



# CO WARTO WIEDZIEĆ O SCHIZOFRENII...?



Informator edukacyjny  
Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego  
dla Miasta Lublin na lata 2012 – 2015







# CO WARTO WIEDZIEĆ O SCHIZOFRENII...?

## Czym jest schizofrenia?

Termin schizofrenia został stworzony przez szwajcarskiego psychiatrę Eugena Bleulera, który połączył dwa greckie słowa – *schizis* (rozszczepiać) i *phren* (umysł), a więc była to psychoza, która miała się objawiać „rozszczepieniem umysłu”. Nie ma to nic wspólnego z „rozszczepieniem jaźni”, które jest objawem niepsychotycznym. Z kolei Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne określa schizofrenię jako „poważną chorobę mózgu”, co także nie jest prawdziwe, ponieważ niesie ze sobą informację o nieodwracalności zmian, a wiemy już obecnie, że chorzy na schizofrenię mają okresy remisji, wiemy także, że 15% z nich może być zdrowych psychicznie do końca życia po pierwszym epizodzie psychotycznym. Tak więc najlepiej określić schizofrenię przez jej objawy.

## Jak często ludzie chorują na schizofrenię?

Schizofrenia dotyka co setną osobę w społeczeństwie, a więc w Polsce choruje na nią ok. 400 000 Polaków (to populacja zbliżona do liczby mieszkańców Lublina). Kobiety i mężczyźni chorują równie często, przy czym kobiety zaczynają chorować nieco później.

## Jakie są objawy schizofrenii?

Można je podzielić na cztery grupy (wymiały), przy czym u każdego chorego może wystąpić jeden, dwa, czy nawet kilka z wymienionych niżej objawów. Jednocześnie przez długie okresy życia osoby chorej na schizofrenię mogą się u niej w ogóle nie pojawiać jakiegokolwiek objawy choroby. Cztery główne grupy objawów schizofrenii:

- ▶ pozytywne
- ▶ negatywne
- ▶ afektywne
- ▶ kognitywne



## Objawy pozytywne (wg terminologii polskiej **wytwórcze**)

**Uwaga!** Termin „*objawy pozytywne*” oznacza nie ich pozytywny wpływ na funkcjonowanie chorego, chociaż rokowanie przy przewadze tych objawów jest nieco lepsze niż przy przewadze objawów negatywnych, ale to, że *są to fenomeny psychiczne nieobecne u ludzi psychicznie zdrowych, objawy niejako dodane do aktualnego funkcjonowania psychicznego chorego.*

► **Urojenia, niezwykle myśli, podejrzliwość.** Niektóre sądy ludzi ze schizofrenią są dziwne, błędne, odbiegają znacznie od rzeczywistości, od przekonań osób jej bliskich, a także od jej poprzednich przekonań. Osoby te mogą np. wierzyć, że inni ludzie znają ich myśli, że są śledzeni, że inni ludzie spiskują przeciwko nim albo kontrolują ich myśli lub zachowania. Można powiedzieć, używając języka potocznego, że mają wrażenie, iż są „przezroczystości” lub „osaczeni”. Czasami ich sądy są tak bliskie rzeczywistości, że ich rodziny lub koledzy mogą w nie wierzyć i zacząć uważać, że nauczyciel czy koledzy w pracy są źle do nich nastawieni albo ich szykanują. Czasami, szczególnie na początku schizofrenii, sami chorzy i jeszcze częściej ich rodziny mogą sądzić, że przyczyną tych dziwnych sądów jest dosypanie jakiegś „trucizny” czy „narkotyku” do pokarmu lub napojów. Należy jednak pamiętać, że wystąpienie urojeń lub halucynacji nie świadczy zawsze o zachorowaniu na schizofrenię – może to być na przykład depresja z objawami psychotycznymi.

► **Omamy (halucynacje).** Czasami ludzie ze schizofrenią słyszą głosy ludzi, których

nie mogą usłyszeć w tym momencie, bo tych osób nie ma w ich pobliżu. Zwykle te nierealne głosy mówią coś negatywnego o chorych lub coś im nakazują lub zabraniają. Chory poddaje się często tym głosom, spełnia ich polecenia lub usiłuje się przed nimi bronić, np. włączając głośno muzykę w swoim odtwarzaczu mp3 czy też zatykając uszy. Rzadko ludzie ze schizofrenią mogą widzieć coś, co w tym momencie nie istnieje w zasięgu ich wzroku (rzadko więc mają omamy wzrokowe). W przebiegu schizofrenii pojawiają się również inne omamy, np. węchowe (wrażenie dziwnych zapachów), smakowe (przekonanie o zmianie smaku posiłków i z tego powodu odmawianie ich spożywania), czy też omamy dotykowe (np. wrażenie, że ucisk w plecach jest spowodowany przez Anioła Śmierci).

► **Złudzenia (iluzje).** Ludzie ze schizofrenią mogą błędnie interpretować rzeczywiste bodźce – zwykle budzi to u nich lęk – słyszą na przykład kroki człowieka w rytm rzeczywiście tykającego zegara.

## Objawy negatywne (wg terminologii polskiej **ubytkowe**)

**Uwaga!** Termin „*objawy negatywne*” nie oznacza ich negatywnego wpływu na funkcjonowanie chorego, ale to, że *są to fenomeny psychiczne niejako „ujęte” z funkcjonowania psychicznego ludzi zdrowych, „coś, czego w tym momencie brakuje w psychice”.*

► **Zblednięcie emocji.** W przebiegu schizofrenii może dochodzić do trudności w przeżywaniu i wyrażaniu swoich uczuć, czy też kłopotów z natychmiastowym ro-



zumieniem uczuć innych ludzi. Niektóre chore osoby mają problemy w opowiedzeniu innym o swoich przeżyciach, zwłaszcza realnych, przy nawet nadmiernym zaangażowaniu emocjonalnym w swoje przeżycia chorobowe. Przy znacznym nasileniu takich objawów dochodzić może do wycofania się osoby chorej z życia lub jej izolacji od innych ludzi.

► **Zmniejszenie motywacji do działania lub obniżenie energii życiowej.** Osoby z objawami schizofrenii mają czasami trudności w zaczynaniu lub kończeniu niektórych czynności. W krańcowych, rzadkich przypadkach mogą one mieć problemy z codziennymi czynnościami, takimi jak ubieranie się, mycie czy przygotowywanie sobie jedzenia.

► **Zubożenie emocjonalne.** Osoby ze schizofrenią mogą tracić zainteresowanie sprawami, które dawniej sprawiały im przyjemność. Mogą również czuć się mało warte lub niepotrzebne. Tego typu sądy mogą prowadzić do myśli czy nawet prób samobójczych.

► **Lakoniczność wypowiedzi.** U niektórych osób schizofrenia powoduje niechęć do mówienia – maleje ilość wypowiedzi spontanicznych, stają się one krótkie, bardzo konkretne, tracą swój wymiar opisowy.

### Objawy afektywne – głównie depresyjne

Osoby cierpiące na schizofrenię przeżywają, szczególnie na początku schizofrenii, stany zaburzeń nastroju, szczególnie okresy depresji. Ich objawy depresji nie różnią się znacznie od objawów depresji w innych zaburzeniach psychicznych, a więc chorzy mają uczucie przynębnienia, są ciągle

zmęczeni, mają niskie poczucie swojej wartości, uważają się za gorszych od innych ludzi, czy wreszcie mogą podejmować próby samobójcze.

### Objawy kognitywne (deficyty poznawcze)

U wielu ludzi chorujących na schizofrenię występują kłopoty w sferze poznawczej (deficyty kognitywne). Nie oznacza to, że u tych osób dochodzi do obniżenia inteligencji, ani tego, że te zmiany są tak zaawansowane, że uniemożliwiają kontynuowanie nauki. Najczęstsze z deficytów poznawczych to:

► **Zaburzenia koncentracji uwagi** – osoba taka nie jest w stanie zogniskować swojej uwagi na jednym temacie i np. spędza wiele godzin nad jedną stroną czytanej książki.

► **Zaburzenia pamięci** – osoby takie gubią różne rzeczy, zapominają o całkiem niedawno umówionych spotkaniach, nie są w stanie przypomnieć sobie często używanych słów.

► **Zaburzenia pamięci operacyjnej** – osoby takie mają kłopoty z rozwiązaniem zadań wymagających planowania, przewidywania czy wykorzystania wiadomości praktycznych.

***Uwaga!** Należy pamiętać, iż u chorego występuje zwykle tylko niewielka liczba objawów wymienionych wyżej, a nasilenie tych objawów związane jest z okresem choroby – w okresie zaostrzenia objawy narastają, w okresie poprawy (remisji) zmniejszają się lub całkowicie ustępują.*



### Kiedy zwykle zaczyna się schizofrenia?

Typowy wiek pierwszego epizodu to okres pomiędzy 18 a 25 rokiem życia, szerzej – pomiędzy okresem dojrzewania a 40 rokiem życia. U kobiet zwykle pierwszy epizod występuje nieco później niż u mężczyzn i jest to związane z neuroprotektynym (ochraniającym mózg) działaniem żeńskich hormonów płciowych – estrogenów. Dzieci chorują na schizofrenię rzadko. Pierwsze objawy zaburzeń, które potem są diagnozowane jako schizofrenia, występują często na kilka miesięcy albo nawet na kilka lat przed pierwszymi wyraźnymi jej objawami. Objawy te są bardzo różne – mogą tu występować objawy spotykane w innych

zaburzeniach psychicznych, takich jak nerwice czy depresje.

Dlatego też nie ma większego sensu podawanie tych objawów - każdy z nich może wystąpić u dowolnej osoby, w dowolnym okresie jej życia. Zwykle w tym okresie pacjent zaprzecza temu, że jest chory. Z tego powodu chory może nie chcieć się leczyć.

**Im wcześniej rozpocznie się leczenie, tym bardziej jest ono skuteczne.** W czasie terapii pierwszego epizodu schizofrenii dochodzi do poprawy, chociaż może to zająć kilka miesięcy. Dlatego też lekarzom psychiatrom może być trudno odpowiedzieć na pytanie pacjenta lub rodziny: „*jak długo będzie trwało leczenie do pierwszych wyraźnych objawów poprawy?*”.





### Od czego zależy przebieg schizofrenii?

Przebieg psychoz jest bardzo różny i zależy od wielu czynników, z których najważniejszym jest to, czy chory przyjmuje właściwe leki, we właściwych dawkach, przez właściwy okres czasu. Początkowo należy się zdać na opinię lekarza co do metod leczenia. Po pewnym czasie, wraz ze wzrostem świadomości chorych, którzy mają różne doświadczenia ze stosowanymi lekami, pacjent staje się w pewnej mierze ekspertem w dziedzinie swego leczenia i może podpowiadać lekarzowi najlepsze jego zdaniem metody terapii. Również takim ekspertem może być osoba bliska choremu, najczęściej są to rodzice, szczególnie w sytuacji, gdy osoby te uczestniczą w grupach wsparcia lub psychoedukacji rodzin. Należy jednak pamiętać, iż systematyczne przyjmowanie zaleconych leków jest najistotniejszym czynnikiem, który zapobiega nawrotom choroby – osoby, które nie przyjmują zaleconych im przez psychiatrę leków lub przyjmują je niesystematycznie, mają w około połowie przypadków nawrót choroby w ciągu roku od poprzedniego epizodu choroby, a ryzyko ich hospitalizacji rośnie pięciokrotnie.

### Jakie okresy występują w przebiegu schizofrenii?

Można wyróżnić trzy zasadnicze okresy w przebiegu każdej schizofrenii. Są to:

► **Okres zaostrzenia:** jest to czas ze znacznym nasileniem objawów, zwykle pozytywnych. Może rozpoczynać się nagle lub powoli – w przebiegu kilku czy nawet kilkunastu miesięcy. Im wcześniej objawy choroby zostaną wykryte, im wcześniej w wyniku tego zastosowane będą leki, tym szybciej chory wyjdzie z okresu zaostrzenia schizofrenii i przejdzie do okresu następnego – okresu stabilizacji.

► **Okres stabilizacji:** w okresie tym w wyniku stosowanych leków dochodzi do stopniowego zmniejszania objawów schizofrenii, a chory powoli powraca do normalnego funkcjonowania.

► **Okres remisji:** Objawy schizofrenii występują w tym okresie w niewielkim nasileniu albo nie występują w ogóle. W czasie tego okresu chory przyjmuje zmniejszone (podtrzymujące) dawki leków. W przebiegu remisji dochodzi zwykle do stopniowej poprawy samopoczucia chorego.

### Dlaczego wczesna diagnoza schizofrenii (jej zaostrzenia) i wczesne rozpoczęcie leczenia są tak ważne?

Dlatego, iż:

► *Leki szybko redukują nasilenie objawów schizofrenii, szczególnie pozytywnych, które są odpowiedzialne za jej zaostrzenia.* Zwykle w ciągu miesiąca, półtora miesiąca dochodzi do takiej redukcji objawów, że pacjent może powrócić do codziennej aktywności – w ten sposób wczesne leczenie skraca okres hospitalizacji.

► *Leczenie rozpoczęte wcześniej zmniejsza ryzyko nawrotu i pozwala choremu na normalne życie.* Im później rozpoczęte leczenie, tym większe ryzyko nawrotu schizofrenii. Jest to szczególnie istotne przy pierwszym epizodzie schizofrenii – im dłuższy czas od pierwszych, nawet niespecyficznych, objawów schizofrenii, tym gorsze rokowanie.

► *Właściwe rozpoznanie i właściwie dobrane leki chronią chorego przed ryzykiem przyjmowania niewłaściwych leków – leki te, nie przynosząc poprawy (np. takie leki, jak ranianum czy lorafen), mogą ułatwiać dalszy rozwój schizofrenii.*



► *Bardzo ważne jest rozpoznanie u niektórych chorych towarzyszącego schizofrenii uzależnienia – od alkoholu lub narkotyków. Około 1/3 chorych na schizofrenię, w niektórych krajach nawet połowa chorych, ma problemy związane z nadużywaniem alkoholu i narkotyków. Wczesne rozpoznanie uzależnienia, które towarzyszy schizofrenii, pozwoli na wczesne rozpoczęcie dodatkowego leczenia. Współistnienie uzależnienia może być, i prawie zawsze jest, czynnikiem sprzyjającym nawrotowi schizofrenii.*

► *Wczesne, a potem systematyczne leczenie zmniejsza ryzyko popełnienia przez chorego samobójstwa. Wraz z ustępowaniem w przebiegu leczenia objawów schizofrenii zmniejsza się ryzyko samobójstwa, które może dotyczyć nawet co dziesiątego chorego. Jest ono najwyższe w czasie zaostrzenia choroby oraz w czasie pierwszego lub jednego z pierwszych epizodów schizofrenii.*

► *Wczesna diagnoza i wczesne leczenie pozwalają chorym na szybki powrót nie tylko do zdrowia, ale również do swoich rodzin, przyjaciół, pracy, szkoły – na powrót do normalności.*

► *Każdy nawrót psychozy, w tym szczególnie okres prodromalny (przed pierwszym wybuchem schizofrenii) jest toksyczny dla mózgu – mamy obecnie dowody na to, że wybuch psychozy jest niszczący dla części neuronów. Interweniując więc wcześniej, chronimy część neuronów przed zniszczeniem.*

### **Czy schizofrenia jest chorobą dziedziczną?**

W pewnym sensie tak. Natomiast istotne jest to, co oznacza „w pewnym sensie”. Jeśli nikt w twojej rodzinie nie chorował na schizofrenię, to ryzyko tego, że ty zachorujesz, wynosi jak 1:100. Jeśli objawy schizofrenii miał (ma) twój brat albo siostra, albo

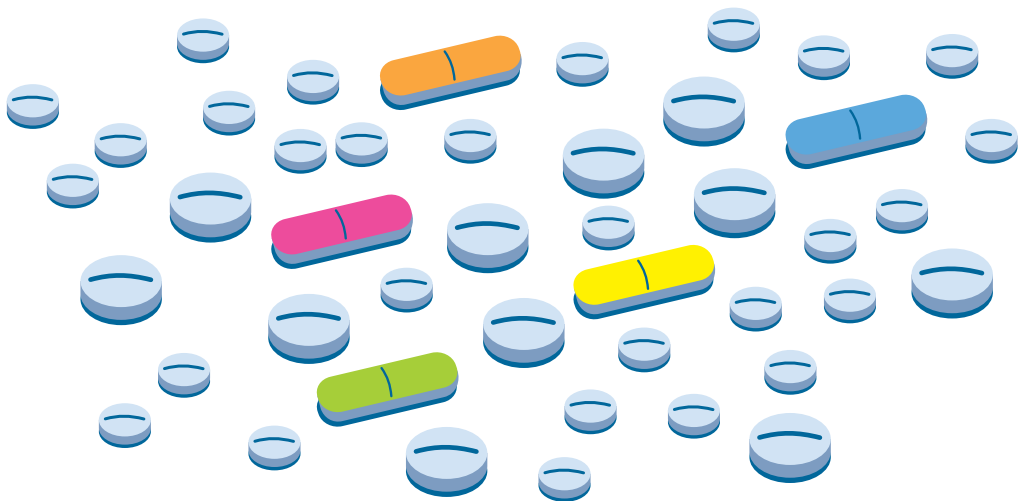
jedno z rodziców, to wtedy ryzyko twego zachorowania rośnie, ale nadal jest niewielkie – wynosi jak 1:10.

Dodatkowo, jeśli nawet miałeś (miałaś) kogoś z rodziny ze schizofrenią, ale przekroczyłeś (przekroczyłaś) już 30 rok życia, to ryzyko twego zachorowania jest minimalne. Jeśli twój ojciec, matka, brat lub siostra chorowali na psychozę, to ryzyko, iż twoje dziecko zachoruje w przyszłości na psychozę, jest nadal niewielkie i wynosi 1:30. Jeśli to ty chorujesz na psychozę, to na pewno nikt nie będzie ci odradzał posiadania dzieci – ryzyko, że twoje dziecko zachoruje na psychozę, będzie wynosiło jak 1:10.

### **Jakie są inne, poza dziedzicznymi, czynniki powodujące, że ktoś zachorował na psychozę?**

Co do czynników genetycznych, to nie są one związane z jednym czy tylko kilkoma genami. Badacze usiłują znaleźć te czynniki genetyczne, ale nawet jeśli je zidentyfikują, to nadal ważne w powstawaniu u konkretnej osoby objawów schizofrenii będą inne poza dziedzicznymi czynniki – nawet jeśli oboje rodzice chorowali na psychozę, to ryzyko zachorowania ich dziecka jest nadal mniejsze od 100%, jest nawet mniejsze od 50% – wynosi ok. 40%. Te pozostałe czynniki nie są znane – natomiast można stwierdzić, iż **schizofrenii nie powodują: złe wychowanie w domu, urazy (fizyczne i psychiczne) czy też „słabość charakteru”**. Schizofrenia na pewno nie jest też karą za grzechy czy przewinienia – własne lub rodziny. Dla zaostrzeń (nawrotów) schizofrenii istotne są czynniki związane ze stresem lub większą podatnością na stres u osób ze schizofreniami. Większa podatność na stres występuje również u osób z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak np. depresje czy nerwice.





### **Co to są leki przeciwpsychotyczne?**

Leki przeciwpsychotyczne (przez wiele lat nazywane neuroleptykami – ta nazwa funkcjonuje jeszcze obecnie i jest synonimem leków przeciwpsychotycznych) wprowadzono w latach 50. zeszłego stulecia. Pierwszym z tych leków była chlorpromazyna (w Polsce do tej pory stosowana jako fenactil). Powodują one ustępowanie objawów schizofrenii, przyjmowane dłużej pozwalają na stabilizację stanu psychicznego chorego, przyjmowane odpowiednio długo w dużej mierze zabezpieczają chorego przed nawrotem schizofrenii.

Ich działanie redukuje przede wszystkim objawy pozytywne schizofrenii, w nieco mniejszym stopniu wpływają one na pozostałe objawy. Do czasu ich wprowadzenia schizofrenię leczono przez podawanie środków uspokajających czy nasennych – prowadziło to tylko do uspokojenia chorych, ale nie powodowało ustępowania objawów choroby ani nie zapobiegało jej nawrotom.

W wyniku tego, iż leki przeciwpsychotyczne są znane i stosowane już ponad 50 lat, mechanizm ich działania został dobrze poznany. Dobrze też zostały poznane zasady ich stosowania, bezpieczeństwo dawkowania, wreszcie powodowane przez te leki objawy uboczne.

### **Dlaczego leki przeciwpsychotyczne powodują ustępowanie objawów schizofrenii?**

Mechanizmy działania tych leków związane są z ich wpływem na różne substancje chemiczne produkowane i działające w ludzkim mózgu (tzw. neuroprzekaźniki), np. serotoninę czy acetylocholinę. Najistotniejszy jest jednak wpływ tych leków na inny neuroprzekaźnik – dopaminę.

Wszystkie leki przeciwpsychotyczne powodują zmniejszenie stymulacji receptorów dopaminowych, zwiększają w ten sposób odporność na stres i zmniejszają objawy schizofrenii, szczególnie objawy pozytywne schizofrenii.

Jednocześnie wiele objawów ubocznych po tych lekach jest też związanych z ich wpływem na receptory dopaminowe – dotyczy to szczególnie tzw. klasycznych leków przeciwpsychotycznych (klasycznych neuroleptyków).

### Jak długo należy przyjmować leki przeciwpsychotyczne?

Istotnym zagadnieniem jest tutaj przyjmowanie leków przeciwpsychotycznych w okresie remisji, a więc wtedy, gdy pacjent zwykle czuje się dobrze i jemu, jego rodzinie wydaje się, że dalsze przyjmowanie leków nie jest potrzebne. Odpowiednio długi okres przyjmowania tych leków zabezpiecza chorego przed nawrotem schizofrenii. Długość okresu, w którym powinno się przyjmować leki, zależy od tego, z którym epizodem schizofrenii mamy do czynienia.

▶ Jeśli był to **pierwszy epizod choroby**, to wtedy okres przyjmowania leków w czasie remisji powinien wynosić **co najmniej rok**.

▶ Jeśli był to **drugi lub trzeci epizod choroby**, to okres przyjmowania leków po każdym z nich powinien wynosić **trzy do pięciu lat**.

Jeśli był to **epizod czwarty, piąty lub dalszy**, okres przyjmowania leków powinien wynosić minimum 5 lat po każdym z nich.

### Jakie inne poza lekami formy terapii stosuje się w leczeniu psychoz?

Jest tu wiele form pomocy na poziomie psychosocjalnym. Do często wykorzystywanych należą:

- ▶ Psychoedukacja dla chorych i ich rodzin na temat przyczyn psychoz, ich objawów i sposobów leczenia.
- ▶ Terapia systemowa chorych i ich rodzin, opierająca się na leczeniu całej rodziny

chorego – choroba jednego członka rodziny odbija się istotnie na funkcjonowaniu całej rodziny (systemu rodzinnego).

▶ Trening i pomoc w codziennych czynnościach życiowych chorych, takich jak robienie zakupów, planowanie wydawania pieniędzy, wychodzenie do kina itd. Choroba i częsta izolacja chorych powoduje czasami, iż „zapominają” oni, jak wykonuje się tego typu czynności.

▶ Uczestnictwo w grupach wsparcia osób (grupy samopomocy) ze schizofreniami i innymi zaburzeniami psychicznymi. Często takie grupy wsparcia składają się nie tylko z chorych, ale i członków ich rodzin czy ich bliskich przyjaciół.

▶ Coraz częściej stosuje się metody tzw. terapii kognitywnej, która pozwala na radzenie sobie z „przetrwiałymi” pomimo leczenia przeciwpsychotycznego objawami pozytywnymi schizofrenii.

### Kiedy konieczna jest hospitalizacja?

Większość terapii przebiega poza szpitalem, najczęściej w czasie bycia chorego w domu, z rodziną. Czasami jednak hospitalizacja jest konieczna. Hospitalizacja psychiatryczna dla osób ze schizofrenią staje się bardzo wskazana, gdy doszło do epizodu zaostrzenia choroby i:

- ▶ chory na tyle nie kontroluje swoich zachowań, że zachodzi wyraźna obawa, iż zachowania te mogą być zagrażające dla niego lub jego otoczenia (zagrożenie życia, poważne zagrożenie zdrowia),
- ▶ chory, pomimo pogorszenia, zaprzecza mu, nie bierze zaleconych leków, co stwarza poważną obawę, że jego stan będzie się pogarszał,



► chory z powodu pogorszenia przestał zaspokajać swoje podstawowe potrzeby życiowe, np.: śpi pod gołym niebem, nie je, nie pije,

► u chorego współistnieje ze schizofrenią poważna choroba fizyczna albo wystąpiły u niego takie objawy uboczne działania leków, że nie będzie można sobie poradzić z nimi bez pobytu chorego w szpitalu.

Jednocześnie, zwykle w czasie pierwszego epizodu choroby, hospitalizacja psychiatryczna, która umożliwi dokładną diagnozę choroby i pozwoli na zaplanowanie dalszej terapii, jest wskazana, nawet jeśli nie ma czynników pozwalających na hospitalizację wskazanych powyżej.

### **Co można zaproponować choremu, jeśli nie wymaga hospitalizacji, a jednocześnie wyniki leczenia w domu nie są zadowalające?**

Jest to kilka tzw. *pośrednich form terapii*, takich jak:

► pobyt na oddziale dziennym – np. od godziny 8.00 do 14.00, przez pięć dni w tygodniu, połączony zwykle z intensywną terapią zajęciową;

► terapia w oddziale leczenia domowego – gdzie w domu chorego pojawia się co pewien czas lekarz, psycholog lub pielęgniarka, a rodzina pacjenta spełnia na co dzień rolę terapeutycznego opiekuna chorego;

► pobyt w hostelu – domu czy mieszkaniu dla pacjentów, zwykle młodych, w którym uczą się oni współpracy oraz niezależności życiowej – terapeuci pojawiają się w hostelu tylko po to, aby monitorować terapię.

### **Jakie są cele terapii schizofrenii?**

Cele terapii zmieniły się znacząco w okresie ostatniego półwiecza. Pięćdziesiąt lat temu było to uspokojenie chorych, przed trzydziestu laty redukcja urojeń i omamów, a współcześnie cele są zupełnie inne i dotyczą tzw. remisji czynnościowej, a więc takiej sytuacji, gdy osoba chorująca na schizofrenię wraca do dobrego poziomu funkcjonowania w rodzinie, szkole lub pracy, w gronie znajomych, w możliwościach spędzania wolnego czasu.

Jest to w erze nowych leków przeciwpsychotycznych i nowych sposobów oddziaływań środowiskowych i psychosocjalnych możliwe, czego dowodem są podane kilka lat temu **kryteria trwałej remisji lub nawet wyzdrowienia w schizofrenii**:

1. Redukcja wszystkich objawów negatywnych i pozytywnych wg skali do oceny stanu psychicznego (skala BPRS) w okresie ostatnich 2 lat;
2. Praca w wymiarze co najmniej ½ etatu lub nauka w wymiarze co najmniej szkoły wieczorowej lub studiów zaocznych w okresie ostatnich 2 lat;
3. Dla osób w wieku emerytalnym – aktywne uczestnictwo w życiu rodzinnym, rekreacji i wolontariacie;
4. Zdolność do autonomicznego, samodzielnego codziennego funkcjonowania; zdolność do samodzielnego inicjowania aktywności;
5. Przynajmniej raz w tygodniu spotkania „socjalizujące” z osobami spoza rodziny.



# 10 TEZ O SCHIZOFRENII

To odpowiedź na większość ważnych pytań dotyczących schizofrenii. Tezy te to wspólne stanowisko profesjonalistów, chorych i ich rodzin, które, wychodząc z dobrze uzasadnionych twierdzeń współczesnej psychiatrii, stanowić może jednocześnie podstawę wielostronnej dyskusji społecznej nad postawami społecznymi wobec schizofrenii, a zwłaszcza wobec osób, które cierpią na tę chorobę. Oto one:

## 1. Schizofrenia jest chorobą

- ▶ jest zaburzeniem czynności psychicznych i somatycznych
- ▶ powoduje obiektywne lub subiektywne cierpienie
- ▶ wymaga leczenia
- ▶ jest wydarzeniem losowym, jak każda choroba
- ▶ nikomu nie można przypisywać winy za zachorowanie, zwłaszcza samemu choremu i jego rodzinie

## 2. Schizofrenia jest chorobą o wielu wymiarach

- ▶ niejasna pozycja: jedna choroba (monogeniczność) lub grupa chorób o podobnych mechanizmach powstania (poligeniczność), lub grupa różnych chorób (heterogeniczność)
- ▶ przyczyny nieznane, najprawdopodobniej wieloczynnikowe
- ▶ jest nie tylko chorobą mózgu
- ▶ podstawowe zaburzenie dotyka mózgu, tzn. ośrodkowych struktur lub mechanizmów neuronalnych, wywierających rozległy wpływ na wiele czynności neuro-psychicznych – stanowi ono o podatności

na zachorowanie

- ▶ zaburzenie to może być skutecznie kompensowane przez naturalne mechanizmy
- ▶ ich załamanie wyzwała ostre kryzysy chorobowe
- ▶ wysiłek kompensacyjny i ostre kryzysy mogą wywierać wpływ utrwalający zaburzenia
- ▶ objawy i przebieg choroby są różnorodne, kształtowane przez: trwały czynnik podatności, okresowe załamywanie się mechanizmów kompensacyjnych i wpływ czynników utrwalających
- ▶ poza mechanizmami chorobowymi są zachowane liczne mechanizmy zdrowe

## 3. Schizofrenia jest nie tylko chorobą

- ▶ jest także doświadczeniem chorej osoby i grupy bliżej otaczającej tę osobę (zwłaszcza rodziny), ponieważ wiąże się z różnorodnymi kryzysami: **u osoby** – kryzys poczucia rzeczywistości, tożsamości, autonomii, sprawności, nadziei, sensu, istnienia, **w grupie** – kryzys więzi, wolności, zaufania, współdziałania, aktywności, powinności, pozycji (statusu)
- ▶ nierzadko łatwiej unieść ciężar choroby niż wyzwolonych jej przebiegiem doświadczeń
- ▶ to doświadczenie miewa własną dynamikę, może prowadzić do rozwoju lub do regresji

## 4. Schizofrenia nie jest chorobą dziedziczną

- ▶ stopień pokrewieństwa nie determinuje zachorowania, lecz koreluje z jego ryzykiem



- ▶ nie wiadomo, co jest przenoszone – najprawdopodobniej sprzyjająca zachorowaniu cecha podatności, a nie sama choroba
- ▶ nieznan jest model przenoszenia – najprawdopodobniej poligeniczny i wieloczynnikowy
- ▶ analiza asocjacji i sprzężeń genetycznych – dotąd bez konkluzji

### **5. Schizofrenia nie jest chorobą nieuleczalną**

- ▶ rokowanie jest zróżnicowane i indywidualnie trudne
- ▶ znane są postacie ograniczone do jednego epizodu, późne poprawy i późne wyzdrowienia
- ▶ można skutecznie pomóc w uwolnieniu chorego od objawów lub w ich ograniczeniu, a także w ograniczeniu następstw indywidualnych i społecznych
- ▶ wymagana jest pomoc wszechstronna, wytrwała, ofiarna

### **6. Jest schizofrenia - nie ma „schizofreników”**

- ▶ można dostrzec i chore, i zdrowe aspekty funkcjonowania u każdej chorej osoby
- ▶ nie ma następstw bezwzględnie trwałych
- ▶ nie ma podstaw ani potrzeby uniformizacji osób chorych przez zastępowanie ich indywidualności etykietą diagnostyczną, negatywnie brzmiącym stereotypem, nazwą o cechach piętna (stygmatu)

### **7. Chory na schizofrenię nie przestaje być człowiekiem, osobą, obywatelem – jak każdy z nas**

- ▶ choroba nie podważa człowieczeństwa chorych
- ▶ choroba nie narusza godności osoby
- ▶ choroba nie ogranicza praw (poza wyjątkowymi sytuacjami)
- ▶ choroba nie pozbawia ani słabości, ani talentów, choć może je uwypuklać lub ograniczać

### **8. Chorzy na schizofrenię nie zagrażają innym bardziej niż osoby zdrowe**

- ▶ większości czynów agresywnych i zaborzonych przez prawo dopuszczają się zdrowi, a nie chorzy
- ▶ względna częstość czynów przeciw zdrowiu i życiu jest w grupie chorych prawdopodobnie większa niż w populacji ogólnej, pozostaje ona jednak na podobnym poziomie od dziesiątków lat, a ofiarami są najczęściej osoby bliskie
- ▶ wielu zagrażającym czynom osób chorych można by zapobiec, gdyby problem wcześniej rozpoznano i wcześniej podjęto odpowiednie postępowanie
- ▶ ryzyko samobójstwa znacznie przewyższa ryzyko agresji

### **9. Chorzy na schizofrenię oczekują szacunku, zrozumienia i pomocy**

- ▶ szacunku – od wszystkich, przeciw: zaboronom, stereotypom, stygmatom, odtręceniu, marginalizacji
- ▶ zrozumienia – od środowisk opiniotwórczych i kulturotwórczych, przeciw: niewiedzy, bezduszności, obojętności, pozorom i fałszowi
- ▶ pomocy – od środowisk samarytańskich, przeciw: uprzedmiotowieniu, instrumentalizacji i porzucaniu

### **10. Schizofrenia rzuca światło na pytania egzystencjalne, wspólne chorym i zdrowym**

- ▶ o granice poznawalności świata i własnych przeżyć
- ▶ o granice między złudzeniem a rzeczywistością
- ▶ o kryteria prawdy i fałszu
- ▶ o relacje między wolnością a odpowiedzialnością
- ▶ o granice i determinanty tożsamości
- ▶ o sens życia
- ▶ o jego metafizyczne odniesienia

# NAJWAŻNIEJSZE FAKTY O SCHIZOFRENII

1. Schizofrenia jest psychozą występującą u ok. 1% ludzi (u co setnej osoby).
2. Typowy początek zachorowania na schizofrenię to okres między 15 a 29 rokiem życia.
3. Przyczyny schizofrenii są bardzo złożone i nie tylko ograniczone do ryzyka rodzinnego (genów) – schizofrenia u jednego z rodziców daje ryzyko zachorowania ich dziecka jak jeden do dziesięciu lub mniej.
4. Używanie narkotyków lub alkoholu zwiększa ryzyko zachorowania na schizofrenię lub nawrotu tej psychozy.
5. Im późniejsza diagnoza schizofrenii, im później zainicjowane leczenie schizofrenii, tym gorsze efekty tego leczenia.
6. Leki przeciwpsychotyczne (neuroleptyki) znacząco poprawiły skuteczność jej leczenia – obecnie dobre efekty terapii osiąga się u ok. 2/3 chorych, przed ich wprowadzeniem większość chorych spędzała znaczącą część swego życia w szpitalach psychiatrycznych.
7. Obecnie największym problemem w terapii schizofrenii jest słaba współpraca chorych – często nie przyjmują oni leków przeciwpsychotycznych.
8. Większość chorych na schizofrenię może być leczona poza szpitalem psychiatrycznym – w warunkach swojego domu, swojego środowiska.
9. Ważne jest, aby leczenie, a następnie rehabilitacja psychospołeczna osób chorych na schizofrenię były prowadzone w sposób ciągły i kompleksowy w oparciu o wielospecjalistyczny zespół terapeutyczny w ramach placówek ochrony zdrowia, pomocy społecznej, organizacji pozarządowych i samopomocowych oraz systemu edukacji i zatrudnienia.
10. Ponieważ schizofrenia dotyka nie tylko samego chorego, pomocą powinny być objęte także bliskie mu osoby.
11. Chorzy na schizofrenię nie są osobami niebezpiecznymi dla innych.
12. Choroba nie ogranicza możliwości rozwoju chorych na schizofrenię – mogą kontynuować naukę, podejmować pracę, zakładać rodziny i w nich funkcjonować.



## **GDZIE SZUKAĆ POMOCY?**

### **CENTRUM INTERWENCJI KRYZYSOWEJ**

Adres: ul. Probostwo 6A, Lublin 20-089  
Telefon: (81) 466-55-46 lub 47,  
Tel. zaufania (81) 534-60-60 – czynny całą dobę  
E-mail: sekretariat@cik.lublin.eu

### **KLINIKA PSYCHIATRII**

Adres: ul. Głuska 1, Lublin 20-439  
Telefon: (81) 743-83-82  
E-mail: klinika.psychiatrii@am.lublin.pl

### **SZPITAL NEUROPSYCHIATRYCZNY**

Adres: ul. Abramowicka 2, Lublin 20-442  
Telefon: (81) 744-30-61 do 69  
E-mail: sekretariat@snzoz.lublin.pl

### **PUNKT INFORMACYJNO - KONSULTACYJNY**

przy **Lubelskim Stowarzyszeniu Ochrony  
Zdrowia Psychicznego w Lublinie**

Adres: ul. Gospodarcza 32, Lublin 20-213  
Telefon: (81) 746-52-00  
E-mail: drogowskazy@lsozp.org

### **OPRACOWANIE MERYTORYCZNE INFORMATORA**

**prof. dr hab. n. med. Andrzej Czernikiewicz**  
członek Miejskiego Zespołu Koordynującego  
do spraw opracowania i koordynacji Miejskiego  
Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

**lek. med. Artur Kochański**  
członek Miejskiego Zespołu Koordynującego  
do spraw opracowania i koordynacji Miejskiego  
Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego





Publikacja wydana w ramach  
*Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia  
Psychicznego dla Miasta Lublin na lata  
2012 – 2015*



Urząd Miasta Lublin  
Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych  
20-069 Lublin  
ul. Stanisława Leszczyńskiego 20  
tel. (81) 466 34 00  
fax (81) 466 34 01  
e-mail: [zdrowie@lublin.eu](mailto:zdrowie@lublin.eu)

