
- protrahovanou depresivní reakci,
- smíšenou depresivní a úzkostnou reakci,
- reakci s převládající poruchou jiných emocí, s převládající poruchou chování.

Příznaky ovšem mohou trvat i déle, pokud stresor nebo jeho důsledky přetrvávají (dlouhodobě působící stresor, jako např. chronické tělesné onemocnění nebo finanční a emoční problémy po rozvodu). Pro tuto poruchu však chybí specifická nebo kvantifikovatelná kritéria, která jsou jinak pro moderní psychiatrickou diagnostiku typická. Lékaři je však zjevné, že příznaky a problémy přesahují normální reakci a léčebná intervence je potřebná.

Diagnóza poruchy přizpůsobení bývá dávána nadměrně často a nekorektně – částečně proto, že nemá pejorativní nálepkou a chrání pacienta před obávanou značkou psychiatrického onemocnění, částečně pro výše zmíněnou nejasnou ohraničenost příznaků. Velmi často se však pod touto diagnózou dostávají pacienti s depresivní poruchou nebo specifickou úzkostnou poruchou a hrozí podcenění závažnosti poruchy a nedostatečná léčba. Na druhé straně jsou pacienti s typickou poruchou přizpůsobení označováni závažnější diagnózou – zejména pokud léčba působí pomalu a nedostatečně (dostávají diagnózu „depresivní poruchy“) a jsou lékaři méně sympatičtí (dostávají diagnózu poruchy osobnosti). Závažnější diagnóza může pak sloužit jako „alibi“ pro terapeutický neúspěch.

Box 15.11

Kazuistika poruchy přizpůsobení

26letá slečna Marie, závodní atletka, přišla při autohavárii o dolní končetinu. Její reakce na situaci je depresivní. Má pocit, že její život skončil, že jí už nic dobrého nečká, všechno je ztraceno. V terapii bylo důležité, aby vyjádřila všechny své emoce, od smutku, přes strach, vztek a beznaděj, které byly se situací spojeny. Pak se podařilo mobilizovat reziduální kapacitu (pacientka umí dobře 2 světové jazyky, neztratila dobré vztahy v rodině ani mezi přáteli, může být dále sexuálně aktivní, pohyb s náhradou je možný apod.) a pacientka začala promýšlet nový způsob života, který jí čeká. Postupně se loučila s minulou rolí v životě (což bylo bolestné) a nacházela novou roli (což jí ukázalo perspektivu). V průběhu měsíce její depresivní reakce odezněla.

Rozsáhlejší epidemiologické studie u této skupiny poruch chybí. Více víme o pacientech, kteří přicházejí do léčby. Zdá se, že 5–10 % pacientů ve zdravotnických zařízeních, ať ambulantních nebo nemocničních, trpí poruchou přizpůsobení. Častěji touto poruchou trpí ženy – poměr žen k mužům je 2 : 1. V krizových centrech trpí touto poruchou kolem 13 % dospělých a až 42 % adolescentů, v psychiatrické léčbě mezi 11,5–21,5 %. U adolescentů bývá porucha přizpůsobení až v 17–25% komplikována suicidálním pokusem – v adolescenci tedy porucha přizpůsobení patří mezi závažné diagnózy.

Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇒

- A. Příznaky poruchy se objeví v průběhu 1 měsíce od vystavení zřetelnému psychosociálnímu stresoru
 B. U jedince se projevují takové příznaky nebo poruchy chování, jako u kterékoli afektivní poruchy, kromě bludů a halucinací, kterékoliv neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy a poruchy chování, ale kritéria pro jednotlivé poruchy nejsou splněna. Příznaky mohou měnit formu i závažnost.

Převládající rysy příznaků mohou být dále specifikovány:

Krátká depresivní reakce – přechodný stav mírné deprese, který netrvá déle než 1 měsíc.

Prodloužená depresivní reakce – jde o mírný depresivní stav jako reakci na dlouhodobou expozici zátěžové situaci. Reakce však netrvá déle než 2 roky.
Smíšená úzkostná a depresivní reakce – příznaky úzkosti a deprese jsou výrazné, ale ne ve větším rozsahu, než je specifikováno u smíšené úzkostně-depresivní poruchy nebo jiné smíšené úzkostné poruchy.

S převládajícími poruchami emotivity – příznaky zahrnují obvykle několik typů emocí, jako je úzkost, deprese, obavy, napětí, zlost. Příznaky úzkosti a deprese mohou splňovat kritéria smíšené úzkostně-depresivní poruchy nebo jiné smíšené úzkostné poruchy, ale nepřevažují natolik, aby mohly být diagnostikovány jiné specifičtější úzkostné nebo depresivní poruchy.

S převládající poruchou chování – hlavní projevy se objevují v oblasti chování, např. reakce adolescenta na smutek se projevuje agresivním nebo dissociálním chováním.

Se smíšenou poruchou emocí a chování – v popředí jsou jak příznaky emoční, tak poruchy chování.

S převahou jiných specifických příznaků.

- C. S výjimkou protrahované depresivní reakce netrvají příznaky déle než 6 měsíců po skončení stresu nebo jeho důsledků.

Etiopatogeneze ⇒ Vztah mezi stresorem a poruchou přizpůsobení je komplexní a nelze jej redukovat pouze na jednoduchý lineární model: stres vede k psychické poruše. U některých osob podobný stresor nevede k nejmenším projevům maladaptace, u jiných může spustit psychotickou epizodu. Velmi pravděpodobně existuje jak specifická (k určitým specifickým stresorům), tak nespecifická (ke stresu vůbec) zranitelnost a odolnost jedince. Na těchto typech zranitelnosti i odolnosti se podílí jak genetická a vrozená výbava, tak individuální životní zkušenosti, sebedůvěra. Kromě dlouhodobé zranitelnosti se však uplatňují i situační vlivy, jako jsou celková psychosociální situace, tělesné zdraví, sociální podpora od blízkých, jiné stresory, vývojové životní období apod.

Průběh ⇒ Dlouhodobá sledování ukázala, že u dospělých lidí porucha přizpůsobení zpravidla odeznívá do 6 měsíců, jen asi u 30 % se příznaky objevují ještě po roce (při protrahovaném stresu). Jiný je však průběh u adolescentů. V průběhu pětiletého sledování byla až u 43 % adolescentů původně diagnostikovaných jako porucha přizpůsobení diagnostikována velká psychiatrická porucha (schizofrenie, maniodepresivní porucha, deprese nebo závislost na návykových látkách), dalších 13 % potřebovalo psychiatrickou intervenci pro jiné psychiatrické problémy. Bez potíží zůstalo po 5 letech jen 44 % původního vzorku.

Léčba ⇒ Studie účinnosti léčby u poruch přizpůsobení zatím nebyly uskutečněny. Na základě zkušenosti však existuje konsenzus expertů o tom, jak tyto poruchy léčit. Nejdůležitějším přístupem lékaře je podpůrná psychoterapie. **Podpůrná psychoterapie** pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem při adaptaci na stresor děje. Učí, jakým způsobem **zacházet se vzniklými příznaky** a s **problémy** v životě a posílá trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit udržování poruchy. Psychoterapeutický přístup poskytuje určitý **ochraňující prostor**, ve kterém se nemocný může projevit a vyjádřit, co ho trápí. Základními prostředky jsou naslouchání, vcítění, podpora, vedení, podání informací a vysvětlení, povzbuzování a umožnění vyjádřit všechny emoce, které pacient prožívá. To vytváří bezpečné prostředí přijetí pro člověka se všemi jeho klady i zápory. Poskytuje však také realistický pohled na situaci, který je podáván bez konfrontace či kritiky. Měl by se poskytnout dostatek informací o adaptační reakci a její léčbě, případně vysvětlit důležitost užívání antidepressiv.

Základními kroky v léčbě jsou:

1. identifikace stresoru, jeho analýza a popis reakce,
2. zmírnění reakce pomocí vyhnutí se stresoru, změny perspektivy pohledu nebo utlumení reakce,
3. posílení nebo nácvik potřebných dovedností,
4. mobilizace nebo vytvoření sociální sítě.

Prvním krokem je identifikace a analýza stresoru(ů) a popis reakce. Tento krok má jak diagnostickou stránku, tak léčebnou. Porucha přizpůsobení navazuje na stresující životní události, změny v životě, pracovní, rodinné nebo sexuální problémy, přetěžující životní styl. Tyto problémy, ale také nové problémy, které rozvoj poruchy přizpůsobení přinesl (např. závislost na partnerovi, ztráta zaměstnání aj.) mohou souviset s udržováním příznaků. Lékař by měl proto mluvit s pacientem o jeho životní situaci a zjistit všechny důležité momenty, které ke stresu vedou, a způsoby, jak pacient problémy řeší (nebo spíše neřeší). Pak pomáhá pacientovi hledat adaptivní strategie, které by situaci mohly změnit, případně doporučí pacientovi psychoterapeuta, manželského terapeuta, sexuologa nebo jiného odborníka, který je v dané oblasti kompetentní. Lékař se snaží zjistit, jaký význam pacient stresoru přikládá a jaké to pro něj má důsledky. Pacientovi umožňuje uvolnit emoce, které jsou se stresorem i reakcí na něj spojeny a postupně situaci nahlédnout z metapozice. Většinou u pacientů s poruchou přizpůsobení jde o nadměrnou reakci na stresovou situaci (např. pacient se pokouší o TS po rozchodu s partnerkou). Terapeut pomáhá přenést pocity pacienta do slov místo destruktivního chování. Role verbalizace nesmí být přeceňována, nicméně na počátku pomáhá pacientovi ulevit si z tíživých emocí a upevňuje terapeutický vztah. Lékař používá otevřených i uzavřených otázek a empaticky reflektuje pacientovy pocity.