



poruchu, nikdo jim neuvěří, že jejich strach z nepřátel je opodstatněný. Hospitalizace na psychiatrii pocity ponížení násobí, snižuje sebedůvěru a může vést k prohloubení izolace s negativním dopadem na společenské uplatnění. Obava ze stigmatizace zpočátku významně brání vytvoření dobrého terapeutického vztahu. Bývá obtížné vytvořit prostředí bezpečí a vzájemné důvěry, ve kterém by se pacient mohl otevřít. Naopak se může stát, že pacient zaujme postoj „bojovníka proti chybám lékařů“ a může si stěžovat na zacházení zdravotnického personálu a bojovat se zařízeními, které ho „nesprávně diagnostikovaly“.

Léčba

Terapie pacientů s touto poruchou bývá náročná, jelikož se zpravidla nepovažují za nemocné a nemají velkou motivaci k léčbě. Přesvědčit pacienta k léčbě a posílení jeho spolupráce je obtížné a vyžaduje trpělivost, pozornost a nestigmatizující pohled. I když se porucha s bludy tradičně považovala za relativně rezistentní vůči léčbě a intervencím, v posledních letech se zdá být výhled optimističtější (7). Kvalitní terapeutický vztah mezi klinikem a pacientem se však vytváří nesnadně.

Základem léčby je navázání terapeutického vztahu a jeho kontinuální udržování. Přínosem může být věcný pohovor, snažíme se vyhnout paternalistickému přístupu, který by pacient mohl vnímat jako ponižující. Důležité je nedostat se s ním do sporu, nevyvracet přímo jeho bludné přesvědčení a vyjádřit mu pochopení pro jeho utrpení. Klinický pracovník by měl být stabilní, vyjadřovat svůj názor a postoj, ale přitom respektovat pacientovy potíže (příklad: „Věřím vám, že se trápíte, musí to být velice nepříjemné. Vaše vysvětlení toho, co se děje, je pozoruhodné, ale přesto bych s vámi rád postupně prozkoumal, zda nejsou i jiná možná vysvět-

lení toho, co teď tak nepříjemně prožíváte.“). Přitakání bludu však není na místě, protože z dlouhodobé perspektivy vytváří v pacientovi dojem, že s jeho interpretací souhlasíme, a tudíž je pravdivá. Dalším cílem je pokusit se o léčbu antipsychotiky, rezignace v tomto případě není na místě.

Farmakoterapie

Léčbou volby jsou antipsychotika (21). Dávkování se pohybuje ve střední části dávkovacího spektra. Možným problémem je špatná spolupráce a vysazování léků. Pokud nám to situace umožní a pacient je ochoten pravidelně docházet do ambulance, je výhodné volit injekční depotní antipsychotika. Pokud dojde k rozvoji deprese, je na místě kombinace antipsychotika s antidepresivem různých skupin. Jsou zprávy o léčbě antipsychotiky první generace, ovšem s proměnlivým úspěchem a u malého počtu pacientů. Několik kazuistik zjistilo i možný pozitivní účinek antidepresiv, jmenovitě klomipraminu (27) a paroxetinu (28). Manschreck & Khan (7) uvedli přehled léčby pacientů s poruchou s bludy, z něhož vyplývá, že:

- Pacienti s poruchou s bludy jsou relativně citliví na léčbu (50 % dosáhlo remise a u 90 % pacientů bylo zaznamenána aspoň částečné zlepšení).
- Běžná je kombinovaná léčba, konkrétně kombinace léčby antipsychotiky a antidepresivy. Medikace bývá doplněna dalšími intervencemi, jako je například kognitivně-behaviorální terapie.
- Nebyl zjištěn rozdíl mezi antipsychotiky první a druhé generace.
- Somatické bludy jsou k léčbě antipsychotiky citlivější než jiné typy bludů. To však může vyplývat ze slabší odpovědi pacientů s perzekučními bludy.
- Nebyly odhaleny další prediktory pozitivního léčebného efektu (např. pozitivní rodinná anamnéza, závažnost příznaků, věk, pohlaví nebo premorbidní úroveň fungování).