

# Poradnik dla osób chorych na schizofrenię i ich bliskich

Dominika Szkoda-Nowicka

## JAKIE SĄ OBJAWY SCHIZOFRENII

Choć chorobę określamy jednym słowem, każdy przeżywa ją na swój własny, unikalny sposób. Jednak pewne objawy u poszczególnych osób są do siebie podobne i na tej podstawie można je podzielić na grupy objawów charakterystycznych dla schizofrenii. Nikt nie ma wszystkich z niżej opisanych objawów.

Jeśli jesteś osobą chorą, znajdziesz pewnie jeden, dwa, ewentualnie kilka objawów, które dotyczą Twoich przeżyć.

Nasilenie opisanych poniżej objawów zmienia się w zależności od okresu choroby. Narastają one w okresie zaostrzeń i zmniejszają się lub zupełnie ustępują w okresie poprawy. W poszczególnych okresach choroby mogą występować tylko niektóre z niżej opisanych objawów.

Wyróżniamy trzy podstawowe grupy objawów schizofrenii:

1. objawy wytwórcze (nazywane przez psychiatrów „pozytywnymi”)
2. objawy ubytkowe (nazywane przez psychiatrów „negatywnymi”)
3. objawy dezorganizacji psychicznej

1. Do objawów wytwórczych, które są obecne w trakcie psychozy w schizofrenii, należą urojenia i omamy.

**Urojenia** są to nie mające potwierdzenia w rzeczywistości przekonania (fałszywe myśli i przekonania wynikające z choroby).

Czasem osoba w stanie psychozy czuje, że wszystko, co dzieje się wokół niej, dotyczy jej osoby. Na przykład, że obcy ludzie ją obserwują na ulicy czy w autobusie, rozmawiają na jej temat lub śmieją się z niej. Albo ma poczucie, że dają znaki lub sygnały, że coś osobistego o niej wiedzą. Czasami może mieć wrażenie, że wypowiedzi w telewizji lub radiu dotyczą jej osoby. Albo uważa, że cyfry, litery – na przykład na tablicach rejestracyjnych samochodów – mają dla niej jakieś specjalne znaczenie. Można powiedzieć, że chory wszystko w otoczeniu odnosi do siebie. (Są to tak zwane urojenia odnoszące lub ksobne)

Chory może być przekonany, że za pomocą prądów, pól magnetycznych, laserów, telepatii oddziałuje na niego jakieś źródło. Mogą to być urządzenia, maszyny, organizacje, mafia, kosmici, istoty duchowe lub inni ludzie. Chory może czuć, że ktoś lub coś kontroluje jego ruchy, zachowanie, myśli lub wręcz nim kieruje. (Są to tak zwane urojenia oddziaływania lub inaczej kontroli)

Chory może też sądzić, że ktoś mu zagraża, prześladowuje go, podsłuchuje, filmuje lub śledzi, chce go zabić albo otruć. (Są to tak zwane urojenia prześladowcze)

Chory może w nieuzasadniony sposób obwiniać się, czuć, że zrobił coś strasznego i nieodwracalnego. Takim fałszywym przekonaniom towarzyszy zwykle smutek, rozpacz, a niekiedy nawet myśli samobójcze. (Są to tak zwane urojenia depresyjne)

**Omamy** (halucynacje) są to fałszywe spostrzeżenia z narządów zmysłów. Chory może słyszeć głosy innych ludzi, choć nikogo nie ma w pobliżu. Często te nierealne głosy mówią coś przykrego o chorym, krytykują go, nakazują mu coś lub czegoś zabraniają. Czasami omamy mogą dotyczyć innych doznań niż słuchowe, np. wyczuwania zapachów, których tak naprawdę nie ma.

Objawy wytwórcze nazywamy czasem „pozytywnymi”, co nie oznacza, że są pozytywne w potocznym rozumieniu tego słowa. Można powiedzieć, że omamy czy urojenia są czymś dodatkowym (dodanym), czego nie przeżywają inni ludzie i czego nie przeżywała osoba przed zachorowaniem (np. gdy ktoś słyszy głosy, których inne osoby z otoczenia nie słyszą).

### **Psychoza**

Psychozą nazywamy stan, w którym opisane wyżej objawy są „aktywne”. Psychoza ma często, ale nie zawsze, charakter gwałtowny i jest związana z bardzo silnymi emocjami. W trakcie psychozy następuje zmiana sposobu przeżywania siebie i świata dookoła. Oprócz tego, co widzą wszyscy – na przykład ludzi na ulicach, chory przeżywa także coś, czego inni nie przeżywają – na przykład, że ludzie na ulicy patrzą na niego albo coś o nim wiedzą, albo znają jego myśli. Tak naprawdę ci ludzie na ulicy **nie obserwują tej osoby, nie mówią o niej, nie dają znaków, nie znają jej myśli, ale ona tak to przeżywa, jakby to wszystko było prawdą. Spostrzega i słyszy rzeczy, które są wynikiem choroby, które naprawdę wynikają z jej zaburzonego odbioru otaczającej rzeczywistości. Ma myśli, które nie odnoszą się do tego, co dzieje się w realnej rzeczywistości.** Przeżywanie w psychozie sprawia, że osoba żyje jakby w zmienionym świecie, gdzie często słyszy, widzi i czuje rzeczy, które są iluzją.

2. Objawy ubytkowe to:

**Apatia:** chory ma kłopoty z mobilizowaniem się do działania, brakuje mu własnej inicjatywy, traci pochłaniające go dawniej zainteresowania. Czasem ma trudności w zaangażowaniu się nawet w codzienne czynności. Często tym kłopotom towarzyszy poczucie bezradności i rezygnacji.

**Trudności w podejmowaniu decyzji:** wiążą się one z opisanymi powyżej kłopotami w angażowaniu się w różne aktywności i zainteresowania. Chory może mieć kłopoty z rozpoczęciem działania, np. wyjściem z domu, ponieważ co chwilę zmienia zdanie. Może np. ubierać się do wyjścia, zmienić zdanie, usiąść, zacząć się rozbierać i znów decydować, że jednak wychodzi. Sprawia wrażenie osoby, którą targają sprzeczne uczucia i chęci.

**Zobojętnienie uczuciowe:** u chorego mogą pojawić się trudności w przeżywaniu i wyrażaniu uczuć. Znacznie uboższa i mniej spontaniczna staje się komunikacja niewerbalna (ton głosu, mimika i gesty chorego). Trudność w komunikowaniu uczuć nie oznacza, że chory jest ich pozbawiony.

**Zdawkowość wypowiedzi:** wypowiedzi chorego stają się krótkie i zdawkowe, chory rzadko spontanicznie zabiera głos.

Zarówno zobojętnienie uczuciowe, jak i zdawkowość wypowiedzi poprzez ograniczenie komunikacji werbalnej (słownej) i niewerbalnej (pozasłownej), może osłabić poczucie więzi i

bliskości z chorą osobą. Chory może mieć problemy z opowiadaniem o swoich przeżyciach, troskach i potrzebach.

Objawy ubytkowe nazywamy negatywnymi, ponieważ wiążą się z ograniczeniem (zmniejszeniem lub odjęciem) pewnych dotychczasowych możliwości. Mogą one prowadzić do pogłębiającej się izolacji chorego.

3. Objawy dezorganizacji dotyczą myślenia i zachowania.

**Zaburzenia myślenia** mogą powodować kłopoty z koncentracją i nauką. Gdy są bardziej nasilone, sprawiają, że trudno zrozumieć wypowiedzi chorego. Chora osoba może poruszać na raz bardzo wiele różnych, luźno ze sobą powiązanych wątków. Często zmienia temat wypowiedzi, może mówić szybciej niż zazwyczaj, trudno zrozumieć, dokąd zmierza w swoim wywodzie. Jej skojarzenia i używane przez nią słowa mogą być niezwykle. Niekiedy rozpoczęte wątki urywają się, zdania pozostają niezakończone. Takie przerwy w wypowiedziach mogą być spowodowane przerwami w myśleniu, nagłym uczuciem braku myśli, pustki w głowie.

**Dezorganizacja zachowania:** chory może podejmować niezrozumiałe, często chaotyczne zachowania, bywa pobudzony lub spowolniały ruchowo.

Oprócz opisanych powyżej objawów, zwykle pod wpływem swoich przeżyć chorzy doświadczają silnych emocji, takich jak lęk, niepokój, smutek czy złość. Zdarza się, że natężenie tych emocji jest tak duże, że stają się one również objawami choroby wymagającymi leczenia.

Najnowsze badania wskazują, że objawy psychotyczne są znacznie częstsze w populacji, niż sądzono dotychczas. Rozpowszechnienie zaburzeń psychotycznych w populacji może wynosić powyżej 3,5%.

## PSYCHOZA A SCHIZOFRENIA

Schizofrenia należy do dużej grupy psychoz schizofrenicznych. Jest najczęstszym zaburzeniem z tej grupy, dlatego można powiedzieć, że sama w sobie tworzy dość dużą podgrupę. Do grupy psychoz schizofrenicznych należy obok schizofrenii kilka podgrup czyli tak zwanych kategorii diagnostycznych, są to m.in.: zaburzenia schizotypowe, uporczywe zaburzenia urojeniowe, ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne oraz zaburzenia schizoafektywne.

Objawy psychozy (psychotyczne) mogą wystąpić podczas przebiegu wielu chorób somatycznych (chorób nerek, wątroby, mózgu), u osób uzależnionych od alkoholu, po narkotykach, u osób zatrutych, u osób starszych z pogarszającą się pamięcią, u osób w depresji (w stanie głębokiego smutku) lub manii (w nadmiernie dobrym nastroju i stanie wzmożonej aktywności). Dlatego psychozy są pojęciem znacznie szerszym niż schizofrenia.

Diagnozę schizofrenii stawia się na podstawie badania psychiatrycznego (rozmowy z lekarzem), obserwacji przez lekarza oraz wywiadu od otoczenia chorego. Zwykle wykonuje się też badania, takie jak pobranie krwi, czasami tomografię komputerową lub EEG, aby upewnić się, że nie ma innych przyczyn objawów.

Często na początku choroby nie jest możliwe przyporządkowanie specyficznego, występującego u danego pacjenta układu objawów do konkretnej podgrupy, czyli postawienie precyzyjnego rozpoznania. Czasem różnice między poszczególnymi możliwymi rozpoznaniemiami nie są wyraźne, albo postawienie rozpoznania wymaga dłuższej obserwacji (np. aby postawić rozpoznanie schizofrenii, lekarz musi stwierdzić występowanie konkretnych objawów co najmniej przez miesiąc).

Dlatego często na początku choroby lekarze rozpoznają **zespoły objawów**, gdyż występujące zwykle razem objawy tworzą tak zwane zespoły (np. zespół paranoidalny, zespół urojeniowo-depresyjny, zespół katatoniczny, zespół apatyczno-abuliczny). Najważniejsze jednak, aby leczenie zostało rozpoczęte jak najszybciej od chwili zauważenia pierwszych objawów choroby.

Wiemy już, że schizofrenia należy do dużej grupy psychoz. Jest to choroba przewlekła, której przebieg charakteryzują okresy nasilenia objawów (zaostrzeń) oraz okresy poprawy (remisji). Schizofrenia nie jest tylko chorobą psychiki (czy chorobą mózgu). Schizofrenia jest także doświadczeniem chorej osoby i jej najbliższych.

## JAKIE SĄ PRZYCZYNY SCHIZOFRENII

Schizofrenia jest chorobą, której przyczyny są nadal badane przez naukowców na całym świecie. Dużo już wiadomo o jej możliwych przyczynach, ale nie wszystko jest jeszcze zupełnie jasne. Jest wiele koncepcji na ten temat, mówiących o nieprawidłowościach struktur mózgu, zaburzeniu przekazywania neuronowego, nieprawidłowościach genetycznych, wpływie infekcji lub reakcji immunologicznych, urazach okołoporodowych czy czynnikach społecznych. Dotychczas nie w pełni poznany jest udział poszczególnych czynników, natomiast można je uważać za istotne dla możliwości zachorowania. Schizofrenia nie jest chorobą dziedziczną w takim znaczeniu, że powoduje ją jeden konkretny gen. O wystąpieniu choroby decyduje splot czynników genetycznych i środowiskowych. W genach zapisana jest jedynie pewna podatność na zachorowanie. Podatność oznacza możliwość zachorowania, ale nie jest równoznaczna z tym, że ktoś podatny na pewno zachoruje.

Znaczenie praktyczne ma tak zwana **koncepcja dopaminowa**. Dopamina jest jednym z neuroprzekaźników czyli substancji chemicznych odpowiedzialnych za przekaz informacji w mózgu. Jej działanie wiąże się z regulacją myśli i emocji. Uważa się, że w schizofrenii w czasie psychozy dochodzi do zwiększenia aktywności układu dopaminy w mózgu. Powoduje to pojawienie się objawów psychotycznych (omamów, urojeń). Leki przeciwpsychotyczne stosowane w schizofrenii chronią receptory przed nadmiernym pobudzeniem przez dopaminę.

Schizofrenia (podobnie jak inne choroby, np. cukrzyca czy astma) nie jest wynikiem tego, że ktoś (sam chory lub rodzina) zrobił coś złe, co spowodowało zachorowanie. Nie jest też karą za grzechy własne czy innych osób. **Nikomiu nie można przypisywać winy za zachorowanie. Ale przebieg choroby i wyniki leczenia zależą od rozsądnej postawy chorego i osób jemu bliskich, od właściwej postawy wobec leczenia.**

Na całym świecie, niezależnie od rasy, płci i środowiska, jedna osoba na sto cierpi na schizofrenię. Liczbę chorych w Polsce ocenia się na około pół miliona.

## DEPRESJA W SCHIZOFRENII

Dość często po ustąpieniu ostrych objawów choroby pojawia się smutek, przygnębienie, spadek aktywności. Jeśli takie objawy pojawią się w okresie do 12 miesięcy od zaostrzenia schizofrenii, mówimy wówczas o depresji poschizofrenicznej (lub depresji popsychozy). Nie oznacza to zachorowania na kolejną chorobę lecz kolejną, następującą po psychozie fazę choroby. W trakcie depresji poschizofrenicznej mogą jeszcze występować pewne objawy psychotyczne, jednak zwykle w niewielkim nasileniu. Objawy depresji poschizofrenicznej nie różnią się od objawów depresji obserwowanych u innych osób, które nie leczą się z powodu schizofrenii i nie przebyły w ostatnim okresie zaostrzenia choroby. Przyjrzyjmy się zatem bliżej objawom depresji. Należą do nich:

1. smutek, przygnębienie, rozpacz, zubożenie, utrata zainteresowań i radości życia;
2. spowolnienie myślenia i działania, stałe uczucie zmęczenia, zaburzenia koncentracji i pamięci, kłopoty z podejmowaniem decyzji i mobilizowaniem się do codziennych zajęć;
3. złe samopoczucie w godzinach porannych i przedpołudniowych, kłopoty ze snem, utrata apetytu, brak potrzeb seksualnych;
4. lęk;
5. poczucie winy, negatywna ocena siebie, swojego życia i możliwości, smutne, negatywne myśli dotyczące przyszłości;
6. czasami myśli samobójcze.

Depresja poschizofreniczna zbiega się w czasie z ustępowaniem ostrych objawów choroby (objawów wytwórczych) lub pojawia zaraz po ich ustąpieniu. Jest to zwykle okres, kiedy chory z pewnego dystansu patrzy na swoje przeżycia chorobowe. Silnie odczuwa ograniczenia, które niesie ze sobą choroba i reaguje głębokim smutkiem. Stan przeżywany przez chorego można porównać do żałoby, bo podobnie jak żałoba, tak i depresja jest stanem, który przemija. O swoich przeżyciach warto porozmawiać z lekarzem, ponieważ w tym stanie zdrowia może zajść potrzeba modyfikacji leczenia. Modyfikacja leczenia polega na zastosowaniu leku przeciwpsychotycznego o działaniu przeciwdepresyjnym, lub dodaniu leku przeciwdepresyjnego. Taki nowy lek pomoże szybciej wyjść z depresji, jednak przynosi on poprawę z pewnym opóźnieniem, dlatego brak efektu przez kilka dni nie oznacza, że lek nie działa.

Czasem w trakcie depresji pojawiają się myśli samobójcze. U osób, u których nadal utrzymują się objawy wytwórcze (omamy, urojenia), ryzyko samobójstwa jest znacznie większe niż u osób zdrowych. Dlatego nigdy nie można ignorować tego, że chory zdradza myśli lub zamiary samobójcze. W takiej sytuacji dobrze jest szczerze powiedzieć choremu, co czujemy, gdy mówi o samobójstwie. Jak dramatyczna byłaby dla nas jego utrata, jak przykro nam, że tak źle się czuje, że aż myśli o śmierci, jak przerażają nas jego słowa. Często konieczne jest wezwanie pogotowia ratunkowego i pilna pomoc lekarska.

## JAKI JEST PRZEBIEG SCHIZOFRENII

Schizofrenia dotyka najczęściej osoby młode. Pierwszy epizod choroby ma miejsce zwykle pomiędzy 18 a 28 rokiem życia. Przebieg choroby u poszczególnych chorych jest bardzo zróżnicowany i indywidualny. Zwykle przebieg schizofrenii jest przewlekły. Charakterystyczna jest nawrotowość objawów: w przebieg schizofrenii wpisane są okresy zaostrzeń (nasilenia objawów) i remisji (poprawy). W **okresach zaostrzeń** dochodzi do

nasilenia objawów, zwykle objawów wytwórczych (omamów, urojeń). W tym czasie istnieje konieczność intensywnego leczenia, pod którego wpływem stan psychiczny pacjenta stopniowo ulega stabilizacji. Takie leczenie zwykle wymaga pobytu w szpitalu. Gdy objawy choroby zmniejszają swoje nasilenie albo zupełnie ustępują, chory znajduje się w **okresie remisji**. W tym okresie nadal istnieje konieczność leczenia, aby można było zapobiec kolejnemu epizodowi. Przebieg charakteryzujący się występowaniem ostrych epizodów choroby (zaostrzeń) i remisji dotyczy większości chorych.

## JAKIE SĄ ROKOWANIA I OD CZEGO ZALEŻY PRZEBIEG SCHIZOFRENII

Przebieg choroby, czyli występowanie poszczególnych objawów, częstość ich zaostrzania się (ilość ostrych epizodów) oraz długość okresów remisji, jest indywidualny i niepowtarzalny u każdego pacjenta. Nie potrafimy przewidzieć przebiegu choroby u konkretnej osoby. U większości chorych przebieg choroby charakteryzuje się występowaniem ostrych epizodów choroby (zaostrzeń) na przemian z okresami poprawy (remisji). U ok. 15% chorych występuje jeden epizod choroby (raz w życiu doświadczają oni ostrych objawów choroby). U chorych, u których w okresach zaostrzeń przeważają nasilone objawy wytwórcze, efekty leczenia zwykle pojawiają się szybko. Gdy stosują się do zaleceń lekarskich i systematycznie przyjmują leki, mogą uzyskać nawet wieloletnie okresy remisji (znacznego złagodzenia lub całkowitego ustąpienia objawów).

Przebieg choroby ma charakter nawracający, jednak bardzo wiele zależy od osoby chorej i jej bliskich. Bardzo ważne jest to, czy osoba, u której rozpoznano schizofrenię, sama rozpoznaje, że potrzebuje leczenia. Ważne jest czy wie, na czym polega jej choroba i widzi konieczność terapii. Często jest to długa droga, na której bezcenne jest wsparcie bliskich. Jest ono o tyle istotne, że najważniejszym czynnikiem zapobiegającym nawrotom schizofrenii jest systematyczne przyjmowanie leków przeciwpsychotycznych.

Jednak może zdarzyć się tak, że pomimo ściśle przestrzeganych zaleceń lekarskich dochodzi do kolejnego zaostrzenia i objawy choroby nawracają. Wynika to z samego przebiegu choroby, który charakteryzują nawroty i remisje. Dlaczego wobec tego warto brać leki? Warto, ponieważ nowoczesna wiedza medyczna dowodzi, że systematyczne przyjmowanie leków przeciwpsychotycznych znacznie **zmniejsza ilość nawrotów**, a jeśli dojdzie do nawrotu choroby, to jego **przebieg będzie łagodniejszy**.

Przyjmowanie leków według zaleceń lekarza około pięciokrotnie zmniejsza ryzyko nawrotu choroby w porównaniu z sytuacją, gdy chory nie przyjmuje leków lub przyjmuje je niesystematycznie.

Gdy ustąpią ostre objawy choroby, pojawia się pytanie, po co dalej przyjmować leki lub co one właściwie leczą? Często jest tak, że choć ustąpiły ostre objawy choroby, utrzymują się kłopoty z koncentracją, mobilizowaniem się, chorzy dużo czasu spędzają leżąc, nie mają ochoty na kontakt z bliskimi lub wręcz czują, jakby rozmawiali z nimi „przez szybę”. Te wszystkie kłopoty to tak zwane objawy ubytkowe. Zwykle trudniej je dostrzec niż objawy wytwórcze, takie jak omamy (głosy, trzaski) lub urojenia (przekonanie o byciu obserwowanym, prześladowanym). Ważna jest świadomość, że trudności w zaangażowaniu się w codzienne czynności lub rzadki kontakt z bliskimi i znajomymi nie wynikają z niechęci, lenistwa lub złej woli chorego, a są przejawem jego choroby. Obecność objawów ubytkowych (negatywnych) pociąga za sobą konieczność intensywnego leczenia, ponieważ choć ustąpiły

objawy wytwórcze (omamy, urojenia), to nadal objawy ubytkowe ograniczają codzienne funkcjonowanie chorego.

Nawet jeśli wszystkie objawy ustąpiły, przyjmowanie leków nadal jest konieczne. Jest to tak zwane **leczenie podtrzymujące**, które chroni przed kolejnymi epizodami choroby. Jest to profilaktyka, aby nie było kolejnego nawrotu.

To zalecenie wynika z wiedzy o przebiegu schizofrenii, który charakteryzuje nawrotowość objawów. Konieczne jest przyjmowanie leków, aby nie dopuścić do kolejnego epizodu choroby, wydłużyć okres remisji lub, jeśli dojdzie do nawrotu, złagodzić jego przebieg.

Choć przyjmowanie leków nie może gwarantować braku nawrotu (który jest częścią samego przebiegu choroby), to odstawienie leków wbrew zaleceniom lekarza w zdecydowanej większości przypadków powoduje nasilenie objawów. Przebieg choroby ulega znacznemu pogorszeniu w wyniku przerywania leczenia, niesystematyczności w leczeniu, samodzielnego zmieniania przez pacjenta dawek leków, picia alkoholu i brania narkotyków.

## FARMAKOTERAPIA W SCHIZOFRENII

Doświadczenia poszczególnych chorych i przebieg ich choroby są niepowtarzalne. Wynika z tego konieczność indywidualnego leczenia. Lekarz na podstawie swojej wiedzy i doświadczenia stara się dobrać leczenie w sposób najbardziej odpowiedni dla konkretnego pacjenta i jego aktualnego stanu zdrowia.

Istnieje duży wybór leków przeciwpsychotycznych stosowanych w leczeniu psychoz i schizofrenii, które dzielą się na dwie grupy: 1) Leki I generacji (klasyczne) i 2) Leki II generacji (atypowe).

1. Leki I generacji (klasyczne) są to leki znane od wielu lat. Leki te występują w postaci tabletek, iniekcji (zastrzyków), a także w formie o przedłużonym działaniu (depot) w zastrzykach, które chory otrzymuje co 2-4 tygodnie. Są bardzo skuteczne w leczeniu schizofrenii, ale ich słabą stroną jest zwykle więcej objawów niepożądanych (takich jak sztywność i drżenie mięśni, „niepokój w nogach”) w porównaniu z lekami II generacji. Najczęściej stosowane leki I generacji to: Pernazinum, Haloperidol, Fenactil, Tisercin, Trilafon, Mirenil, Thioridazin, Clopixol, Fluanxol, Sulpiryd (podano handlowe nazwy leków, takie jakie są umieszczone na opakowaniach).
2. Leki II generacji (atypowe) są także bardzo skuteczne w leczeniu schizofrenii i mają zwykle znacznie mniej działań ubocznych w porównaniu z lekami I generacji. Ich dużą zaletą jest korzystne działanie na objawy ubytkowe, objawy zaburzeń nastroju i objawy dezorganizacji. Do leków II generacji należą: olanzapina, risperidon, kwetiapina, amisulpryd, ziprasidon, aripiprazol, sertindol, kłozapina (podano międzynarodowe nazwy leków, ponieważ na rynku dostępne są preparaty różnych firm, posiadające różne nazwy handlowe).

W przypadku każdego pacjenta lek (I lub II generacji) i jego dawka są dobierane w indywidualny sposób. Szczególnie na etapie rozpoczynania leczenia dobór leku i dawki może nie być łatwy i zwykle wymaga czasu. Dzieje się tak, ponieważ każdy reaguje na leczenie w indywidualny sposób. Dlatego tak ważna w leczeniu jest współpraca pomiędzy pacjentem i

lekarzem. To właśnie na podstawie informacji od pacjenta, jego odczuć, spostrzeżeń, wątpliwości, lekarz ma szansę na zastosowanie najbardziej odpowiedniego leczenia.

Po 1 epizodzie choroby istnieje konieczność przyjmowania leków przez co najmniej 2 lata, a po kolejnych epizodach przez co najmniej 5 lat. Często istnieje potrzeba przewlekłego przyjmowania leków przeciwpsychotycznych. Dlatego warto wiedzieć, że leki przeciwpsychotyczne nie wywołują uzależnienia.

Jeżeli leczenie jednym lekiem nie przynosi poprawy, stosuje się tak zwane terapie skojarzone, dodając drugi lek przeciwpsychotyczny lub leki z innych grup. Niekiedy istnieje potrzeba przyjmowania tzw. leków korygujących, które zmniejszają nasilenie objawów ubocznych. Jeśli oprócz objawów psychotycznych dochodzi do zmian nastroju (nadmiernie dobry, zły lub chwiejny) do dotychczas stosowanych leków przeciwpsychotycznych dołącza się leki przeciwdepresyjne lub tzw. stabilizatory nastroju (np. Depakine). Pewne leki uspokajające lub nasenne (takie jak Cloranxen, Relanium, Lorafen, Afobam, Xanax, Estazolam itp.) można stosować jedynie przez czas ściśle określony przez lekarza.

Podczas leczenia mogą pojawić się objawy uboczne działania leków. Lekarz proponujący leczenie stara się dobrać je w ten sposób, aby korzyści wynikających z przyjmowania leków było znacznie więcej, niż niedogodności czy objawów ubocznych. To, czy lekarzowi uda się dobrać najbardziej odpowiednie leczenie, zależy od tego, na ile otwarcie pacjent dzieli się z nim swoimi obserwacjami, wątpliwościami i kłopotami związanymi z leczeniem.

## CO MOŻNA ZROBIĆ OPRÓCZ SYSTEMATYCZNEGO PRZYJMOWANIA LEKÓW

Sprzymierzeńcem w radzeniu sobie z chorobą jest wiedza o chorobie. Dotyczy to zarówno samego pacjenta, jak i jego rodziny. Dlatego jeśli po leczeniu w szpitalu lekarz proponuje pacjentowi **pobyt w oddziale dziennym**, warto z tego skorzystać. W takim oddziale odbywają się zajęcia psychoterapeutyczne oraz **zajęcia psychoedukacyjne**. Podczas takich zajęć, zwykle grupowych, omawiane są najważniejsze zagadnienia dotyczące choroby oraz wymieniane pojawiające się w związku z leczeniem myśli i uczucia. Warto dowiedzieć się, czy istnieje możliwość, by udział w takich zajęciach wzięli bliscy pacjenta. Nie do przecenienia jest wsparcie bliskich osób, wspólne stawianie czoła chorobie. Inne możliwości to udział w spotkaniach **klubu pacjenta**, **środowiskowego domu samopomocy** lub **warsztatach terapii zajęciowej**, bądź też korzystanie z **opieki zespołów leczenia domowego (środowiskowego)**. Takich informacji z pewnością chętnie udzieli lekarz prowadzący. W mniejszych miejscowościach niestety często brakuje tego typu placówek leczenia środowiskowego. Wiele z nich powstało z inicjatywy pacjentów i ich rodzin. Zarówno lekarze, pacjenci, jak i ich najbliżsi wiedzą, jak dużo niepotrzebnego cierpienia powoduje stygmatyzacja (naznaczenie chorobą). Placówki psychiatryczne działające w środowisku (np. wynajmujące pomieszczenia w blokach mieszkalnych) walczą ze stygmatyzacją i izolacją chorych.

Gdy chory czuje się lepiej, warto wspólnie (z rodziną czy lekarzem) przypomnieć sobie, od czego zaczęła się choroba, jakie były jej pierwsze objawy. Można je na przykład wypisać na kartce. Są to tak zwane **objawy zwiastunowe** (czyli zwiastujące zaostrzenie choroby), charakterystyczne dla każdej osoby. Mogą to być kłopoty ze snem, utrata apetytu, zmiany nastroju, nadwrażliwość na dźwięki czy zapachy, przygnębienie, obwinianie się, stałe podenerwowanie, łatwość popadania w konflikty, uczucie chaosu wewnętrznego, wycofanie



się z kontaktów z innymi itp. Pojawienie się tych charakterystycznych dla danej osoby objawów może zwiastować nawrót choroby i wymaga niezwłocznego skontaktowania się z lekarzem. Może zdarzyć się tak, że sam chory nie zauważy pojawienia się objawów zwiastunowych, natomiast pierwszy zwróci na nie uwagę ktoś z jego otoczenia. Jeśli nie jest możliwe umówienie się na wcześniejszą wizytę w poradni zdrowia psychicznego, należy zgłosić się do Izby Przyjęć. Zauważone objawy mogą zwiastować nawrót choroby, dlatego aby temu zapobiec, konieczna jest jak najszybsza ocena lekarska. Często w takiej sytuacji potrzebna jest modyfikacja leczenia.

Kiedy ustąpią ostre objawy choroby można spodziewać się, że osoba chora będzie funkcjonować tak, jak przed zachorowaniem. Wszyscy chcieliby, żeby tak było, jednak często powrót do poprzedniego sposobu życia wymaga dużo czasu, cierpliwości i starań. Po ustąpieniu ostrych objawów chory zwykle zmaga się z tak zwanymi objawami ubytkowymi (negatywnymi) lub depresyjnymi. Objawy negatywne to osłabione przeżywanie emocji, mniejsza przyjemność z dawnych zainteresowań, z rozmów z bliskimi, tendencja do wycofywania się, przebywania samemu, trudności w porozumiewaniu się z innymi (w wyczerpującym opisanu swoich przeżyć, spraw), mała spontaniczność, brak inicjatywy. Te objawy nie oznaczają, że osoba stała się leniwa. Są to objawy choroby, poddające się leczeniu farmakologicznemu, choć może zdarzać się tak, że utrzymują się przewlekle.

Dlatego oprócz systematycznego przyjmowania leków tak ważna jest wspierająca postawa bliskich. Gdy chory jest bezczynny, nie ma pomysłów na spędzanie czasu, naturalne jest, że mamy chęć podsunąć mu nasze własne pomysły. Wtedy warto wspólnie z chorym zastanowić się nad tym, co mógłby zrobić, na co ma ochotę, czego potrzebuje. Bezценne jest podtrzymywanie inicjatywy chorego, jego aktywności i chęci do kontaktów z innymi, i oferowanie pomocy dopiero wtedy, gdy jest potrzebna przy realizacji jego własnych pomysłów. Istotny jest również udział chorego w domowych obowiązkach. Ważny jest właściwy wybór czynności, którą chory jest w stanie wykonać (np. zmywanie, odkurzanie, ścielenie łóżka), a nie całkowite zwalnianie go z pomocy w domu.

Pierwszy epizod choroby to czas, kiedy wspólnie z lekarzem warto zastanowić się nad rozpoczęciem psychoterapii. Współczesne badania wskazują, że najlepsze efekty przynosi równoległe stosowanie farmakoterapii i psychoterapii. Dzięki psychoterapii pacjenci częściej akceptują leczenie farmakologiczne i lepiej je tolerują. Z kolei dobrane leki pozwalają na więcej korzyści z psychoterapii. Dla wielu osób chorych ważne jest to, że podczas **indywidualnych spotkań** z terapeutą mogą dzielić się swoimi przeżyciami, myślami, uczuciami, a także bieżącymi kłopotami. Duże znaczenie ma to, czy osoba chora próbuje zapomnieć o epizodzie psychotycznym, udawać, że go nie było, (i zwykle przerywa leczenie), czy stara się wpleść to doświadczenie w historię życia, w czym pomaga psychoterapia.

Gdy choroba rozpoczyna się w okresie dorastania, często utrudnia naturalny w tym okresie proces rozstawania się z rodzicami i tworzenia samodzielnego życia. Często jest bardzo trudnym doświadczeniem nie tylko dla osoby chorej, ale i dla najbliższych. Wówczas pomoc może przynieść podjęcie **terapii rodzinnej**. Dla wielu osób, które mają trudności w tworzeniu relacji, wycofują się z kontaktów międzyludzkich lub cierpią z powodu poczucia osamotnienia i niezrozumienia, szczególną wartość może mieć **terapia grupowa**.

Gdy choroba trwa już wiele lat, często może zająć potrzeba codziennej pomocy choremu w życiowych czynnościach, takich jak opłacanie rachunków, robienie zakupów, sprząatanie, dbanie o własną higienę, planowanie wydawania pieniędzy. Jeśli chory ma kłopoty z takimi

obowiązkami, ważne jest, aby w miarę możliwości nie wyręczać go z nich, a raczej od nowa uczyć ich wykonywania. Na początku może się wydawać, że zajmuje to znacznie więcej czasu, jednak samodzielność oraz wspólne działanie mają ogromną wartość dla chorego. Często powrót do samodzielnego życia ułatwia pobyt w **oddziale rehabilitacyjnym**, gdzie prowadzone są treningi umiejętności społecznych.