



častěji dostávají jedinci se závažnějším průběhem poruchy, což selektivně zhoršuje pohled na její prognózu. Retterstol & Opjordsmoen (26) na řadě případů ukázali, že porucha nemusí mít chronický průběh. Chronické formy poruchy mají tendenci objevovat se v pátém decenniu. Nástup je akutní téměř u dvou třetin případů a postupně dochází ke zhoršování. U více než poloviny případů blud spontánně zmizí, ke zlepšení dojde u dalších 10 % a beze změny zůstává 31 %. U akutních forem poruchy je věk nástupu zpravidla ve čtvrtém decenniu, u více než poloviny pacientů dochází k trvalé remisi a výskyt chronických onemocnění se rozvíjí pouze u 10 %. Recidivující průběh byl pak pozorován u 37 %. Platí, že čím akutnější a časnější nástup nemoci, tím příznivější je prognóza (7). Přítomnost precipitujících faktorů, manželského stavu a ženského pohlaví je spojená s lepším výsledkem. Doba přetrvávání bludného myšlení je nejpříznivější u případů s bludy pronásledování a poněkud méně příznivá pro bludy megalomanické a žárlivosti. Pokud se jedná o celkové fungování, důsledky se však zdají být poněkud příznivější pro žárlivecký podtyp. Řada autorů se domnívá, že za chronicitu a přetrvávání poruchy může více nedostatečná spolupráce v léčbě než to, že by řádná léčba nedostatečně pomáhala (7).

Chronická neléčená porucha často vyústí v neschopnost uplatnění na trhu práce a navázání či udržení mezilidských vztahů, což vytěsňuje jedince na okraj společnosti. Pravidlem bývá sociální izolace, nespolečnost s psychiatrem, odmítání léčby a neschopnost náhledu na svůj stav (1). Bez podpůrného rodinného zázemí hrozí sociální propad a život v chudobě. U některých pacientů je potřebná nedobrovolná hospitalizace k zabránění poškození sebe nebo druhých.

Diferenciální diagnóza a komorbidita

Schizofrenie je komplexnější poruchou, postihující řadu psychických funkcí, jako jsou exekutivní funkce, kognice a emotivita. Myšlení je narušeno ve více rovinách. Bludy bývají u schizofrenie kuriózní, mají nezvyklý obsah a mohou být kulturně nemístné. Sluchové halucinace u schizofrenie mívají komentující, imperativní nebo intrapsychický charakter; časté je zveřejňování myšlenek.

U *schizoafektivní poruchy* bývají naplněna kritéria pro schizofrenii i pro poruchu nálady, mohou být zachyceny oneiroidní stavy.

U *depresivní poruchy s psychotickými příznaky* převládá depresivní nálada, bludy mají většinou autoakuační, katastrofický, ruinační nebo jinak skličující obsah. Halucinace u deprese bývají přítomny jen vzácně, a pokud se objeví, jsou syntonní s náladou.

U *paranoidní poruchy osobnosti* nepozorujeme systematické, rozsáhlé a propracované bludné myšlení, pokud se objeví psychotické epizody, jsou přechodné a krátké.

Organické duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek mohou vykazovat bludy rozmanitých obsahů. Diagnostickým vodítkem je přítomnost organické léze (např. mozkové neoplazma) nebo průkaz psychoaktivní látky (např. kanabinoidy, stimulancia). Chronické bludy se mohou objevovat také u *lidí zneužívajících alkohol*, zvláště žárlivecké nebo paranoidní.

Jednou z otázek v diferenciální diagnostice je rozlišení poruchy s bludy od obsedantně kompulzivní poruchy (OCD), zejména u pacientů, kteří nemají náhled na své obsese. U poruchy s bludy není typické stereotypní rituální chování. Pokud se u pacienta s prominentními psychotickými příznaky objevují stereotypní rituály, měla by být zvážena možnost diagnózy komorbidní OCD. Paranoidní a grandiózní bludy nespádají do okruhu OCD.