



Akomodace dysfunkčních jádrových přesvědčení

Před vlastní akomodací je vhodné zjistit, zda jsou přesvědčení s bludným systémem propojená a zda a jak ovlivňují pacienta v jednotlivých životních sférách. S pacientem terapeut probírá zážitky spojené s rozvojem přesvědčení a hledá důkazy v životě, které by mohly svědčit o jeho nepravdivosti nebo nepřesnosti. V dalším kroku vytvářejí nový, adaptivnější postoj, který pak testují pomocí úvahy, jak by se jednotlivé životní sféry změnily, kdyby pacient používal toto adaptivnější přesvědčení. Nové chování si pak formou behaviorálních experimentů pacient testuje v jednotlivých životních situacích a zkouší, zda přináší očekávaný pozitivní důsledek, nebo ne.

Nácvik sociálních dovedností

Lieberman (49) popisuje další techniky, které mohou být účinné. Soustředí se na zlepšení sociálních dovedností pacienta tak, aby věnoval méně úsilí pozorování, zda jej ostatní nechtějí poškodit, a dovolil „druhým

lidem na sebe působit“. Nácvik sociálních dovedností se zaměřuje na podporu interpersonální kompetence, posílení důvěry (s úspěšným použitím příslušných sociálních dovedností) a uvolnění při kontaktu s lidmi, kterými se jedinec cítí být poškozován. Převzetí iniciativy může zase rozptýlit pocit ztráty kontroly nad situací, která živí a posiluje bludy.

Závěr

Porucha s bludy představuje terapeutickou výzvu. Základem úspěšné léčby je podávání (nejlépe depotního) atypického antipsychotika s možnou přídatnou medikací antidepresivem. Kognitivně behaviorálně terapie se podle předběžných výsledků zdá být účinná, zejména pokud je realizovaná zkušeným terapeutem se supervizí. Dosažení remise výrazně závisí na kvalitě terapeutického vztahu, a to v rámci farmakoterapie i psycho-terapie. Pro další pokrok v léčbě poruchy s bludy je potřeba intenzivnější výzkumné úsilí s homogenními vzorky.

LITERATURA

1. Manschreck TC. Delusional and Shared Psychotic Disorder. 7th ed. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 2000: 1243–1264.
2. Fennig S, Fochtmann LJ, Bromet EJ. Delusional and shared psychotic disorder. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. 2005; 1525–1533.
3. Kelly BD. Erotomania: epidemiology and management. CNS Drugs. 2005; 19(8): 657–669.
4. Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. Can J Psychiatry 1995; 40(10): 616–622.
5. Freud S, Rieff P. Three Case Histories. New York, NY: Touchstone 2008.
6. Silva SP, Kim CK, Hofmann SG, Loula EC. To believe or not to believe: cognitive and psychodynamic approaches to delusional disorder. Harv Rev Psychiatry 2003; 11(1): 20–29.
7. Manschreck TC & Khan NL (2006) Recent advances in the treatment of delusional disorder. Canadian Journal of Psychiatry 2006; 51(2): 114–119.
8. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2. akt. vydání). Praha: Bom-ton Agency; 2008.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC, 2013.
10. Yamada N, Nakajima S & Noguchi T (1998) Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1998; 97: 122–124.
11. Hsiao MC, Liu CY, Yang YY, et al. Delusional disorder: retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 1999; 53: 673–676.
12. Cipriani G, Vedovello M, Nuti A, di Fiorino A. Dangerous passion: Othello syndrome and dementia. Psychiatry Clin Neurosci. 2012; 66(6): 467–473.
13. Kingham M, Gordon H. Aspects of morbid jealousy. Adv Psychiatr Treat. 2004; 10(3): 207–215.