



mohou fungovat mezi lidmi poměrně dobře a nedostatek náhledu vede k minimálním nebo žádným kontaktům s psychiatrií. Hrubý odhad incidence je 0,7 až 3,0 na 100 000 obyvatel s častějším výskytem u žen. Epidemiologická studie udává celoživotní prevalenci 0,18 % (95% CI = 0,11–0,30) za použití kritérií DSM-IV (19). V jedné studii bylo diagnostikováno 1,2 % ze 4 144 pacientů ambulantní kliniky jako trpících bludnou poruchou. U poloviny z nich byl diagnostikován perzekuční podtyp. Ženy trpící touto poruchou byly výrazně starší než muži (10). V retrospektivní studii z Číny naplnilo 0,83 % z 10 418 ambulantních pacientů kritéria DSM-IV pro bludnou poruchu a poměr pohlaví byl vyrovnaný. Věkové rozmezí bylo od 17–86 let s průměrným věkem 42 ± 15 let. Doba nástupu u žen byla pozdější než u mužů (46 vs. 38,7 let). Průměrné trvání vzniku příznaků do první návštěvy psychiatra bylo 2,4 let a mezi pohlavími se významně nelišilo. Auditivní halucinace byly hlášeny u přibližně 12 %, taktilní halucinace u 6 %, zrakové halucinace u 2 % a čichové halucinace u 2 % pacientů. Subtypy bludné poruchy byly perzekučního typu 71 %, smíšené 14 %, žárlivecké 8 %, somatické 2 %, neurčené 2 %, erotomanické 1 % a grandiózní 1 % (11). Yamada a spolupracovníci (10) zjistili u svých pacientů z Japonska poměr žen a mužů 3 : 1 a také to, že perzekuční typ byl nejčastější (51 %), následovaný somatickým typem (27,5 %) a žárlivým typem (13,7 %). Týmy Yamady a Hsiao nenašly významné rozdíly ve frekvenci podtypů bludné poruchy mezi pohlavími.

Etiopatogeneze

Etiologie poruchy s bludy je neznámá. Mezi rizikové faktory spojené s touto poruchou patří vyšší věk, narušené fungování smyslů, smyslová

deprivace, rodinná zátěž, sociální izolace, osobnostní rysy (např. nadměrná interpersonální citlivost) a nedávné přistěhovalectví (20). Je uváděná častější spojitost s ovdověním, sexuální abstinencí a anamnézou zneužívání návykových látek.

Genetické studie ukazují, že porucha nevykazuje příbuznost se schizofrenií ani s afektivními poruchami (21). Vzhledem k tomu, že bludná porucha je poměrně vzácná, je těžké vystopovat její přenos v rámci rodin. Nicméně u příbuzných pacientů trpících trvalou poruchou s bludy byly častěji nalezeny rysy paranoidní poruchy osobnosti (22). Tato skutečnost naznačuje, že onemocnění může mít genetický podklad. Spouštěčem poruchy může být psychosociální stres.

Kognitivní a experimentální psychologie ukazuje, že u jedinců s poruchou s bludy dochází k selektivnímu výběru informací, které pak katymně interpretují (23). Jedinci si utvářejí úsudky na základě vágních či nedostatečných nebo neověřených informací, generalizují je, připisují jim negativní význam. Mají potíže s mentalizací motivace druhých lidí (24).

Průběh a prognóza

Porucha s bludy je častěji dlouhodobá. Antipsychotická léčba může pomoci utlumit neodbytnost či aktuálnost bludu, ale mnohdy jej nedokáže odstranit úplně (2). Při regulérní léčbě antipsychotiky může dojít k tzv. deaktualizaci bludu (obsah přetrvává, ale neovlivňuje pacientovo konání). Dá se mluvit o tzv. společenské úzdavě.

Porucha s bludy nevede k vážnému poškození nebo ke změně osobnosti, ale k postupnému a progresivnímu bludu. Relativně časté je suicidium (25). Spontánní uzdravení nemusí být tak vzácné, jak se dříve předpokládalo, zvláště kvůli tomu, že k psychiatrické léčbě se