

DROGOWSKAZY

Program psychoedukacji
pacjentów i opiekunów
osób chorych na schizofrenię

OGÓLNE INFORMACJE MEDYCZNE



Anna Klimkiewicz
– Moduł dla opiekunów i pacjentów



PSYCHOZA

- 02 1. Sytuacja ekonomiczna chorych na schizofrenię.
Zatrudnienie. Orzecznictwo rentowe. Niepełnosprawność.
- 05 2. Renta inwalidzka
- 06 3. Formy opieki
- 07 4. Stały dostęp do opieki psychiatrycznej
- 08 5. Umieszczenie w Domu Pomocy Społecznej (DPS)
- 09 6. Ubezważnowolnienie
- 10 7. Sytuacja ekonomiczna
- 11 8. Przyjęcie do szpitala pacjenta ze schizofrenią
w sytuacji nagłego pogorszenia stanu psychicznego,
agresji, pobudzenia
- 13 9. Prowadzenie pojazdów
- 15 10. Planowanie rodziny i ciąży
- 17 11. Leczenie schizofrenii w ciąży
- 19 12. Podstawowa opieka zdrowotna

1

Sytuacja ekonomiczna chorych na schizofrenię. Zatrudnienie. Orzecznictwo rentowe. Niepełnosprawność.

Sytuacja osób chorych psychicznie na polskim rynku pracy jest szczególnie ciężka. W społeczeństwie, w tym wśród samych chorych, powszechna jest opinia, iż osoby takie nie muszą, a nawet nie powinny pracować. Prowadzi to do zupełnie niepotrzebnej, a często wręcz szkodliwej sytuacji, gdy człowiek posiadający umiejętności pozwalające na pracę zarobkową, staje się bezrobotnym rencistą. Brak wyzwań intelektualnych, kontaktów z innymi osobami oraz stałego rytmu dnia i aktywności prowadzi do stopniowej izolacji, utraty umiejętności społecznego funkcjonowania i pogłębiania się tak zwanych objawów negatywnych (np. wycofania, spowolnienia, trudności w podejmowaniu decyzji i mobilizacji).

Z drugiej strony zdarzają się sytuacje, gdy mimo ciężkiego przebiegu schizofrenii, uniemożliwiającego w zasadzie samodzielne funkcjonowanie, rodzina chorego zwleka z wystąpieniem o stopień niepełnosprawności i świadczenia rentowe. Przyczyną jest zwykle niemożność pogodzenia się osób najbliższych z diagnozą i życzeniowe myślenie prowadzące do zaprzeczania istnienia niepełnosprawności. Nierzadko rodzice pacjentów odbierają ich beczynność i bierność jako wyraz lenistwa, domagając się od nich „wzięcia się w garść” i przejęcia odpowiedzialności za swoje życie. Bywa, iż mimo utrzymujących się objawów i braku poprawy od pacjentów oczekuje się mobilizacji, podjęcia pracy, wykazania większej aktywności.

Żaden z tych przeciwległych biegunów nie może być uniwersalnie zastosowany wobec każdego chorego na schizofrenię. Poczucie odpowiedzialności



za osobę chorą powoduje ogromne obciążenie dla rodziny, a przy braku profesjonalnej pomocy rodzi frustrację i przekonanie o zaniedbywaniu chorego, na przemian z poczuciem bycia wykorzystywanym. Ponieważ trudno jest przyjąć obiektywną postawę wobec swoich najbliższych, warto w takich sytuacjach zasięgnąć porady kompetentnych osób (np. lekarzy psychiatrów, terapeutów lub pracowników socjalnych).

Tematyka aktywizowania pacjentów ze schizofrenią ma wiele aspektów i daje liczne możliwości. Pomiędzy spędzaniem całego dnia w domu a pracą etatową w pełnym wymiarze godzin istnieje wiele etapów pośrednich. Powrót do aktywnego życia po epizodzie psychozy wymaga wsparcia i poczucia bezpieczeństwa w nowych dla pacjenta okolicznościach. Jedną z możliwości stopniowej aktywizacji jest leczenie w dziennym lub całodobowym oddziale rehabilitacji psychiatrycznej. Większa niezależność pacjentów, szersza oferta terapeutyczna i zachęcanie do aktywnego uczestnictwa w życiu społeczności oddziału stanowią dobry początek dla odzyskiwania wiary we własne możliwości i moc sprawczą. Pomagają przywrócić również umiejętność podejmowania decyzji. Poza aktywizacją samych chorych istotnym walorem takiego rozwiązania jest możliwość zapewnienia choć krótkotrwałego odpoczynku opiekunom pacjentów.

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi jak postępować z człowiekiem chorym. Ważne, aby troska najbliższych nie przybrała jednak postaci wyręczania go we wszystkich sprawach i traktowania wyłącznie jako podopiecznego, ale w miarę możliwości samodzielnej i zdolnej do odpowiedzialności jednostki.

Istnieją liczne grupy wsparcia dla osób ze schizofrenią, w których możliwość podzielenia się trudnościami i wątpliwościami we własnym gronie przywraca poczucie przynależności do społeczeństwa. Udział

w takim spotkaniu bywa dla młodego pacjenta przełomowym odkryciem, że z chorobą nie boryka się sam. Poczucie inności, osamotnienia, odstawania od normalności są powszechnymi skargami osób z nowo rozpoznaną psychozą. Świadomość, że chorych jest dużo, a ich przeżycia są podobne, zmienia spojrzenie na własną sytuację.

Mimo, iż wiele osób ze schizofrenią może samodzielnie funkcjonować i pracować, szacuje się, iż w Polsce $\frac{3}{4}$ chorych z tym rozpoznaniem traci dotychczasowe zatrudnienie. Nie każdy rodzaj pracy może być przez nich wykonywany. Jeśli objawy choroby mogłyby wiązać się z zagrożeniem dla innych osób lub samego pacjenta, lekarz medycyny pracy może nie dopuścić do dotychczasowych obowiązków. W większości przypadków jednak choroba nie stanowi zagrożenia i próba powrotu do znanego środowiska jest jak najbardziej pożądana i korzystna.

Poza powrotem do dotychczas wykonywanej pracy istnieje możliwość podjęcia zatrudnienia w tzw. zakładach pracy chronionej, gdzie fakt choroby nie stanowi piętna, a obowiązki są dostosowane do możliwości pracownika. Przy zatrudnianiu w takich miejscach bierze się pod uwagę ryzyko nawrotu choroby, które może się wiązać z dłuższą nieobecnością w pracy. Jeżeli powrót do zatrudnienia nie jest realny, istnieje możliwość zaangażowania pacjenta w zajęcia organizowane przez Ośrodki Pomocy Społecznej.



2 Renta inwalidzka

Osoba chorująca na schizofrenię może ubiegać się o przyznanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych świadczeń finansowych, czyli renty inwalidzkiej. Warunki jej uzyskania regulują przepisy dotyczące wymaganego stażu pracy w zależności od wieku i momentu zachorowania (<http://www.zus.pl>). Obecnie świadczenia rentowe są z reguły przyznawane na czas określony. Przed upływem okresu, na jaki renta została przyznana, należy złożyć do ZUS wnioski o jej przedłużenie, oczywiście jeśli stan zdrowia wciąż nie pozwala na podjęcie zatrudnienia i jest to nadal konieczne. Podstawowymi dokumentami, jakie należy dostarczyć do ZUS podczas ubiegania się o takie świadczenia są: wypełniony przez pacjenta wniosek, którego wzór można pobrać ze strony internetowej ZUS, oraz zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia. Zaświadczenie o stanie zdrowia wypełnia lekarz psychiatra prowadzący leczenie. Może być to lekarz prowadzący w oddziale lub poradni zdrowia psychicznego. Dokument zachowuje ważność przez miesiąc od jego wystawienia, więc należy pamiętać o jednoczesowym gromadzeniu niezbędnych dokumentów. Często ZUS zwraca się również o oryginał lub kopię dokumentacji medycznej pacjenta. Należy przygotować wówczas kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego oraz dokumentacji z leczenia w poradni.

3 Formy opieki

Schizofrenia jest chorobą przewlekłą, a jej objawy, mniej lub bardziej nasilone, mogą towarzyszyć pacjentom wiele lat. Choć choroba zmienia swój obraz na przestrzeni życia chorych, bywa, że wymagają oni ciągłej opieki innych osób. O ile opiekę nad młodą osobą sprawują zwykle rodzice, o tyle w miarę upływu czasu, możliwości całodobowego zaangażowania rodziców w podeszłym wieku stają się nierealne. W Polsce istnieją instytucje oferujące rozmaite formy opieki nad pacjentami. Jeżeli ich stan psychiczny jest stabilny i wymagają raczej opieki niż leczenia, są przyjmowani do Domów Pomocy Społecznej. Jeśli jednak opieka powinna mieć charakter zbliżony do hospitalizacji, realizują ją Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze. Pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym następuje zwykle po okresie leczenia szpitalnego u tych chorych, którzy nie wymagają już pobytu w oddziale, są jednak niesamodzielni i potrzebują stałego nadzoru pielęgniarskiego oraz kontroli lekarskiej. Wykaz zakładów opiekuńczo-leczniczych znajduje się na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php>. Po wybraniu zakładki województwa z listy, można uzyskać informacje dotyczące konkretnego regionu Polski.



4 Stały dostęp do opieki psychiatrycznej

Każdy pacjent chorujący na schizofrenię powinien pozostawać pod opieką lekarza psychiatry w poradni zdrowia psychicznego. Niezależnie od miejsca zamieszkania może wybrać dowolną placówkę. Wykaz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej finansowanej w ramach NFZ jest dostępny na stronach wojewódzkich oddziałów NFZ wymienionych na stronie głównej Funduszu (<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php>). Obecnie zalecanym w krajach zachodnich standardem opieki jest możliwość skontaktowania się pacjenta z lekarzem psychiatrą o dowolnej porze. Stanowi to duże wsparcie także dla bliskich i opiekunów, ponieważ pozwala na bieżąco rozwiewać wątpliwości, zmieniać strategie leczenia i postępowania. Ze względu na ograniczoną dostępność do psychiatrycznej opieki specjalistycznej, jest to w Polsce mało realne rozwiązanie.

Jeżeli chodzi o leczenie szpitalne, wymagający go pacjent powinien zgłaszać się do swojego rejonowego oddziału lub szpitala psychiatrycznego. W stanach nagłego pogorszenia zdrowia, gdy pacjent znajduje się poza miejscem stałego zamieszkania, może zostać przyjęty do każdego oddziału psychiatrycznego w Polsce.

Aby być przyjętym do szpitala, szczególnie w nagłych sytuacjach, nie jest potrzebne skierowanie od lekarza.

5 Umieszczenie w Domu Pomocy Społecznej (DPS)

Procedurę umieszczenia osoby w Domu Pomocy Społecznej rozpoczyna pracownik socjalny. Aby tak się stało należy zgłosić się do właściwego (**według miejsca zamieszkania pacjenta**) Ośrodka Pomocy Społecznej. Zgłoszenie do DPS może złożyć pracownik socjalny z urzędu – wobec znanej mu trudnej sytuacji chorego, a także na wniosek samego podopiecznego, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna.

Przyjęcie pacjenta do ośrodka zapewniającego całodobową opiekę wymaga jego zgody. Jeżeli osoba chora jednak zgody takiej nie wyraża lub nie może jej wyrazić świadomie, a nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie, możliwe jest umieszczenie jej w placówce bez zgody/wbrew woli. Decyzję taką podejmuje sąd rodzinny, na wniosek członków rodziny lub opiekunów. **Pacjent może zostać przyjęty do DPS decyzją sądu wbrew swojej woli**, lub w wyniku ubezwłasnowolnienia przez sąd – bez zgody pacjenta, a za zgodą opiekuna prawnego. Pomoc formalną w procedurze ubiegania się o skierowanie do DPS wbrew woli chorego można uzyskać w rejonowych Ośrodkach Pomocy Społecznej, lub właściwych Sądach ds. Rodzinnych i Nieletnich. Podobnie jak w przypadku hospitalizacji wbrew woli pacjenta, tak i jego umieszczenie w DPS ma na celu zapewnienie leczenia i opieki.

W razie trudności w poruszaniu się w systemie opieki społecznej, ZUS, czy zatrudnienia, warto zwrócić się o pomoc do pracownika socjalnego. W każdym szpitalu psychiatrycznym oraz placówkach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej powinna być dostępna osoba,



której rolą jest zapewnienie pacjentom oraz ich rodzinom i opiekunom opieki w tym zakresie. Pracownik socjalny potrafi udzielić niezbędnych informacji, pokierować do właściwych instytucji oraz zaproponować odpowiednie miejsce opieki, czy zakłady pracy chronionej.

6 Ubezważnowolnienie

Zdarzają się sytuacje, gdy osoby chore, **szczególnie odmawiające leczenia**, podejmują niekorzystne dla nich decyzje, skutkujące utratą majątku. Z uwagi na trudności w krytycznej i właściwej ocenie sytuacji mogą dokonywać niepotrzebnych, a bardzo kosztownych zakupów, zaciągać kredyt lub inne nieuzasadnione zobowiązania. Istnieje wówczas możliwość ubezważnowolnienia pacjenta. Powoduje to utratę przez niego zdolności do czynności prawnych, np. niemożność zawierania umów kupna-sprzedaży, czyniąc opisane działania niewiążącymi. Ważne jest, iż orzeczenie ubezważnowolnienia przez sąd nie znosi ważności podjętych wcześniej zobowiązań, a jedynie tych następujących później. O ubezważnowolnienie należy zwrócić się do właściwego dla pacjenta sądu rodzinnego, który jest wydziałem sądu rejonowego. Osobie ubezważnowolnionej sąd przyznaje opiekuna prawnego, który reprezentuje ją podczas podejmowania wiążących prawnie decyzji, w tym również wyrażenia zgody na pobyt w szpitalu psychiatrycznym.

7 Sytuacja ekonomiczna

Ubóstwo jest częstym problemem związanym z chorobą psychiczną. Wynika to z wielu aspektów, w jaki wpływa ona na społeczne funkcjonowanie. Osoby o niskim statusie ekonomicznym stanowią istotny odsetek pacjentów chorujących na schizofrenię. Warto dodać w tym kontekście, iż wynika to z pogorszenia warunków materialnych związanych z utratą pracy i przerywaniem nauki, a nie z większej zapadalności na schizofrenię wśród osób o niskich dochodach. Przebieg choroby ma bowiem istotny wpływ na funkcjonowanie społeczne. Utrzymywanie się objawów na poziomie uniemożliwiającym zadowalające i samodzielne funkcjonowanie, przy braku wsparcia prowadzi do bezrobocia, biedy, a nierzadko bezdomności. Ubóstwo i związany z nim wstyd i wycofanie stanowią kolejną barierę w zdrowieniu. Osoby bezdomne, często zaniedbane, unikają wizyt w placówkach ochrony zdrowia, nie kontynuują leczenia. Wykupienie leków, mimo ich refundacji stanowić może istotną barierę w dostępie do najskuteczniejszej terapii schizofrenii, jaką jest leczenie farmakologiczne. Ponadto brak pracy oraz umiejętności w poruszaniu się w urzędniczym systemie ubezpieczeń społecznych sprawia często, iż pacjenci chorzy na schizofrenię to osoby nieubezpieczone. Co prawda mają oni, mimo braku ubezpieczenia zdrowotnego, prawo do nieodpłatnych świadczeń medycznych (tj. hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych), jednak tracą uprawnienia do refundacji leków, co zwykle przekreśla szanse na skuteczne, a jednocześnie dobrze tolerowane leczenie neuroleptykami drugiej generacji. Ceny leków nierefundowanych są bowiem poza zasięgiem finansowym większości chorych.



Ubóstwo i bezdomność niosą ze sobą szereg negatywnych następstw zdrowotnych. Zaniedbania higieniczne, brak podstawowej opieki medycznej i stomatologicznej skutkuje rozwojem licznych powikłań somatycznych. W osobnym rozdziale opisano najczęstsze problemy zdrowotne, jakie dotyczą pacjentów ze schizofrenią. W tym miejscu podkreślić jednak należy widoczny związek stanu zdrowia z sytuacją socjalną.

8 Przyjęcie do szpitala pacjenta ze schizofrenią w sytuacji nagłego pogorszenia stanu psychicznego, agresji, pobudzenia

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (tekst dostępny na stronie <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19941110535>), będąca podstawową regulacją określającą ramy prawne psychiatrycznego leczenia szpitalnego mówi, że aby pacjent mógł zostać przyjęty do szpitala psychiatrycznego i tam być tam leczonym, konieczna jest jego pisemna zgoda. W praktyce zgodę tę wyraża, składając swój podpis na pierwszej stronie historii choroby podczas rozmowy z lekarzem w Izbie Przyjęć. Istnieją jednak sytuacje, gdy zgoda nie jest konieczna, a leczenie jest prowadzone wbrew woli, nierzadko przy aktywnym sprzeciwie osoby chorej. Może bowiem zdarzyć się, że osoba ze schizofrenią paranoidalną w okresie jej zaostrzenia podejmuje działania, które mogą stanowić zagrożenie dla niej samej lub jej otoczenia. Gdy ich powodem jest zaostrzenie objawów - przeżycia psychotyczne (opisane we wcześniejszych rozdziałach urojenia i omamy), niezbędne jest natychmiastowe

leczenie w warunkach szpitalnych. Leczenie w takiej sytuacji może być prowadzone wbrew woli pacjenta. Ważna jest świadomość, zarówno terapeuty jak i opiekuna, a także najbliższego otoczenia pacjenta, że przyjęcie do szpitala nie jest w żadnym wypadku karą za niewłaściwe zachowanie. Ma natomiast na celu objęcie opieką, poprawę stanu psychicznego i ochronę osoby cierpiącej na schizofrenię oraz otoczenia przed niebezpiecznymi działaniami podjętymi z pobudek chorobowych. W sytuacji, gdy osoba chora na schizofrenię zachowuje się w sposób zagrażający swojemu życiu, albo życiu lub zdrowiu innych osób, należy wezwać pogotowie, a w razie potrzeby również policję. Ważne jest poinformowanie zespołu karetki, że osoba do której wezwano pomoc jest osobą z rozpoznaniem choroby psychicznej. Warto mieć w tym celu przygotowaną kartę informacyjną leczenia szpitalnego.

Należy podkreślić, iż pacjent ze schizofrenią przy obecności objawów psychozy (pobudzony, przekonany o istnieniu zagrożenia, w lęku wynikającym z objawów psychotycznych itp.) zgodnie z art. 31 Kodeksu karnego może być uznany za osobę działającą „w stanie zniesionej poczytalności”. Oznacza to, iż w razie popełnienia w takim stanie czynu zagrożonego karą wg Kodeksu karnego nie może być ona uznana za winną popełnienia przestępstwa. Nie oznacza to jednak, iż osoby takie pozostają „bezkarne”. Artykuł 31 Kodeksu Karnego stanowi bowiem, iż „Nie popełnia przestępstwa, kto z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych nie mógł w czasie popełniania czynu przewidzieć jego skutków bądź pokierować swoim postępowaniem”. O tym, czy daną osobę uznaje się za niepoczytalną decyduje sąd w oparciu o opinię biegłych psychiatrów. Podkreślić należy, iż sam fakt występowania choroby psychicznej u danej osoby nie świadczy o jej niepoczytalności



w chwili popełniania czynu karalnego. Oznacza to, że istnieją sytuacje, gdy mimo istnienia poważnej choroby, np. schizofrenii orzeka się o winie osoby chorej. Kluczowe jest bowiem występowanie objawów choroby w chwili popełnienia czynu. Warto przy tej okazji dodać, że o niepoczytalności nie mówi się, gdy osoba popełniająca czyn zabroniony była w stanie odurzenia alkoholem lub inną substancją, której odurzające właściwości przewidywała lub mogła przewidzieć.

9 Prowadzenie pojazdów

Większość leków stosowanych w schizofrenii nie wyklucza możliwości prowadzenia pojazdów osobowych. Wyjątek stanowią leki uspokajające i nasenne, których stosowanie w istotnym stopniu upośledza szybkość reakcji i stanowi bezwzględne przeciwwskazanie do prowadzenia pojazdów i obsługi niebezpiecznych urządzeń. Najczęściej stosowane w przypadku silnego lęku i pobudzenia są leki uspokajające z grupy benzodiazepin (lorazepam, alprazolam, diazepam, klonazepam, klorazepat). Nazwę substancji zastosowanej w konkretnym preparacie można znaleźć na opakowaniu, pod główną nazwą leku, jest wypisana zwykle pochyłą, mniejszą czcionką. W przypadku stosowania kilku preparatów uspokajających, warto sprawdzić, czy mimo odmiennych nazw nie zawierają one tego samego leku. Świadomość nazwy substancji czynnej leku może bowiem ochronić chorego przed przedawkowaniem leku, wynikającym z kumulacji dawek preparatów o różnych nazwach.

Inaczej jest w przypadku leków przeciwpsychotycznych (neuroleptyków), które stanowią podstawę leczenia schizofrenii. Bardzo istotna jest w tym przypadku ocena indywidualnej reakcji na przyjmowany lek. Niemal regułą jest, iż w początkowej fazie leczenia wielu pacjentów ma poczucie spowolnienia, zahamowania, czy wręcz otępienia. Jest to szczególnie dostrzegalnie, **jeśli przed okresem przyjmowania leków pacjent, z powodu psychozy był pobudzony**. Rzeczywiście czas kilku tygodni po włączeniu leczenia przeciwpsychotycznego, a także okres zmiany leku, lub modyfikacji jego dawkowania nie jest fortunnym momentem dla prowadzenia pojazdów. Nie jest też możliwe precyzyjne przewidzenie wpływu konkretnego leku na poszczególnych chorych. Powszechne zalecenia dotyczące prowadzenia pojazdów przez osoby przyjmujące leki psychotropowe (poza uspokajającymi, które są dla kierowców bezwzględnie zabronione), mówią, iż należy obserwować indywidualne reakcje osoby leczonej. Pacjenci przyjmujący leki neuroleptyczne powinni więc ocenić swoje możliwości i czas reakcji w czasie prowadzenia auta. **Warto na początku jeździć w towarzystwie innych osób**. W przypadku wrażenia, że w wyniku zastosowanego leczenia doszło do pogorszenia szybkości reagowania, poczucia spowolnienia należy zrezygnować z prowadzenia samochodu.



10 Planowanie rodziny i ciąży

Planowanie ciąży stanowi ważny aspekt opieki nad pacjentką chorą na schizofrenię. Choć sama choroba nie wyklucza urodzenia i wychowania zdrowego, szczęśliwego dziecka, ciąża pacjentki ze schizofrenią powinna zostać starannie zaplanowana. Przed podjęciem decyzji o zajściu w ciążę kobiety chorujące na schizofrenię, nie inaczej niż zdrowe, powinny zdawać sobie sprawę z następstw swojej decyzji i związanych z nią obowiązków. Rolą opiekunów i terapeutów jest zapobieżenie sytuacji, gdy decyzja o ciąży jest podejmowana w okresie zaostrzenia choroby i z pobudek psychotycznych – czyli w wyniku urojeń lub omamów.

Zapobieganie ciąży u kobiet ze schizofrenią z wielu względów nie jest łatwe. Generalnie najwyższą skuteczność w zapobieganiu ciąży przypisuje się doustnej antykoncepcji hormonalnej, czyli tzw. „pigułce antykoncepcyjnej”. Metoda ta wymaga bardzo rygorystycznego, codziennego przyjmowania tabletek, każda, nawet jednodniowa przerwa czyni ją nieskuteczną. Dość dobrą możliwością, w przypadku pacjentek niezdyscyplinowanych, może być antykoncepcja w plastrach naklejanych na skórę. Warto podkreślić, iż nawet regularne stosowanie pigułki antykoncepcyjnej może być nieskuteczne, jeżeli pacjentka przyjmuje leki wchodzące w interakcje z preparatem antykoncepcyjnym. Oznacza to, iż niektóre leki stosowane w schizofrenii mogą osłabiać działanie antykoncepcyjne, a w efekcie czynić takie zapobieganie ciąży nieskutecznym. W każdym przypadku należy poinformować lekarza ginekologa o wszystkich przyjmowanych lekach.

Warto zwrócić tu szczególną uwagę na karbamazepinę, która nie jest lekiem przeciwpsychotycznym, jednak bywa stosowana u pacjentów ze schizofrenią. Silny wpływ tego leku na funkcjonowanie

wątroby znacznie zmniejsza skuteczność doustnej antykoncepcji poprzez przyspieszenie rozkładania hormonów antykoncepcyjnych. Kolejnym aspektem potencjalnego wpływu leków na płodność jest hiperprolaktynemia. U niektórych pacjentów leczonych neuroleptykami dochodzi do znacznego zwiększenia wydzielania przez przysadkę mózgową hormonu o nazwie prolaktyna. Główną rolą prolaktyny u zdrowych osób jest stymulacja wytwarzania pokarmu u kobiet ciężarnych i karmiących. Mężczyźni oraz kobiety niebędące w ciąży, ani w okresie karmienia piersią mają niski poziom prolaktyny w surowicy krwi. Może się jednak zdarzyć, iż w wyniku przyjmowania neuroleptyku przysadka mózgowa zaczyna wydzielać jej więcej. Prowadzi to do powiększenia piersi, a czasem również do wydzielania pokarmu, jednak przede wszystkim zaburzeń cyklu miesięczkowego. W wyniku wzrostu poziomu prolaktyny miesiączki stają się nieregularne, cykle wydłużają się, tj. miesiączka zamiast pojawiać się z dotychczasową regularnością występuje rzadziej, w trudnym do przewidzenia momencie – np. co 2 – 3 miesiące.

Tzw. metoda „kalendarzykowa” jest nieskutecznym sposobem antykoncepcji nawet u zdrowych i regularnie miesiączkujących kobiet. Nieregularne miesiączki całkowicie uniemożliwiają przewidzenie okresu owulacji, czyli momentu cyklu, w którym kobieta może zajść w ciążę. Możliwość wyznaczenia dni niepłodnych u pacjentki z hiperprolaktynemią jest więc wysoce wątpliwa i nie może być traktowana jako metoda zapobiegania ciąży.

Zaburzenia miesięczkowania, obrzmienie i bolesności piersi, bądź pojawienie się wycieku pokarmu to bardzo uchwytne objawy hiperprolaktynemii, o których należy poinformować lekarza psychiatrę. Ryzyko pojawienia się takiego działania niepożądanego zależy w dużej mierze od przyjmowanego leku, toteż nierzadko zmiana leczenia może spowodować całkowite ustąpienie objawów.



11 Leczenie schizofrenii w ciąży

Wśród licznych leków przeciwpsychotycznych stosowanych w schizofrenii, a omówionych w poprzednim rozdziale, nie ma takich, które byłyby całkowicie bezpieczne w ciąży. Nie oznacza to w żadnym wypadku, że przyjmowanie przez ciężarną pacjentkę leków zawsze powoduje negatywne skutki dla dziecka. W rzeczywistości większość kobiet leczonych z powodu schizofrenii, mimo zażywania w ciąży leków, rodzi zdrowe dzieci. Ważne jest, aby opiekujący się nimi lekarz psychiatra ocenił stan psychiczny, a następnie zdecydował, czy możliwe i bezpieczne jest odstawienie leków przeciwpsychotycznych do chwili porodu. Jeżeli przerwanie leczenia na cały okres ciąży jest niemożliwe, rozważa się odstawienie leków na jej pierwsze trzy miesiące (pierwszy trymestr ciąży). W tym czasie kształtują się bowiem narządy płodu i potencjalny negatywny wpływ leków przeciwpsychotycznych stanowi największe zagrożenie. Tym niemniej należy mieć na uwadze, iż przyjmowanie leków nie musi wiązać się zawsze z negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia dziecka. Choć brak jest leków przeciw-psychotycznych, wobec których udowodniono brak negatywnego wpływu na rozwój płodu, niektóre z nich bywają z powodzeniem stosowane u ciężarnych pacjentek ze schizofrenią.

Równie ważne jest zaplanowanie przez osoby najbliższe wsparcia pacjentki w opiece nad dzieckiem. Narodziny są bowiem bardzo silnym przeżyciem, które może nieść ze sobą wysokie ryzyko zaostrzenia objawów choroby. Pogorszenie stanu psychicznego nie jest oczywiście nieodzownym następstwem pojawienia się dziecka, tym niemniej jednak należy się z nim liczyć. Samotne i pozbawione wsparcia macierzyństwo, poczucie osamotnienia, zagrożenia, lęku o dziecko, niedobór snu i zmęczenie, znacznie zwiększają zagrożenie rozwojem psychozy. Dlatego objęcie opieką i gotowość pomocy młodej matce stanowi

nieocenioną metodę zapobiegania nawrotowi psychozy w okresie poporodowym. Najmniejsze sygnały sugerujące pojawienie się urojeń, czy omamów, przekonania o zagrożeniu, podejrzliwości, czy bezsenność powinny skłonić osoby bliskie do zwiększenia czujności i towarzyszenia pacjentce w opiece nad dzieckiem. Należy poinformować najbliższy Ośrodek Pomocy Społecznej o urodzeniu dziecka przez osobę chorą. Wizyty pracowników takiego ośrodka mogą bowiem stanowić kolejne źródło wsparcia, a także pewnej, czasem nieuniknionej kontroli mającej jednak na celu dobro dziecka.

Częstą obawą pacjentek oraz pacjentów ze schizofrenią jest przekonanie, że ich dziecko również będzie chore. Rzeczywiście ryzyko zachorowania wśród krewnych pacjentów jest znacznie większe niż u pozostałych osób (w społeczeństwie ryzyko to wynosi około 1%), tym nie mniej szansa posiadania zdrowego dziecka jest większa, aniżeli chorego. W poniższej tabeli przedstawiono średnie ryzyko zachorowania na schizofrenię w zależności od stopnia pokrewieństwa z osobą chorą. I tak, jeżeli choruje brat lub siostra (nie bliźniak) jest ono ośmiokrotnie wyższe niż w całej populacji, tj. wynosi około 8%. Ryzyko rośnie do 12% w przypadku gdy chore jest jedno z rodziców, lub bliźniak dwujajowy. Bardzo wysokie ryzyko zachorowania na schizofrenię występuje, jeśli obydwój rodzice bądź bliźniak jednojajowy, chorują na tę chorobę – odpowiednio 40% i 47%.

Stopień pokrewieństwa z osobą chorą	Ryzyko zachorowania na schizofrenię
Rodzeństwo (z wyjątkiem bliźniąt)	8%
Jedno z rodziców	12%
Bliźniak dwujajowy	12%
Obydwój rodziców	40%
Bliźniak jednojajowy	47%



12 Podstawowa opieka zdrowotna

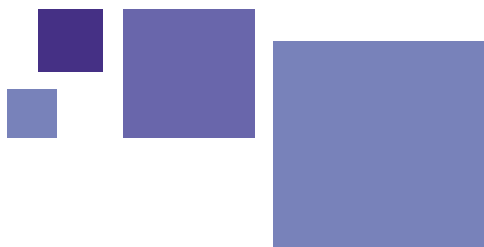
Z uwagi na skłonność do wycofania, introwersji oraz często nieadekwatnego interpretowania rzeczywistości, bagatelizowanie problemów zdrowotnych osób chorych na schizofrenię jest powszechne. Ponieważ wiele z nich zgłasza skargi na rozmaite wrażenia dotykowe, drętwienia i bóle, objawy te nie są traktowane przez najbliższych jako rzeczywiste dolegliwości. Spośród rozmaitych skarg pacjentów trudno wyłonić wszystkie te, które bezwzględnie powinny skłonić do zasięgnięcia porady lekarskiej. Generalną zasadą powinno być jednak unikanie bagatelizowania dolegliwości nowych, o charakterze odmiennym, aniżeli te zgłaszane dotychczas. Należy również podkreślić, iż urojeniowa interpretacja pewnych zjawisk przez chorego nie wyklucza rzeczywistego problemu zdrowotnego. Na przykład skargi na bóle brzucha, głowy, klatki piersiowej, przypisywane obecności rozmaitych nadajników, czy też innych niemożliwych zjawisk wymagają, zwłaszcza jeśli pojawiają się po raz pierwszy, choć jednorazowej konsultacji lekarskiej. Uwagę powinny zwrócić dolegliwości pojawiające się w określonych, powtarzających się okolicznościach, na przykład bóle brzucha po posiłku, lub na czczo, czy ucisk w klatce piersiowej występujący podczas wysiłku lub zdenerwowania. Bóle głowy występujące zawsze po obudzeniu mogą świadczyć o zwiększeniu ciśnienia wewnątrz czaszki, którego przyczyny mogą być niebezpieczne dla życia. Z drugiej strony chęć nieustannego diagnozowania w poszukiwaniu przyczyn zgłaszanych odczuć musi we właściwym momencie znaleźć odpór u opiekunów osób chorych. Dotyczy to szczególnie badań obrazowych, czyli zdjęć rentgenowskich (rtg) oraz tomografii komputerowej, których częste wykonywanie nie pozostaje bez wpływu na zdrowie pacjenta.

Naturalnie obecność obiektywnych objawów chorobowych: gorączki, zasłabnięć, biegunek, wymiotów itp. powinny skłonić do zgłoszenia się po pomoc, niezależnie od interpretacji tych zjawisk przez samego chorego. Warto więc zadbać o podstawową opiekę medyczną i zgłosić pacjenta do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, aby móc korzystać z jego pomocy w razie pojawienia się jakichkolwiek problemów zdrowotnych. Często bowiem zdarza się, iż psychiatra jest jedynym lekarzem, z jakim kontaktuje się chory. Mimo, że w razie wystąpienia niepokojących objawów, psychiatrzy dokładają starań, aby zapewnić podstawową pomoc, należy pamiętać iż poradnie zdrowia psychicznego dysponują znacznie ograniczonymi możliwościami diagnostyki i leczenia chorób somatycznych.

Kolejną zaletą pozostawania w kontakcie z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest możliwość „awaryjnego” uzyskania recepty na leki przeciwpsychotyczne, w przypadku braku możliwości odbycia wizyty w poradni zdrowia psychicznego. Z uwagi na zawoilości refundacyjne oraz bardzo restrykcyjny stosunek Narodowego Funduszu Zdrowia do realizacji recept na leki refundowane, należy w miarę możliwości dbać o regularne wizyty u psychiatry. Raz do roku, podczas takiej wizyty warto jednak poprosić prowadzącego lekarza psychiatrę o wydanie zaświadczenia o leczeniu pacjenta w poradni zdrowia psychicznego, wraz z rozpoznaniem oraz zaleconymi lekami. Przedłożenie takiego zaświadczenia lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej znacznie ułatwi uzyskanie pomocy i recept na niezbędne leki. Zaświadczenie jest również istotne ze względów refundacyjnych. Narodowy Fundusz Zdrowia wymaga bowiem podczas wystawiania recepty na leki refundowane przez lekarza POZ zaświadczenia z poradni specjalistycznej (w tym przypadku psychiatrycznej) o uprawnieniu



pacjenta do refundacji. Dbanie o dowód na uprawnienia do refundacji leków jest bardzo ważne również ze względu na koszty leków przeciwpsychotycznych. Konieczność leczenia pełnopłatnego może wiązać się z comiesięcznym wydatkiem znacznie przekraczającym tysiąc złotych.



Piśmiennictwo:

Schizofrenia. Perspektywa społeczna. Sytuacja w Polsce.
pod redakcją prof. Andrzeja Kiejny.
[http://www.watchdogpfron.pl/wpcontent/uploads/2014/02/
Raport_Schizofrenia2.pdf](http://www.watchdogpfron.pl/wpcontent/uploads/2014/02/Raport_Schizofrenia2.pdf)



Materiał opracowany przez Janssen Cilag Polska we współpracy ze specjalistami z dziedziny psychiatrii i psychologii, do wykorzystania podczas sesji prowadzonych przez przeszkolonych terapeutów.



Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o.
02-135 Warszawa, ul. Ilżecka 24
tel. +48 22 237 60 00
fax +48 22 237 60 31
www.janssen.pl