

# Poruchy přizpůsobení

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.<sup>1</sup>, MUDr. Dana Kamarádová<sup>1</sup>, MUDr. Daniela Jelenová<sup>1</sup>,  
Mgr. Marie Ocisková<sup>1,2</sup>, prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc

<sup>2</sup>Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Porucha přizpůsobení se projevuje subjektivní tísní a dalšími poruchami emocí, jejichž rozvoji předchází stresová událost či události. To, zda se u jedince tato porucha objeví či nikoliv, souvisí s adaptační kapacitou každého jedince. Tato porucha skýtá diferenciálně diagnostická úskalí, zásadní je zejména její odlišení od normálního zármutku, normální reakce na stres, depresivní epizody, generalizované úzkostné poruchy a posttraumatické stresové poruchy. Při léčbě poruchy přizpůsobení pacienti nejvíce profitují z psychotherapeutických přístupů (zaměřených na vytvoření terapeutického vztahu, edukaci a práci se stigmatem). Další možností je současné podání psychofarmak.

**Klíčová slova:** porucha přizpůsobení, stres, ztráta, diferenciální diagnóza, psychotherapie.

## Adjustment disorders

An adjustment disorder is manifested by subjective distress and other emotional reactions to an identifiable stressful event or events. An adaptive capacity of a person is an important factor in developing this disorder. In differential diagnosis it is necessary to distinguish from "normal" grief, a reaction to stress, depressive episodes, generalized anxiety disorder and post-traumatic stress disorder. A treatment that has been found beneficial in dealing with the adjustment disorder usually consists of psychotherapeutic approach (with an emphasis on developing the therapeutic relationship, education and dealing with the stigma). Combined treatment of psychotherapy and pharmacotherapy might be another option.

**Key words:** adjustment disorder, stress, loss, differential diagnosis, psychotherapy.

Med. praxi 2015; 12(4): 184–188

## Úvod

Poruchu přizpůsobení (adaptační poruchu) řadíme mezi diagnózy úzkostného spektra a v běžné klinické praxi se s ní mohou setkat jak psychiatři a psychologové, tak lékaři primární péče či specialisté. Řada lidí je totiž v průběhu každodenního života vystavena stresovým událostem a životním změnám, které předcházejí rozvoji adaptační poruchy. Poruchu přizpůsobení diagnostikujeme v případech, kdy je narušeno sociální fungování a výkon v důležitých životních rolích následkem významné životní změny nebo stresové události. Tato porucha se projevuje subjektivní tísní a dalšími poruchami emocí. Stresovou událostí je myšlen jakýkoliv střet, který je spojen se změnou původního životního stylu a návyků. Zátěžová situace předchází rozvoji onemocnění obvykle o jeden měsíc a délka trvání příznaků nepřesahuje 6 měsíců. Za stresovou událost tedy můžeme považovat např. změnu zaměstnání, ztrátu blízkého člověka či konflikty v rodině. Poruše může předcházet jak jedna významná událost, tak řada menších událostí. To, zda se u jedince porucha rozvine či nikoliv, je však individuální, záleží na adaptační kapacitě jedince. Míra adaptační kapacity je závislá na řadě faktorů. Roli hrají genetické faktory, dovednosti získané v průběhu života a osobnostní výbava jedince. Tuto kapacitu zároveň ovlivňuje i aktuální sociální kontext, tento může kapacitu buďto zvyšovat, nebo snižovat.

Příznaky adaptační poruchy mohou být různorodé. Zpravidla zahrnují depresivní náladu, úzkost, obavy, pocit, že jedinec není schopen vypořádat se se současnou situací, plánovat ji nebo v ní pokračovat, zhoršení výkonu každodenní činnosti. Jen zřídka bývá tato porucha doprovázena dramatickým chováním, avšak zejména u adolescentů se může jednat o přidružený rys.

*Pani Olga je 37letá matka 3 dětí. Dosud žila ve spokojeném manželství, pracovala jako servírka. Nyní byl u ní zjištěn maligní nádor v levém prsu. Lékař jí sdělil, že jí tento prs budou muset ampu-*

*tovat a po mastektomii se bude muset podrobit radioterapii. Olga je ve zmatku. Bojí se, že zemře. Představa, že nebude mít prso, ji ochromuje. „To už nebude moje tělo. Budu mrzák! Nebudu se líbit manželovi. Jak se na mě budou dívat děti! Chtěli jsme jet o prázdninách k moři, tam teď nemůžu, v plavkách... to si neumím představit. Sama sobě se ošklivím. A co když budu umírat na rakovinu? Všichni se mě budou štítit. Nikdo se mě nebude chtít ani dotknout!“ Olga je nešťastná. Není schopna celé dny na nic jiného myslet. Každou chvíli ji přepadá pláč, nedokáže se dále soustředit ani na práci, ani*

**Tabulka 1.** Diagnostická kritéria pro poruchy přizpůsobení dle MKN-10 (1996)

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, jako u kterékoli neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy a poruchy chování, ale kritéria pro jednotlivé poruchy nejsou naplněna. 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 reakce na dlouhodobou expozici zátěžové situaci. Reakce však netrvá déle než 2 roky.
- **Smišená 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 specifitější úzkostné nebo depresivní poruchy
- **S převládající poruchou chování** – hlavní projevy se objevují v oblasti chování, např. reakce adolescenta na smutek se projevuje agresivním nebo dissociačním chováním
- **Se smíšenou poruchou emocí a chování** – v popředí jsou jak příznaky emoční, tak poruchy chování
- **S převahou jiných specifických příznaků**

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

na rodinu. Střídá se u ní depresivní nálada s úzkostí, obavami, vnitřním pocitem ochrnutí a neklidem.

Odborníci z řad psychiatrů, ale i jiných lékařských profesí, při stanovování diagnózy často chybují. Úskalími mohou být široké spektrum příznaků, ale také to, že diagnóza porucha přizpůsobení není pro pacienta natolik stigmatizující jako např. diagnóza deprese. V průřezové studii praktičtí lékaři úspěšně diagnostikovali adaptační poruchu pouze u 2 ze 110 případů (1). Diagnostická kritéria pro poruchy přizpůsobení dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. vydání (2) shrnuje tabulka 1.

Pod diagnózou poruchy přizpůsobení se často skrývají i pacienti s depresivní poruchou nebo úzkostnou poruchou, jejichž mylná diagnóza může znamenat nedostatečnou léčbu. Druhou možností je opačná chyba, tedy stanovení diagnózy deprese pacientům s poruchou přizpůsobení.

**Protrahovaná (prodloužená) depresivní reakce** nebo také **depresivní reakce** je přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu. Tato reakce nejčastěji navazuje na ztrátu (např. úmrtí blízkého člověka, odchod dětí z domova apod.).

Zármutek je běžnou reakcí na ztrátu blízkého člověka. Zármutek nelze řadit mezi žádné poruchy, tedy ani do kategorie poruchy přizpůsobení. „Zármutková“ reakce má své typické projevy (tabulka 2).

V případě zármutku je důležité, aby měl pozůstalý možnost svůj zármutek plnohodnotně prožít. Není nezbytná pomoc odborníka, pomáhá i rozhovor s empatickými a podporujícími lidmi. Jen zřídka je zapotřebí intervence odborníka. V případě komplikovaného truchlení je však intervence nutná. Komplikované truchlení může nabývat řady podob: chronické truchlení, hypertrofované truchlení, odložené truchlení a traumatické truchlení (kombinace hypertrofovaného a chronického). V případě komplikovaného truchlení hrozí prohloubení poklesu nálady až do fáze těžké deprese.

*Paní Marii zemřel manžel po 3 letech těžké nemoci, kdy byl připoután na lůžko. Zemřel doma, Marie se o něj do poslední chvíle obětavě starala. Zpočátku jen těžce přijímala, že Karel doopravdy zemřel. Cítila v sobě prázdno, na pohřbu nedokázala plakat, jakoby v ní veškerý cit vyschl. Vyčítala si to, nicméně kromě prázdna nedokázala nic cítit. Chodila dále do práce, cítila se jako robot, všechno zvládala včas, ale nedokázala procítit radost. Po měsíci však začala prožívat vztek. Zlobila se na děti, že ji nenavštěvují častěji a dostala i vztek na mrtvého manžela. Jak jí to jen mohl udělat. Mimoděk začala vzpomínat i na křivdy, které s ním zažila. Před 30 lety jí byl nevěrný. Přestože se o něj vždy dobře starala*

*a měla ho ráda. Jak jí to jen mohl udělat. Zároveň se za vztek a nepříjemné vzpomínky styděla. Vždyť umřel a měl ji hodně rád, na sklonku života byl na ni plně závislý. Nicméně vztek se objevoval v nových vlnách. Vzchopila se a vztek na mrtvého si zakázala. Přece byl tak skvělý v tolika oblastech života. Milovala ho, tak na něj nemůže mít vztek. Začala se hlídat, kdykoliv ji tyto myšlenky napadly, vytlačila vzpomínky a věnovala se práci. Pak se objevila deprese. Začala nenávidět sama sebe. Za své pocity, za svoji neschopnost v životě, za to, že ji nikdo nemá rád. Byla přesvědčena, že o ni děti nestojí, když někdy přijdou, tak jen ze soucitu, ale vlastně ji nemají rády. Přestala se soustředit na práci. Vzhledem k tomu, že pracovala při důchodu, rozhodla se ukončit pracovní poměr. Zůstala doma ležet, přestala se starat sama o sebe, uklízet. Cítila, že na to nemá sílu.*

*Paní Marie byla přivedena dcerou na psychiatrickou ambulanci. Psychiatr se znovu vrátil ke vzpomínkám na mrtvého a pomohl jí přijmout i vztek na Karla jako pochopitelnou a legitimní reakci. Zároveň se Marie začala léčit antidepresivy. Deprese během 6 týdnů odezněla. Marie se začala stýkat s přítelkyněmi, s kterými po smrti Karla přerušila kontakt. S jednou z nich, také vdovou, si opakovaně povídaly o manželech. Obě se hodně vyplakaly. Život se vrátil postupně do zdravých kolejí. Marie se nyní často věnuje vnoučátkům, hodně cestuje společně s přítelkyní, je spokojena. Na Karla vzpomíná s úctou.*

## Epidemiologie

Navzdory tomu, že diagnostikování této poruchy je poměrně časté, rozsáhlejší epidemiologické studie, věnující se této poruše, chybí.

**Tabulka 2.** Fáze „zármutkové“ reakce

1. Odmitání uvěřit	První reakcí na šok z náhle ztráty se projevuje strnulostí a odmítáním věřit zprávě.
2. Zaujatost	Touha a truchlení pro někoho, koho člověk ztratil, naplňuje mysl a těžko se od ní od-poutává.
3. Popření	Pozůstalý se chová, jakoby ke ztrátě nedošlo (například uklízí pokoj zemřelého dítěte).
4. Hněv a vina	Zpravidla během 4 až 6 týdnů se objevují intenzivní emoce, které lze vyjádřit slovy: „Proč se to stalo právě mě?“ nebo „Kdybych jen udělal to a to, dopadlo by to jinak!“ Mohou být přítomny také silné iracionální sebevychýtky.
5. Přijetí ztráty	Projevuje se kontinuální prožívání zármutku, stesku a lítosti.
6. Smutek	Smutek postupně slábne, přestože má pozůstalý někdy obavy, že nikdy neskončí. Vý-ročí, která ztrátu připomínají, vedou zpravidla ke zhoršení nálady, rovněž všechny udá-losti, činnosti a věci, které připomínají ztracenou osobu nebo funkci.

**Tabulka 3.** Základní kroky podpůrné terapie

1. krok	Ubezpečení pacienta, že příznaky mají časově omezené trvání.
2. krok	Identifikace stresoru, jeho analýza a popis reakce.
3. krok	Objasnění a poskytnutí informací o tom, v čem má pacient problém se přizpůsobit (tím dochází k redukci stresu).
4. krok	Zmírnění reakce pomocí vyhnutí se stresoru, změny perspektivy pohledu nebo utlumení reakce.
5. krok	Posílení nebo nácvik potřebných dovedností.
6. krok	Mobilizace nebo vytvoření sociální sítě.

Zdá se, že 5–10% pacientů ve zdravotnických zařízeních, ať ambulantních nebo nemocničných, trpí poruchou přizpůsobení (3). V případech onkologických, hematoonkologických pacientů a pacientů s paliativní péčí se prevalence tohoto onemocnění pohybuje okolo 15,4% (4). Porucha je častější u žen, poměr je udáván 2 : 1.

## Etiopatogeneze

Etiopatogeneze poruchy přizpůsobení je komplexní a nelze ji redukovat na přímý lineární model stres – psychická porucha (obrázek 1). Zranitelnost a odolnost jedince ke stresu jsou významnými faktory.

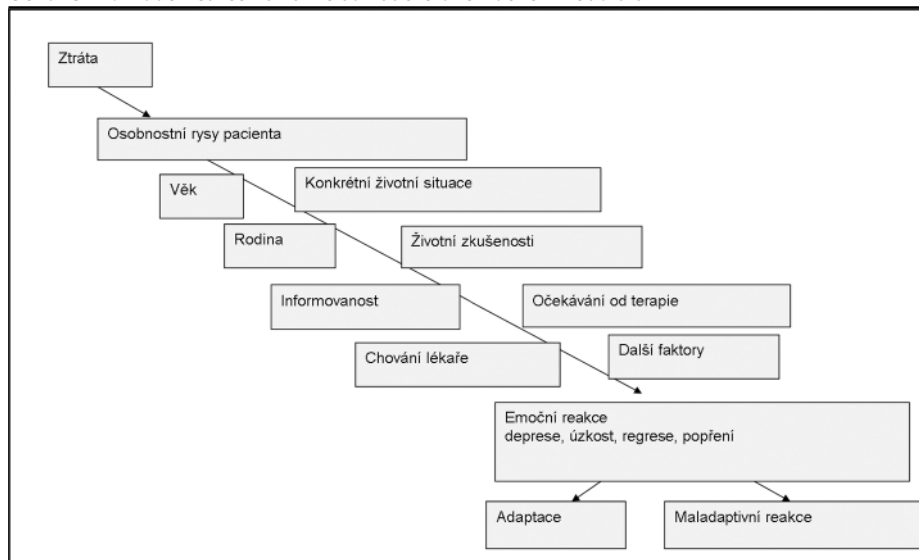
## Somatické onemocnění

### Průběh

Jak již bylo zmíněno výše, porucha se obvykle objeví do jednoho měsíce po stresující události a během šesti měsíců odeznívá. Příznaky však mohou trvat i déle, obzvláště v situacích, kdy stresor nebo jeho důsledky přetrvávají. Dlouhodobá sledování ukázala, že asi u 30% se příznaky objevují ještě po roce (při protrahovaném stresu).

### Specifika dětských a adolescentních pacientů

Poruchy přizpůsobení se poměrně často vyskytují u dětí a adolescentů, stejně často u chlapců jako u dívek; v dětském věku je prevalence mezi 2 a 8%, v adolescenci mezi 12,5 a 34% (5, 6, 7, 8). Mezi stresové události nebo životní změny mohou patřit stěhování rodiny, rozchod či rozvod rodičů,

**Obrázek 1.** Model reakce na vážné somatické onemocnění nebo úraz

ztráta domácího zvířete, narození sourozence. Rozvinuté adaptační poruchy v případě dětských pacientů významně záleží vedle osobnostních rysů, zkušeností, sociálních oporách také na jejich dosaženém vývojovém stupni. Děti mají oproti dospělým výrazně omezenou schopnost vyjadřovat emoce a myšlenky, proto se u nich mnohdy adaptační porucha manifestuje externalizovanými projevy – zhoršený školní výkon, poruchy chování. Proto mohou být učitelé prvními, kteří zachytí změnu fungování dítěte a doporučí rodičům, aby s dítětem navštívili psychologa či psychiatra. U dětí někdy dochází k regresivním jevům (např. pomůčování, dětské žvatláni, cumláni palce). Symptomy poruchy přizpůsobení u adolescentů jsou více v behaviorálním chování, zatímco dospělí vykazují depresivní symptomy. Vágní somatické stesky, vyhýbání se vrstevníkům, symptomy anxiety či poruchové chování mohou doprovázet poruchu přizpůsobení. Léčba dětských pacientů může využívat individuální psychoterapii zaměřenou na zlepšení věkově přiměřených způsobů řešení problémů, komunikační dovednosti, zvládnání impulzivity, stresu, projevů vzteku. Rodinná psychoterapie se často zaměřuje na změny uvnitř rodinného systému, např. zlepšení komunikačních dovedností a interakcí v rodině, zlepšení podpůrného systému rodiny. Skupinová psychoterapie pomáhá rozvíjet a využívat sociální a interpersonální dovednosti.

Rozvoj suicidálního jednání je popisován až u 25 % adolescentů s poruchami přizpůsobení (9). Pro adolescenty je typický těžší průběh. Až u 43 % adolescentů původně diagnostikovaných jako porucha přizpůsobení byla v průběhu 5 let 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 (10).

### Diferenciální diagnóza

Diferenciální diagnostika této poruchy je obtížná, protože klinický obraz onemocnění je velmi variabilní a pro většinu pacientů je tato diagnóza lépe přijatelná než jiné psychiatrické diagnózy. Baumeister a Kufnerová (11) ve své práci upozorňují, že podle DSM-IV je stanovena velká depresivní porucha jedinci, který splňuje pět příznaků, ale pokud splňuje jenom čtyři, může být stanovena již porucha přizpůsobení. V diferenciální diagnostice potřebujeme poruchy přizpůsobení odlišit v první řadě od **normálního zármutku a normální reakce na stres**. Normální zármutek i normální reakce na stres zpravidla trvají kratší dobu, jsou méně intenzivní a nezasahují do fungování v životních rolích. Diagnostiku komplikuje fakt, že přechody mezi poruchou přizpůsobení s depresivními symptomy a depresivní epizodou jsou možné a často je rozdíl jen kvantitativní. Zjednodušeně lze říci, že u depresivní epizody je prožívání pacienta „více u sebe“, zatímco u adaptační poruchy s depresivní náladou se pacient více zaobírá právě tématem ztráty a jejími dopady. Při **generalizované úzkostné poruše** se postižený méně zaobírá minulostí a spíše se objevují nadměrné obavy a starosti z budoucnosti. U podobné adaptační poruchy se smíšenou úzkostně depresivní náladou je stres z minulosti významným obsahem myšlení. U **posttraumatické stresové poruchy** bývá typický extrémně silný stresor a z příznaků hlavně reminiscence, které se u poruch adaptace neobjevují (či jen velmi vzácně).

### Klinické vedení

Léčba si klade za cíl umožnit pacientovi návrat k plnohodnotnému fungování a získání kontroly

nad svým životem. Na symptomatické úrovni pak úlevu od příznaků (zejména pak depresivních a úzkostných) a prevence chronifikace. Důležitým krokem léčby je stanovení si reálných cílů hodnotitelných na objektivní úrovni (např. jet do práce autem nebo zůstat sama doma čtyři hodiny). Zvláštní situací je případ, kdy trauma souvisí s trestným činem, který nebyl trestně stíhán. Tuto situaci je nutno s pacientem otevřeně probrat a věnovat pozornost všem důsledkům možných rozhodnutí. Kromě pacienta se do terapie snažíme zařadit i širší sociální pole (příbuzné, známé, spolupracovní apod.). Snažíme se pacientovi pomoci při hledání osob, kterým by se mohl svěřit, popř. je kontaktovat v situacích, kdy potřebuje pomoc, aniž by cítil pocity viny či mu to bylo danými osobami vytýkáno. Léčba by se měla zaměřovat nejen na zpracování stresové události, ale i na praktické potřeby a cíle do budoucna.

Pacienti s poruchou přizpůsobení mají největší profit z psychoterapie. Přidání farmakoterapie k psychoterapii má pozitivní efekt na výsledek léčby až u 70 % pacientů. Smysl mají hlavně antidepresiva. Čím je závažnější symptomatologie, tím významnější uplatnění mají farmaka v podpoře pacienta traumatickou událostí propracovat a řešit aktuální problémy v životě.

### Farmakoterapie poruchy přizpůsobení

Při léčbě poruchy přizpůsobení se nemůžeme opírat o dostatečné množství kvalitních studií. Metodou volby v léčbě poruchy přizpůsobení jsou antidepresiva. Můžeme volit látky ze skupiny SSRI (paroxetin, fluoxetin), mianserin či amitriptylin (12). Randomizované kontrolované studie, které by zkoumaly účinnost těchto látek, doposud chybí, přesto se tato antidepresiva ve skutečnosti u těchto pacientů na celém světě hojně podávají, protože mají méně nežádoucích účinků a jsou bezpečná při předávkování (13). Jinou z možností v léčbě poruchy přizpůsobení je podání anxiolytik. Tyto vedou k poklesu úzkosti, avšak vzhledem k riziku vzniku závislosti se doporučuje jen jejich krátkodobé podávání. Tianeptin, alprazolam a mianserin byly podobně účinné u pacientů s poruchou přizpůsobení s úzkostnými projevy (14). Podobně byl potvrzen efekt trazodonu (15). Při převažujících poruchách chování či při nutnosti augmentace je na místě podání nízkých dávek antipsychotik.

### Psychoterapie

Psychoterapie se zaměřuje na vytvoření terapeutického vztahu, edukaci a zmírnění či plné odstranění stigmatizace. V léčbě poruchy přizpůsobení je nejběžnějším a nejdůležitějším



ším přístupem podpůrná psychoterapie. Tato pomáhá porozumět tomu, co se při adaptaci na stres děje, učí, jak zacházet s příznaky adaptační reakce, jak řešit problémy v životě a vytváří dovednosti, které umožňují neudržovat poruchu v budoucnosti. Podpůrná psychoterapie umožňuje pacientovi pomoci zvládnout nepříjemné emoční stavy a rozvinout jeho strategie zvládnání zátěže. Mezi základní prostředky podpůrné terapie patří: naslouchání, vycílení, podpora, vedení, podání informací a vysvětlení. Pomocí těchto prostředků je možno vytvořit bezpečné prostředí pro přijetí člověka se všemi jeho klady i zápory. Terapeut také nabízí pacientovi realistický pohled na situaci bez konfrontace či kritiky a dostatek informací o adaptační reakci a její léčbě. Základní kroky v léčbě uvádí tabulka 3.

*Paní Františka je 75 let. Je sice v důchodu, ale již léta vypomáhá na bývalém pracovišti, kde dělala v knihovně. Prožila hezké manželství a vychovala 2 dcery, které už také mají svoje dospělé děti. Rodiny obou dcer však žijí v cizině, jedna v Austrálii a druhá v Kanadě. Před 2 měsíci zemřel Františce manžel. Čekala to, protože byl dlouhodobě nemocen a upoután na lůžku, nicméně ji zaskočilo, jak jí tato ztráta ochromila. Do poslední chvíle o něj pečovala, snažila se mu posloužit. Nemohl se už po mrtvici hýbat, byl těžký, ale všechno dokázala zvládnout. Hodně ho to ponížovalo a byl proto někdy na ní zlý. Bolelo ji to, ale vždy vzpomněla na hezký společný život a odpustila mu. Chápala, že to není vztek na ní, ale na svojí bezmoc. Občas, když viděla, jak ho situace trápí, ji bezděčně napadlo, že smrt by pro něj byla vysvobozením z tohoto vězení v ochrnutém těle. Někdy se na něj sama rozzlobila. Pak si to vycítala. Teď zemřel. Nepocítila ani smutek, ani bolest, ale zvláštní prázdno a ticho, trýznivé nic. Jakoby zemřela sama. Chodila jako ve snách po bytě, jako ve snách zařídila pohřeb a zavolala dcerám. Cítila, jak je její tělo slabé. Známi ji volali, aby ji kondolovali. Bylo to vše jakoby daleko. Pohřeb absolvovala jako v tranzu. Nebyla schopna začít chodit znovu do práce. Přátelům se vyhýbala. Ovšem otupělost a nechuť k jakékoliv činnosti začaly fungovat i doma. Přestala si vařit, jídlo jí nechutnalo, na žádnou činnost se nemohla soustředit. V sobě cítila prázdno a přitom napětí. Vzpomínky na manžela se začaly vracet. Jako naschvál všechny nepříjemné. V noci se jí o tom zdálo. Zlobila se na sebe za to. Pak jí z ničeho nic popadal vztek na něj. Jak jí to mohl udělat a opustit ji. Tyto myšlenky se snažila potlačit. Sama před sebou se za něj styděla. Přítelkyně, která slyšela její bezbarvý hlas v telefonu, ji navštívila. Když ji uviděla, rozhodla se jí stůj co stůj dovést k psychiatrovi. Sama měla dobrou zkušenost před několika léty, kdy se sama stala vdovou. Objednala Františku k psychiatrovi a druhý den ji tam doprovodila.*

*Psychiatr s Františkou dlouho mluvil o smrti manžela a o společném životě. Podrobně se ptal jak na hezké, tak na těžké chvíle. Františka začala poprvé od smrti muže plakat. A i když se za to styděla, probřečela celé sezení. Na další sezení ji psychiatr požádal, aby si přinesla album fotografií. Další sezení, které bylo za 3 dny, opět Františka probřečela. Psychiatr se více ptal i na negativní pocity k zemřelému. Velmi se styděla, ale řekla je. Dozvěděla se, že je to tak v každém vztahu a je velmi důležité si uvědomit, že i k tomu, koho mám velmi rád, mám řadu negativních pocitů. Františka absolvovala ještě 3 sezení, ve kterých opakovaně probírala minulý život s manželem. Zdálo se, že se mezitím zklidnila a dostala více „k sobě“, začala vařit, uklízet a zajímat se o věci v bytě. Dalším krokem byl návrat do života. Po dlouhém rozhodování společně s terapeutem se rozhodla vrátit se k brigádě v knihovně. Začala znovu navštěvovat své kamarádky (všechny byly už dávno vdovy) a s nimi cestovat, chodit na koncerty a výstavy. Nyní, půl roku po smrti manžela, Františka opět plnohodnotně žije. Jen občas se „nachytá“ při sebeodsuzování za to, že ona zůstala na světě a on ne.*

Prvním krokem terapie je identifikace a analýza stresoru či stresorů. Dále popis reakce. Funkce tohoto kroku je jednak diagnostická, jednak má léčebnou stránku. S udržováním příznaků totiž souvisí nejen původní stresory, ale i ty, které přinesl rozvoj poruchy přízpusobením (např. závislost na partnerovi, ztráta zaměstnání aj.). Lékař by měl proto s pacientem mluvit o jeho životní situaci a zjistit všechny důležité momenty, které ke stresu vedou a způsoby, jak pacient své problémy řeší (nebo spíše neřeší). Pak pomáhá pacientovi hledat adaptivní strategie. Lékař se snaží zjistit, jaký význam pacient stresoru přikládá a jaké to pro něj má důsledky. Důležité je pacientovi umožnit uvolnit emoci. 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.

Ve druhém kroku hledá pacient a terapeut možnosti, jak zmírnit reakci. Možné jsou čtyři základní strategie. Prvním je řešení situace. Tato strategie je vhodná v situacích, kdy jsou stresorem konflikty či změna životní situace. Druhou možností je vyhnout se stresoru. Toto řešení volíme v situacích, kdy jiné řešení není možné, nebo by další setrvání v situaci celou záležitost ještě zhoršovalo. Třetím je změna perspektivy pohledu a čtvrtou přímé utlumení příznaků.

Pomoc při zvládnání truchlení. V tomto případě terapeut pomáhá pacientovi přebudovat

jeho vztah ke ztracenému. V případě, že se jedná o ztrátu úmrtím, usnadňuje terapeut pacientovi vylíčit proces loučení, povzbuzuje vyjádření i ujasnění emocí (včetně ambivalentních pocitů ve vztahu k zemřelému). Empatickým aktivním nasloucháním usnadňuje proces truchlení a pomáhá pacientovi vybudovat nové vztahy (vyplnit prázdný prostor). Podle Blumenfelda a Tiamsona (16) můžeme smutkové práci napomoci potvrzením ztráty, umožněním prožívání bolesti, normalizací bolesti, uklidnit poukázáním na minulé zkušenosti, monitorací nebezpečných signálů během smutkové práce a edukací rodiny.

## Závěr

Porucha přízpusobením vzniká jako následek stresující události v životě člověka. K jejímu rozvoji dochází do jednoho měsíce od stresující situace a její rozvoj je ovlivněn adaptační kapacitou každého jedince. Jedná se o časté psychické onemocnění, které vede k významnému stresu a má dopad na kvalitu života pacienta. Příznaky s výjimkou prodloužené depresivní reakce netrvají déle než 6 měsíců po ukončení stresu nebo jeho důsledků. Nejdůležitějším léčebným přístupem pro pacienty s poruchou přízpusobením je psychoterapie, kterou lze kombinovat s psychofarmakologickými přístupy.

## Literatura

1. Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, et al. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry* 2012; 201: 137–42.
2. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996; Zprávy č. 134.
3. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, et al. Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2009; 5:15
4. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology* 2011; 12 (2): 160–174.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth edition, American Psychiatric Association, 1994, p. 625
6. Hillard JR, Slomowitz M, Levi LS. A retrospective study of adolescents' visits to a general hospital psychiatric emergency service. *Am J Psychiatry*. 1987;144 (4): 432–6.
7. Jacobson AM, Goldberg ID, Burns BJ, et al. Diagnosed mental disorder in children and use of health services in four organized health care settings. *Am J Psychiatry* 1980;137 (5): 559–65.
8. Faulstich ME, Moore JR, Carey MP, et al. Prevalence of DSM-III conduct and adjustment disorders for adolescent psychiatric inpatients. *Adolescence* 1986;21 (82): 333–7.
9. Pelkonen M, Marttunen M, Henriksson M, et al. Suicidality in adjustment disorder—clinical characteristics of adolescent outpatients. *J Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14 (3): 174–80.
10. Andreasen NC, Hoenk PR. The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 584–90.

11. Baumeister H, Kufner K: It is time to adjust the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry* 2009; 22: 409–412.
12. Kosová J, Praško J. Poruchy přizpůsobení. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Hoschl C (eds.): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis. 2008: 329–342.
13. Strain JJ, Newcorn J: Adjustment disorder. In: Hales RE a Yudofsky SC (eds): *Textbook of Clinical Psychiatry*. American Psychiatry Publishing, Inc. Washington DC 2003: 765–780.
14. Ansseau M, Bataille M, Briole G, et al. Controlled comparison of tianeptine, alprazolam and mianserin in the treatment of adjustment disorders with anxiety and depression. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental* 1996; 11: 293–298.
15. Razavi D, Kormoss N, Collard A, et al. Comparative study of efficacy and safety of trazodone versus clorazepate in the treatment of adjustment disorders in cancer patients: a pilot study. *Journal of Internal Medicine and Research* 1999; 27(6): 264–272.
16. Blumenfeld M, Tiamson MLA. *Konzultačná psychiatria. Praktická príručka*. Vydavateľstvo F, Trenčín 2006.

Článek přijat redakcí: 17. 9. 2014

Článek přijat k publikaci: 10. 4. 2015

---

**doc. MUDr. Klára Láralová, Ph.D.**

*Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci*

*a FN Olomouc*

*I. P. Pavlova 6, 725 00 Olomouc*

*klaralat@centrum.cz*

---