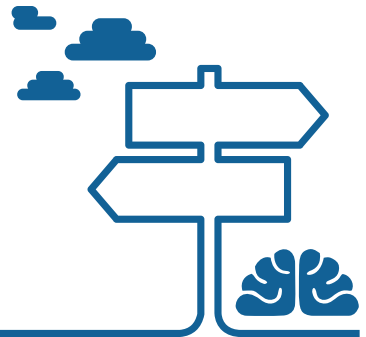


DROGOWSKAZY

Program psychoedukacji
pacjentów i opiekunów
osób chorych na schizofrenię

LECZENIE SCHIZOFRENII



Joanna Grzesiewska
Iwona Patejuk-Mazurek
– Moduł dla opiekunów



LECZENIE w schizofrenii

- 02 1. Skuteczność leczenia zależy od wielu czynników, jednym z nich jest Twoja wiedza na temat farmakoterapii, którą przyjmuje Twój bliski.**
- neuroleptyki (historia, neuroleptyki I i II generacji, działanie, nazwy, formy, dawki)
 - inne leki stosowane w leczeniu schizofrenii (przeciwdepresyjne, uspokajające, nasenne, stabilizujące nastrój)
 - zabiegi EW – mity i fakty
- 13 2. Dialog z lekarzem umożliwi Ci zrozumienie, współdecydowanie i zaakceptowanie leczenia Twojego bliskiego. Co może się wiązać z farmakoterapią?**
- leki a skutki uboczne oraz działania niepożądane
 - leki a alkohol i substancje psychoaktywne
 - leki a jazda samochodem
 - leki a libido
 - leczenie i jego długość
- 20 3. Zaangażowanie w leczenie członka rodziny jest nieodzowne w powrocie do zdrowia. Informacje o:**
- psychoterapii
 - psychoedukacji
 - arteterapii
 - samoobserwacji
- 24 4. Inne formy leczenia – nie tylko szpital.**
- leczenie szpitalne
 - grupy samopomocowe
 - grupy wsparcia
 - warsztaty terapii zajęciowej
 - turnusy rehabilitacyjne



LECZENIE w schizofrenii

Material ten zawiera podstawowe informacje dotyczące **leczenia schizofrenii**, choroby, która została zdiagnozowana u bliskiej Państwu osoby. Niewątpliwie takie rozpoznanie było dla Państwa dużym zaskoczeniem, ciosem, możliwe, że przewróciło Państwa życie rodzinne „do góry nogami” lub spowodowało w nim ogromne zmiany. Aby móc żyć z osobą chorą, należy przede wszystkim wiedzieć, jak najwięcej o samej chorobie (inne części programu psychoedukacyjnego „Drogowskazy”), zaś aby choremu pomóc – trzeba posiadać wiedzę o leczeniu i współuczestniczyć w nim, by być wsparciem dla chorującej osoby. Zawarte w tym Poradniku informacje dadzą Państwu, w przystępny sposób, wiedzę na temat leczenia farmakologicznego i oddziaływań terapeutycznych – zarówno w zaostrzeniu choroby, jak i w stanach remisji.

Oprócz korzystania z Poradnika (np. takiego, jaki macie Państwo w ręku) można brać udział w zajęciach psychoedukacyjnych, czyli spotkaniach terapeuty – psychiatry lub psychologa, z osobami, których bliski ma rozpoznaną schizofrenię (lub zespół paranoidalny). W trakcie spotkań jest czas na dzielenie się swoją wiedzą i doświadczeniami życia z chorą osobą, zapoznanie się z doświadczeniami innych osób, ale też uzyskanie odpowiedzi na swoje wątpliwości i niejasności związane z zagadnieniami choroby i możliwościami jej leczenia.



1

Skuteczność leczenia zależy od wielu czynników, jednym z nich jest wiedza pacjenta i jego bliskich na temat farmakoterapii, czyli stosowania leków (tabletki, zastrzyki) w leczeniu

Schizofrenia to choroba, która dotyczy ośrodkowego układu nerwowego (mózgu), jednak nie całego. W tej chorobie nieprawidłowo funkcjonuje struktura mózgu, która odpowiada za lęk, słyszenie głosów, dźwięków, czy przekonanie, że inni znają myśli pacjenta, mogą na niego oddziaływać, wpływać, kontrolować go, bądź, że są wrogo do niego nastawieni. Nieprawidłowo funkcjonują także struktury odpowiadające za pamięć, czy koncentrację uwagi, dlatego chory nie może skupić się na nauce, czy czytaniu, zapomina, co ma zrobić. To nieprawidłowe funkcjonowanie związane jest z zaburzeniami neuroprzekaźników (np. dopamina, serotonina), czyli substancji, dzięki którym komórki nerwowe komunikują się ze sobą i przekazują informacje. Pozostałe struktury i ośrodki mózgu nie są dotknięte procesem chorobowym, o czym świadczy dobra ogólna orientacja chorego co do czasu i miejsca, w którym jest, możliwość czytania, oglądania TV, prowadzenia rozmowy, wykonywania codziennych czynności, np. obsługa komputera, samochodu, czy telefonu.

Przyjmowanie leków ma sprawić, że te nieprzyjemne i utrudniające życie objawy ustąpią. Dzięki temu poprawi się nie tylko samopoczucie pacjenta, ale także relacje między chorym a jego rodziną.

Podobnie dzieje się w innych chorobach, choćby w nadciśnieniu, czy cukrzycy. Nielezione komplikują życie, uniemożliwiają dobre i satysfakcjonujące funkcjonowanie, a nawet mogą prowadzić do poważnych powikłań, np. udaru mózgu. Nie oznacza to, że cały organizm jest chory. Przyjmowanie leków przeciwnadciśnieniowych lub przeciwcukrzycowych leczy wysokie ciśnienie krwi, czy obniża poziom cukru we krwi i pozwala na powrót do sprawności.

Tak samo jest z leczeniem schizofrenii.

Leki powodują przywrócenie równowagi między neuroprzekaznikami w „chorych strukturach mózgu”.

Komórki nerwowe mają znów możliwość prawidłowo działać, komunikować się ze sobą i dlatego ustępują objawy choroby. Wiadomo, że im szybciej podejmie się leczenie i będzie ono systematyczne i prowadzone przez odpowiednio długi czas, Państwa bliski ma szansę w miarę szybko po I epizodzie choroby dobrze funkcjonować. Jeśli jednak rozpoczęcie leczenia jest oddalane w czasie (niechęć pacjenta lub rodziny, obawy, wstyd, niesystematyczne przyjmowanie leków), choroba leczy się trudniej, coraz więcej struktur mózgu źle pracuje i powrót do zdrowia jest dłuższy a poziom funkcjonowania niższy. Podobnie jest jeśli Państwa bliski w czasie choroby używa narkotyków, czy pije alkohol. Ten temat będzie jeszcze omówiony w dalszej części Poradnika.

Schizofrenia z powodzeniem może być kontrolowana. Prawidłowe leczenie, świadomość, że jest ono konieczne stanowią jeden z najważniejszych warunków panowania nad chorobą. Pacjent sam musi akceptować fakt zachorowania i potrzebę leczenia. Musi też czuć, że jego rodzina akceptuje jego chorobę i jej leczenie. Nikt przecież nie „wymawia” choremu na cukrzycę, że łyka tabletki, czy bierze insulinę, że jest chory. Raczej bliscy starają się pomagać w utrzymaniu prawidłowej diety, przypominają o przyjmowaniu leków. Pod tym względem schizofrenia jest podobna do każdej innej choroby, która jest przewlekłą, miewa zaostrzenia, nawroty i trzeba ją leczyć.

Każdy epizod psychotyczny przyczynia się do:

- pojawienia się często nieprzyjemnych dla pacjenta objawów w postaci halucynacji i urojeń. To może przekładać się na funkcjonowanie w domu (lęk, agresja,



zaburzenia zachowania, nieprzyjmowanie posiłku, nadmierne palenie papierosów, czy sięganie po alkohol),

- zaburzeń koncentracji i uwagi (trudności w uczeniu się, czytaniu, zapominanie o rzeczach, które pacjent powinien zrobić),
- dezorganizacji procesów myślowych („nieskładność” w rozmowie, w planowaniu, codziennym funkcjonowaniu),
- wzrostu napięcia, lęku, agresji bądź autoagresji, które wynikają też ze złego ogólnego samopoczucia.

Nieleczony bądź zbyt krótko leczony epizod może zwiększać ryzyko uszkodzenia struktur mózgu oraz nawrotów choroby o cięższym i dłuższym przebiegu.

Leczenie I epizodu choroby można porównać do leczenia złamanej nogi – im szybciej zastosuje się właściwe działania (na początku nastawienie kości, założenie gipsu lub jeśli trzeba – operacja), następnie odpowiedni czas utrzymania opatrunku gipsowego, potem prowadzenia rehabilitacji – tym noga będzie funkcjonować lepiej. W schizofrenii – im szybciej wdrożone leczenie, prowadzone odpowiednio długo, brak szkodliwych substancji (alkohol, narkotyki, dopalacze), tym powrót do zdrowia i funkcjonowania szybszy i pełniejszy. Dobrze jest więc wspierać swojego bliskiego, pomagać, stosownie przypominać, a nawet mądrze kontrolować, bo przecież choroba dotyczy w jakiś sposób całej rodziny. Wydaje się, że w rozmowie z Państwem bliskim o chorobie i konieczności leczenia warto powoływać się na przykłady bardziej obrazowe, przyrównując schizofrenię do innych chorób ciała, bo wtedy „odczarujemy” ją, czynimy z niej normalną chorobę, na którą ktoś zapadł i powinien się leczyć, a nie stygmatyzujemy, „naznaczamy” określeniem choroba psychiczna.

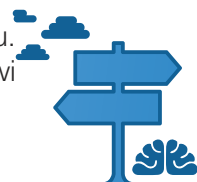
Farmakoterapia to leczenie przy pomocy leków. Podstawowymi są leki od psychozy, czyli neuroleptyki (leki przeciwpsychotyczne), ale w zależności od pojawiających się objawów są też stosowane inne leki (np. uspokajające, przeciwdepresyjne, nasenne).

Warto tłumaczyć pacjentowi, że leki przyjmuje po to, aby ta chora część mózgu odpowiedzialna za pojawienie się objawów, zaczęła dobrze funkcjonować.

Czasem, jeśli pacjent nie uważa, że jest chory psychicznie, więc nie potrzebuje przyjmować żadnych leków, warto zapytać, czy dobrze mu, gdy nie może spać, jest w niepokoju i pali duże ilości papierosów. Leki mogą temu zaradzić (nie mówimy tu o chorobie psychicznej, tylko o objawach, które powodują gorsze funkcjonowanie). Warto odnieść się do tych zaburzeń zachowania. Dobrze też w rozmowie z pacjentem mówić o swoich odczuciach dotyczących jego zachowania, np. „zauważyłem, że ostatnio więcej palisz, może masz większy niepokój, czymś się martwisz?”. Unikajmy zwrotów w rodzaju – „znów tyle palisz, to na pewno choroba wraca”, „mam wrażenie, że jesteś bardziej niespokojny, jakby trudniej było Ci się skupić.... Może warto to skontrolować u lekarza?”. Na odpowiedź pacjenta, że to nieprawda – można powiedzieć, że to nasze odczucia, że martwimy się o niego. Taki sposób prowadzenia rozmowy, daleki od oceny, nakazywania, oskarżania, daje szansę na dialog, porozumienie. Bo wszyscy są po tej samej stronie walki z chorobą.

Warto też wiedzieć i wykorzystać w rozmowie z chorym informację o tym, że aby leczenie było skuteczne, leki muszą być przyjmowane systematycznie, w takiej dawce, jaką określił lekarz.

Dlaczego? Otóż leki połykane, czy podawane w zastrzyku w organizmie wchłaniają się do krwi i z nią docierają do różnych części ciała, w tym do mózgu. Po jednej, czy dwóch dawkach leku, jego poziom we krwi nie jest jeszcze wystarczający, by były widoczne efekty. Mogą za to wystąpić objawy niepożądane, np. senność,



zawroty głowy, czy tzw. osłabienie. Dopiero po kilku dniach poziom jest stabilny we krwi, receptory, na które ma działać, zaczynają lepiej pracować, a objawy niepożądane ustępują. Jeśli chory tego nie wie – przestaje brać leki, np. z powodu złej tolerancji i czuje się coraz gorzej. Podobnie jest gdy pacjent jednego dnia bierze, a drugiego nie przyjmuje leków. Jedna tabletką nie leczy, a może powodować objawy niepożądane. Do skutecznego działania leku potrzebne jest więc systematyczne jego przyjmowanie, bez względu na to, czy to tabletki, czy zastrzyki. Podawanie leków w zastrzykach zmniejsza ryzyko zapomnienia o przyjęciu leku, utrzymuje stabilny poziom substancji leczniczej we krwi, przez co poprawia samopoczucie pacjenta i zmniejsza Państwa niepokój o stosowanie leczenia.

Poniżej znajdziecie Państwo opisy możliwości leczenia farmakologicznego w schizofrenii.

Neuroleptyki

(historia, neuroleptyki I i II generacji, działanie, nazwy, formy, dawki)

Neuroleptyki

Neuroleptyki, czyli inaczej leki przeciwpsychotyczne zostały wprowadzone do leczenia w latach 50. ubiegłego wieku. Niewątpliwie było to ogromne osiągnięcie w psychiatrii, które wielu chorym pozwoliło na powrót do normalnego funkcjonowania. Do tego czasu w leczeniu schizofrenii wykorzystywano środki uspokajające lub działające nasennie. Nie powodowało to jednak ustąpienia niejednokrotnie uciążliwych objawów wytwórczych / psychotycznych. Ponad 50-letnie doświadczenia lekarzy i ich pacjentów w przyjmowaniu tych leków pozwoliły na dobre poznanie mechanizmów ich działania i bezpiecznego dawkowania. Poznane zostały objawy uboczne powodowane przez te leki. Jednocześnie opracowano też postępowanie,

Leki I generacji

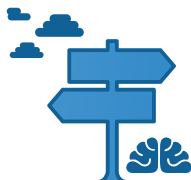
jak przeciwdziałać ewentualnym objawom ubocznym.

Leki przeciwpsychotyczne - neuroleptyki dzielą się na dwie grupy: I generację (wprowadzone jako pierwsze, starsze) i II generację (nowsze, wprowadzone do leczenia później).

Leki generacji I są świetnie znane zarówno lekarzom, jak i pacjentom. Ich główną zaletą jest – podobnie jak w przypadku leków II generacji – redukcja objawów pozytywnych/wytwórczych. Jak wszystko mają one swoje wady i skutki uboczne, które jednak nie zawsze występują i nie zawsze mają uciążliwy charakter. Wszystko zależy od wrażliwości pacjenta na dany lek.

Leki te mogą mieć postać tabletek, kropli, iniekcji np. o przedłużonym działaniu, czyli zastrzyków.

Ta ostatnia forma leków umożliwia powolne uwalnianie się do krwi substancji leczącej po iniekcji domięśniowej, co zapewnia jej stałe stężenie w organizmie. Wybierając ją, pacjent nie będzie musiał pamiętać o codziennym przyjmowaniu tabletek, kontroli, czy ich wystarczy, gdy wyjeżdża np. na wakacje. Iniekcje przyjmuje się nie częściej niż raz na dwa tygodnie, a w zależności od skuteczności, lekarz może zalecić przerwę trzy- lub nawet czterotygodniową. Jeszcze jedną przewagą iniekcji nad formą doustną jest dwukrotne zmniejszenie ryzyka nawrotu schizofrenii. Może się jednak zdarzyć, że pacjent będzie odczuwał objawy niepożądane po wykonanej iniekcji. Zwykle jest to senność lub spowolnienie, które trwa przez 1-2 dni i nie jest zbyt nasilone. Wobec pozytywów związanych z leczeniem prowadzonym przy pomocy iniekcji, niewątpliwie warto zastanowić się nad taką formą leczenia.



Leki II generacji

Leki II generacji zostały wprowadzone w latach 70. XX wieku. Na rynku dostępna jest ich spora grupa i nieprzerwanie trwają badania nad nowymi lekami jeszcze skuteczniejszymi i lepiej tolerowanymi.

Pierwszym lekiem z tej grupy była:

Klozapina

Następnie do leczenia wprowadzono:

Rysperydon

Olanzapinę

Kwetiapinę

Amisulpryd

Ziprazidon

Sertindol

Arypiprazol.

Niektóre z nich są w formie zastrzyków o przedłużonym działaniu, np. olanzapina, rysperydon.

Podobnie jak w przypadku leków I generacji mamy tu formy tabletkowe, w płynie i leki o przedłużonym działaniu (iniekcje). O stosowaniu tych ostatnich mówi Dziennik Ustaw z 2009 (NR35, poz. 206), co oznacza, że są one refundowane dla pacjentów chorych na schizofrenię, którzy nie współpracują w leczeniu, czyli np. omijają dawki leków, nie chodzą systematycznie do psychiatry, samodzielnie zmniejszają dawki lub nawet odstawiają leki. Czas, w którym ten brak współpracy występuje wynosi cztery tygodnie. Formy iniekcyjne nie są często stosowane przez pacjentów, choć widać, że i część lekarzy nie informuje pacjentów o takiej możliwości. Niewątpliwie jednak są one bardzo skutecznym rozwiązaniem, a w niektórych przypadkach, tam, gdzie współpraca jest bardzo trudna (np. pacjent nie widzi potrzeby leczenia), są nieodzowne. Zbierano

informacje na temat przyczyn małej popularności iniekcji o przedłużonym działaniu i okazało się, że pacjenci chcieliby być leczeni takimi formami, ale lekarze im ich nie proponowali. Niektórzy chorzy boją się i nie mają odwagi zapytać o ból przy iniekcji lub nie wiedzą, gdzie można wykonać zastrzyki. Czasem chorzy mają złe doświadczenia po zastrzykach starszej generacji i uważają, że nowoczesne też będą powodować objawy niepożądane, np. senność, a w rzeczywistości leki te są bardzo dobrze tolerowane. Nowoczesne leki są podawane nie w formie roztworów olejowych a wodnych zawiesin, dzięki czemu ból przy iniekcji jest minimalny. Lekarze rzadko proponują swoim pacjentom zastrzyki, bo obawiają się, że dla chorego może to być obciążeniem, lub myślą, że np. sami się boją i dlatego nie polecają innym. Warto z bliskim porozmawiać o wykorzystaniu takiej formy leczenia.

Zaletą stosowania zastrzyków jest fakt, że iniekcje odbywają się cyklicznie co czternaście lub więcej dni. Stężenie leku w organizmie jest stałe, skutki uboczne są mniejsze, a poprawa, zwłaszcza funkcji poznawczych (pamięci, możliwości skupienia się, umiejętności planowania), znacznie większa niż w przypadku przyjmowania leków doustnych.



Inne leki stosowane w leczeniu schizofrenii

(przeciwdepresyjne, uspokajające,
nasenne, stabilizujące nastrój)

W trakcie choroby, szczególnie w okresach jej zaostrzenia, może dojść do objawów związanych z niepokojem – pobudzenia, bezsenności, obniżenia nastroju (objawy depresyjne).

Wówczas niezbędne może okazać się sięgnięcie po leki, które będą redukować te objawy.

W przypadku lęku i dużego niepokoju często wykorzystywane są benzodiazepiny. Zazwyczaj stosowane są one na początku leczenia zanim leki przeciwpsychotyczne zaczną działać. Benzodiazepiny redukują napięcie, lęk i przynoszą ulgę w niepokoju, często też mają działanie nasenne. Ich stosownie nie powinno być zbyt długie i po opanowaniu powyższych objawów należy je odstawić, by uniknąć uzależnienia.

W przypadku dużych wahań nastroju stosowane są leki stabilizujące nastrój – normotymiczne:

kwas walproinowy,
karbamazepina,
lamotrygina.

W schizofrenii mogą występować nie tylko objawy wytwórcze lub negatywne, ale także obniżony nastrój, brak radości, niechęć do uczestniczenia w aktywnościach, poczucie braku energii życiowej. Są to objawy depresyjne, które są podobne do objawów negatywnych schizofrenii. Jeśli takie się pojawiają, warto powiedzieć o tym lekarzowi, aby dobrze je zdiagnozował i zastosował odpowiednie leczenie.

W przypadku depresji lekarz może zaproponować pacjentowi leki przeciwdepresyjne I lub II generacji.

Zabiegi EW (elektrowstrząsy, zabiegi elektryczne)

– fakty i mity

Zabiegi elektryczne są najważniejszą metodą biologiczną (nie farmakoterapia i psychoterapia) leczenia chorób psychicznych. Nie do końca możemy wyjaśnić mechanizm ich działania, i to mimo wielu badań, które poświęcono temu zagadnieniu, jednak skuteczność tej metody jest niepodważalna. Zabiegi EW mają wpływ na uwalnianie wszystkich neuroprzekaźników oraz na ilość i wrażliwość wszystkich rodzajów receptorów. Działają na układ hormonalny związany z osią podwzgórze–przysadka–nadnercza (tzw. oś stresu).

EW poprawiają też regionalny mózgowy przepływ krwi oraz mózgową wykorzystanie (użytkowanie) glukozy. Zabiegi EW działają niespecyficznie (czyli na wszystkie neuroprzekaźniki), powoduje to z jednej strony wysoką efektywność tej metody, z drugiej – możliwość pojawienia się objawów niepożądanych.

Wskazaniami do stosowania EW w schizofrenii są: postać katatoniczna choroby, lekooporność, objawy niepożądane po farmakoterapii o nasileniu większym, niż można się spodziewać po zastosowaniu EW.

Do przeprowadzenia serii zabiegów EW niezbędne jest uzyskanie świadomej zgody chorego oraz kwalifikacja, która oprócz odpowiednich badań laboratoryjnych i tomografii komputerowej głowy obejmuje konsultację internistyczną, neurologiczną i anestezyjologiczną. Zabiegi wykonuje się w dostosowanym do tego gabinecie w obecności anestezyjologa, psychiatry i pielęgniarki. Podczas zabiegu pacjent jest w znieczuleniu ogólnym, ma podane leki zwiotczające, jest natleniany, ma podłączone monitorowanie EEG oraz pulsoksymetr (ocenia stopień natlenowania krwi). W celu uzyskania efektu terapeutycznego stosuje się 6–12 zabiegów.



Na każdy zabieg EW pobiera się od chorego pisemną świadomą zgodę. W przypadku stanu chorego uniemożliwiającego uzyskanie świadomej zgody, może ją wydać Sąd Rodzinny i dla Nieletnich, do którego lekarz zwraca się z prośbą o jej wydanie. Zabiegi EW są bezpieczną metodą, świadczy o tym fakt, że można ją stosować u kobiet w ciąży.

2 Dialog chorego z lekarzem pozwala zrozumieć, współdecydować i zaakceptować leczenie

Powodzenie w leczeniu każdej choroby jest wypadkową wielu elementów, jednak jednym z najważniejszych jest współpraca pacjenta, lekarza i ważnych osób dla osoby leczonej. Im większa świadomość, tym łatwiej o dialog i sukces w postaci poprawy samopoczucia, lepszego funkcjonowania i komfortu życia.

Dlatego tak ważny jest **dialog pacjenta z lekarzem i szczerść** – zarówno dotycząca zgłaszanych objawów, jak i dolegliwości związanych ze skutkami ubocznymi zażywanych leków.

Im więcej pacjent wie o swojej chorobie i jej leczeniu, tym więcej może zadać pytań, na które jeszcze nie zna odpowiedzi. Pytania mogą dotyczyć objawów, leków jak i tego, czego może się spodziewać, gdy zdecyduje się na branie tego, a nie innego leku. Zapewne umożliwi mu to orientację, co jest skutkiem ubocznym brania leków, a co jest objawem choroby. Dzięki temu w pewnym sensie sam zredukuje niepotrzebny lek i napięcia.

W dialogu pomiędzy lekarzem a pacjentem jest także miejsce na jego bliskich. Bywa, że to właśnie osoby przebywające z chorym zauważą jako pierwsze zmiany jego samopoczucia, objawy niepożądane i chęć lub fakt przerwania leczenia. Nie należy uważać, że spotkanie

z lekarzem to działanie przeciw choremu. Wprost przeciwnie – lekarz i osoby wspierające pacjenta powinny współdziałać dla jego dobra. Często chory nie ma wglądu w chorobę, nie jest krytyczny do swojego stanu, nie uważa więc, że jest chory i że potrzebuje leczenia. To powoduje odstawianie leków i stopniowe pogarszanie się stanu zdrowia. Lekarz, który na wizycie ma często za mało czasu dla pacjenta, nie jest w stanie dostrzec wszystkich objawów, które mogą świadczyć o złym funkcjonowaniu w domu, a chory nie zawsze przyzna się do gorszej współpracy w leczeniu. Powinnością bliskich jest przekazanie psychiatrze opiekującemu się pacjentem takich ważnych informacji.

Leki a skutki uboczne oraz działania niepożądane

Objawy uboczne po leczeniu neuroleptykami I generacji

(zespoły pozapiramidowe i inne, jak: nadmierna senność w ciągu dnia, zawroty głowy lub nawet zasłabnięcia z powodu spadków ciśnienia krwi, zaparcia, suchość w ustach); metody radzenia sobie z nimi,

Objawy uboczne po leczeniu lekami przeciwpsychotycznymi

II generacji (senność, przyrost masy ciała, zaburzenia miesiączkowania, dysfunkcje seksualne, zaburzenia metabolizmu glukozy); metody radzenia sobie z nimi.

Objawy pozapiramidowe

W przypadku objawów pozapiramidowych można na początku zmniejszyć dawkę stosowanego leku. Często takie postępowanie daje pozytywne efekty. Kolejna możliwość to włączenie tzw. leków korygujących – pridinol (Pridinol) lub biperiden (Akineton). Zwykle jest to działanie okresowe (na pewien czas), a następnie ich odstawienie.



Zdarza się, że nasilenie objawów pozapiramidowych (m.in. drżenie rąk, szuranie nogami, pochylona postawa ciała, akatyzja, dystonie) jest duże, a podjęte wcześniej działania są na tyle nieskuteczne, że zachodzi potrzeba zmiany leków.

Senność

Z sennością w ciągu dnia można sobie radzić, rozkładając dawkowanie leków na dwa razy w ciągu dnia – mniejszą dawkę rano, większą wieczorem. Można próbować napić się kawy, jeśli senność jest również związana z mniejszym ciśnieniem tętniczym. Niskiemu ciśnieniu można zaradzić, pijąc większą ilość płynów w ciągu dnia lub przyjmując leki podwyższające ciśnienie.

Zawroty głowy

Zawroty głowy wiążą się najczęściej z lekami, które powodują ortostatyczne spadki ciśnienia. Można sobie z tym poradzić pijąc więcej płynów (dotyczy to szczególnie osób starszych), zmieniając pozycję ciała, co należy robić powoli; podczas wstawania – najpierw należy usiąść na chwilę na łóżku, a potem dopiero wstać.

Zasłabnięcia

Podobnie zasłabnięcia – wymagają najpierw uzupełnienia płynów (minimum 1,5 litra, w przypadku wypijania dwóch lub więcej kaw, płynów powinno być więcej).

Zaparcia

Zaparcia są nieprzyjemnym objawem niepożądanym. Mogą wiązać się z lekami, ale również z dietą, czy mniejszą aktywnością fizyczną (np. w czasie pobytu w szpitalu). Należy więc starać się, aby wypróżnienia były regularne. Pomocą mogą być jogurty, preparaty ziołowe usprawniające przemianę materii, dostarczanie odpowiedniej ilości błonnika do posiłków (np. dokładanie ich do zup, jogurtów, wymaga to picia większej ilości płynów). Można stosować preparaty farmakologiczne – czopki glicerynowe, laktulozę, czy leki przeczyszczające.

Suchość w ustach

Sposobem radzenia sobie z suchością w ustach może być popijanie płynów małymi łykami (herbata czarna też powoduje wysuszenie śluzówek jamy ustnej), używanie cukierków do ssania np. landrynek (uwaga na przyrost masy ciała), żucie gumy.

Przyrost masy ciała

Przyrost masy ciała – jest częstym objawem niepożądanym w farmakoterapii. Może być spowodowany różnymi czynnikami, np. tym, że w zaostrzeniu choroby pacjent spożywa mniej posiłków, więcej pali, jest w niepokoju, a zdrowiejąc, czuje się lepiej i to powoduje, iż wraca apetyt. Inną przyczyną jest niewystarczająca aktywność fizyczna w stosunku do ilości przyjmowanych w pożywieniu kalorii. Może być też tak, że chorzy czując nudę, nie mogąc skupić się na czytaniu, czy oglądaniu telewizji (pogorszenie funkcji poznawczych) „podjadają” między głównymi posiłkami lub jedzą nieregularnie, albo niezdrowo. Obserwacja, najlepiej zapisanie tych spostrzeżeń i omówienie ich z kimś bliskim – może pomóc w zmianie, czyli przyczynić się do polepszenia jakości posiłków, jedzenia



mniej szej ilości słodczy, czy zażywania więcej ruchu, np. szybkich spacerów, jazdy na rowerze. Niekoniecznie musi to być od razu siłownia, czy basen. Lepiej, jak będą to metody dostępne, ale systematycznie wykonywane. Do leków, które najczęściej powodują zwiększony apetyt i związany z tym przyrost masy ciała należy kłozapina, olanzapina, sulpiryd, amisulpryd, kwetiapina. Ważne jest, aby podczas terapii tymi lekami kontrolować masę ciała, obwód pasa oraz glikemię i lipidy.

Zaburzenia miesiączkowania Zaburzenia funkcji seksualnych

Zaburzenia miesiączkowania, czy zaburzenia funkcji seksualnych powodowane mogą być podwyższeniem poziomu prolaktyny, hormonu wydzielanego przez przysadkę mózgową. Są leki, które mają większy potencjał do wywoływania tego niepożądanego objawu, np. sulpiryd, amisulpryd, rysperydon. Jednakże nie wszyscy pacjenci przyjmujący te leki będą doświadczać tych objawów. Jest to bardzo indywidualne. Jeśli zaburzenia funkcji seksualnych lub miesiączkowania wystąpią – zawsze trzeba powiadomić o tym lekarza psychiatrę. W zależności od stanu psychicznego, przebiegu choroby – możliwa jest zmiana leku na inny, który nie zwiększa poziomu prolaktyny. W przypadku kobiet, należy się zwrócić o pomoc do ginekologa.

Zaburzenia metabolizmu glukozy

Zaburzenia metabolizmu glukozy często związane są z przyrostem masy ciała. Przy zleceniu leków należy zebrać dokładny wywiad dotyczący chorób metabolicznych w rodzinie i regularnie kontrolować masę ciała oraz poziom glikemii.

Leki a alkohol i substancje psychoaktywne

Neuroleptyki działają w obrębie mózgu, alkohol również, więc połączenie leków i alkoholu jest niewskazane. Podobnie jak nie powinno się pić w przypadku brania antybiotyków lub w przypadku osób nietolerujących glukozy, które nie mogą jeść słodczy. Zdarza się, że pacjenci robią przerwę w przyjmowaniu leków, żeby w weekend napić się alkoholu. Takie przerwy niosą za sobą duże ryzyko nawrotu objawów choroby. Istnieje również obserwacja naukowa dotycząca pacjentów z podwójną diagnozą (schizofrenia i nadużywanie alkoholu) w której okazało się, że regularne przyjmowanie leku w iniekcji, niezależnie od nadużywania alkoholu, chroni pacjentów przed pogorszeniem.

Leki a jazda samochodem

Psychoza sama w sobie powoduje zaburzenia myślenia, koncentracji i innych funkcji poznawczych. Prowadzenie pojazdów jest wtedy niebezpieczne. W miarę prowadzenia systematycznego leczenia przeciwpsychotycznego poprawia się stan funkcji poznawczych i prowadzenie auta staje się bezpieczniejsze. Jednakże leki mogą również ograniczać szybkość reagowania na zmieniającą się sytuację na drodze. Zalecenia producentów leków ograniczają lub nawet zabraniają obsługi maszyn i pojazdów mechanicznych. Przy dobrym samopoczuciu i systematycznym leczeniu farmakologicznym, po konsultacji z lekarzem prowadzącym, można podjąć próbę prowadzenia samochodu. Dobrze byłoby, gdyby jazda odbywała się pod czyjąś opieką, żeby w razie nieprzewidzianych sytuacji ktoś mógł pomóc. Należy zaczynać od krótkich tras, w znanych miejscach o niewielkim nasileniu ruchu.



Leki a funkcje seksualne

Sfera intymna to ważna część życia, a jej jakość ma również duże znaczenia w naszych relacjach z partnerem/partnerką. Leki mogą wpływać na libido, mogą je zmniejszać, czy ograniczać satysfakcję seksualną.

W przypadku zgłaszania wątpliwości przez chorego, zawsze może on porozmawiać ze swoim lekarzem.

Leczenie i jego długość

Badania wskazują, iż po pierwszym epizodzie psychiatrycznym leki powinno się przyjmować przez co najmniej rok, a najlepiej dwa lata (jeżeli stan kliniczny pacjenta jest dobry, wpiera go otoczenie i nie występują ponadprzeciętne sytuacje stresowe). Po kolejnym epizodzie – pięć lat. Większość pacjentów wymaga leczenia do końca życia. Schizofrenia jest chorobą przewlekłą, ale w jej przebiegu są okresy dobrego, a nawet bardzo dobrego samopoczucia. Podobnie jak w cukrzycy, nadciśnieniu, czy chorobach tarczycy, leki należy przyjmować systematycznie i do końca życia.

Jedna tabletką nie leczy, może powodować skutki uboczne, ale systematyczne branie leków zwiększa szanse na dobre funkcjonowanie. Dlatego warto rozważyć leki w formie iniekcji długodziałających, które upraszczają leczenie, a utrzymując względnie stałe stężenie leku we krwi, poprawiają tolerancję.

3 Zaangażowanie pacjenta w leczenie jest nieodzowne w „powrocie do siebie”

Leczenie w schizofrenii wiąże się nie tylko z braniem leków. Korzystanie z innych form oddziaływań jest pomocne w zrozumieniu choroby, ale także sprawia, że choroba nie określa życia. Uczestnictwo pacjenta w różnych formach oddziaływań terapeutycznych może posłużyć także jego rozwojowi osobistemu, lepszemu rozumieniu siebie, ale także innych. Dla wielu młodych ludzi, którzy doświadczają choroby psychicznej, czas po I epizodzie to okres izolacji od rówieśników, próby, czasem nieskutecznej, powrotu do szkoły, czy pracy, kontynuacji „normalnego” życia. Bywa jednak, że bez profesjonalnej pomocy to się nie udaje, a czas biegnie... Wcześniej podjęte kroki w kierunku integracji, zobaczenia, że są też inni, którzy chorują i dają radę z chorobą żyć, sprzyjają podejmować właściwe decyzje i działać w kierunku zdrowienia. Bliscy pacjenta powinni wiedzieć, jakie są inne formy leczenia oprócz farmakoterapii, po to, aby doradzić, zachęcić, pomóc w znalezieniu odpowiedniej propozycji. Warto podjąć ten wysiłek, bo w przebiegu choroby mogą ujawniać się objawy negatywne, które same w sobie powodują ograniczenie kontaktów z innymi ludźmi, trudności w samodzielnym podejmowaniu decyzji, brak motywacji do działania.

Poniżej znajdziecie Państwo propozycje innych form leczenia, które można zaproponować bliskiej osobie.

Psychoterapia

Psychoterapia to oddziaływania, które powinny spowodować zmianę wzorców zachowania, przeżywania emocji i sytuacji. Jej celem jest lepsze zrozumienie siebie i relacji, w jakich się żyje, pomoc w cierpieniu związanym z przeżywaniem tych relacji, a także wynikająca z tego poprawa jakości życia.



Są różne formy psychoterapii:

- **indywidualna** – praca tylko z terapeutą,
- **grupowa** – jeden lub dwóch terapeutów i grupa 8–12 osób biorących w niej udział jednocześnie,
- **rodzinna** – praca terapeuty z całą rodziną,
- **małżeńska** – spotkania terapeutyczne pary małżeńskiej.

Psychoterapia chorych na schizofrenię skupia się na wsparciu, wzmocnieniu więzi z innymi ludźmi, zapobieganiu nawrotom psychozy i izolacji od społeczeństwa. Podkreśla mocne strony pacjenta, pomaga powrócić do pełnienia ról społecznych, aktywizuje (np. powrót do nauki, zatrudnienia). Cele te realizuje się w terapii podtrzymującej w okresie remisji objawowej. W pierwszym epizodzie psychozy, psychoterapia ma pomóc w zrozumieniu choroby i jej konsekwencji, pomaga powrócić do rzeczywistego świata. Edukuje o chorobie, dostarcza wsparcia i pozytywnych doświadczeń. Praca terapeutyczna dostosowywana jest indywidualnie do pacjenta w zależności od jego potrzeb, mocnych stron, trudności w funkcjonowaniu, czy problemów, jakie zgłasza. Może być prowadzona zarówno w formie indywidualnej, jak i grupowej.

Psychoedukacja

Psychoedukacja jest formą oddziaływania łączącą w sobie elementy poradnictwa i terapii. Według Goldsteina to programy interwencji dla pacjentów i ich rodzin, oparte zarówno na materiałach dydaktycznych, jak i na doświadczeniu tych rodzin. Dochodzi w nich do naturalnej wymiany informacji pomiędzy wszystkimi uczestnikami procesu na tematy związane z osobą chorą i jej systemem rodzinnym, w celu poprawy funkcjonowania chorych i ich rodzin. Można powiedzieć, że jest formą dialogu, który porusza tematy rozwiązywania

pojawiających się problemów, radzenia sobie ze stresem, poprawy komunikacji w rodzinie pacjenta i z lekarzem. Powinna dotyczyć także emocjonalnych aspektów schizofrenii, związków międzyludzkich, ról społecznych, planów na przyszłość.

Psychoedukacja powinna poruszać takie zagadnienia jak: leczenie choroby, przeciwdziałanie nawrotom, stres, metody radzenia sobie z nim, powrót do zdrowia, remisja, ogólne informacje medyczne.

Arteterapia

Arteterapia opiera się na założeniu, że proces twórczy służący autoekspresji pomaga ludziom rozwiązywać problemy i konflikty, rozwijać umiejętności interpersonalne, kierować własnym zachowaniem, redukować stres, podnosić samoocenę i samoświadomość oraz osiągać wgląd w siebie. Arteterapia w takim rozumieniu integruje różne pola ludzkiego rozwoju; łączy sztuki wizualne (rysunek, malarstwo, rzeźba i inne formy wizualne).

Samoobserwacja

To prowadzenie dzienników, w których pacjent może odnotowywać wydarzenia z całego dnia, jak również uwzględniać swoje aktywności, nastroje, ilość godzin snu, wypalanych papierosów i inne spostrzeżenia. W ten sposób sam monitoruje swój stan i może to wszystko omówić z terapeutą lub lekarzem.



W prowadzeniu dzienniczka pomoc może również bliska osoba mieszkająca z chorym. Może np. wskazywać na najwcześniej pojawiające się objawy nawrotu choroby (tzw. objawy zwiastunowe), przypominać o przyjmowaniu i zapisywaniu dawek leków, regularnym wysiłku fizycznym.

4 W swojej chorobie pacjent nie musi być sam

Dla każdej osoby, którą dotyka przewlekła lub powodująca kalectwo choroba, życie z nią na początku wydaje się wprost niemożliwe. Zmienia się wiele, czasem nawet wszystko. W chorobie psychicznej zmiany dotyczą nie tylko własnego postrzegania, ale także poczucia inności, stygmatyzacji w społeczeństwie. Dlatego też warto pomagać bliskiemu i pokazać, że nie jest sam z problemem choroby, że inni, często jego rówieśnicy chorują dłużej, mają podobne kłopoty i radzą sobie z nimi. Czasem trzeba zainicjować taki wybór, zachęcić do niego, wytłumaczyć, na czym polega taka a nie inna forma, a potem podtrzymywać ten wybór. Nie zawsze wcześniejsze doświadczenia, np. z uczestnictwa w grupach samopomocowych, które chory może postrzegać jako niezbyt miłe, muszą się powtórzyć. Jeśli nawet nie zmieniają się prowadzący, to przecież w zajęciach uczestniczą inni ludzie, którzy mogą pomóc w tzw. rehabilitacji społecznej, samodzielnym funkcjonowaniu, odzyskaniu wiary we własne kompetencje.

Leczenie szpitalne

Szpital to miejsce, w którym pacjent otrzyma pomoc w sytuacji, gdy niemożliwe jest skorzystanie z leczenia ambulatoryjnego, bądź gdy jego zachowanie, wynikające z choroby może zagrażać własnemu zdrowiu lub zdrowiu i życiu innych osób. Szpital to nie tylko oddziały całodobowe, to również oddziały dzienne, które mogą pomóc w powrocie do domu i własnego środowiska. Dzięki zajęciom i grupom terapeutycznym zwiększa się szansa na poprawę funkcji poznawczych i ogólnej sprawności. Leczenie szpitalne nie wymaga skierowania na nie. Pacjent sam lub w towarzystwie rodziny może zgłosić się na Izbę Przyjęć każdego szpitala psychiatrycznego. Tam specjalista psychiatra oceni jego stan zdrowia, zagrożenia i potrzebę pozostania w szpitalu, nawet wbrew woli chorego. Aspekty prawne leczenia znajdziecie Państwo w kolejnych częściach programu psychoedukacyjnego „Drogowskazy”.

Grupy samopomocowe

Kluby Pacjenta – miejsca spotkań, gdzie organizowane są różnego rodzaju zajęcia, np. herbatki, ogniska, pogadanki, spotkania ze znanymi osobami, wspólne obchodzenie świąt, urodzin, czy imienin uczestników, zajęcia sportowe, muzyczne, komputerowe. Udział jest dobrowolny. W Klubie można sobie choćby posiedzieć, jeśli nie chce się uczestniczyć w jakiegoś typu zajęciach. Udział w Klubie pozwala poznać innych ludzi, nie czuć się osamotnionym w chorobie, zobaczyć i doświadczyć, jak z chorobą radzą sobie inni.



Grupy wsparcia

Ich celem jest możliwość wymiany informacji na temat choroby, radzenia sobie z objawami, realizowania się przez osoby chore psychicznie i ich bliskich. Takie forum pozwala także znaleźć wspólnie odpowiedzi na wiele pytań dręczących samych pacjentów, czy ich rodziny, przygotować się na trudne sytuacje związane z chorobą (edukacja, praca, własna rodzina, renta, inne formy wsparcia, używanie substancji psychoaktywnych, systematyczne leczenie). Te działania są pomocne i cenne, gdyż opierają się na osobistych doświadczeniach.

Grupy wsparcia są często oddzielnie organizowane dla pacjentów, a oddzielnie dla ich bliskich.

Warsztaty terapii zajęciowej

To ośrodki, które prowadzą rehabilitację zawodową i społeczną dla podopiecznych poprzez terapię zajęciową, ale też zajęcia ruchowe ogólnousprawniające, komunikację społeczną i terapię psychologiczną. Celem uczestnictwa jest ogólne usprawnianie, rozwijanie umiejętności wykonywania codziennych czynności (planowanie, komunikowanie się, dokonywanie wyborów, poprawa kondycji fizycznej i psychicznej), przygotowanie do życia w środowisku społecznym, rozwój umiejętności zawodowych.

Chętni na zajęciach WTZ muszą posiadać orzeczenie o niepełnosprawności oraz kwalifikację do uczestnictwa (wydają je powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności).

Turnusy rehabilitacyjne

Wiążą się z wyjazdami poza miejsce zamieszkania, gdzie można poznać nowe osoby, zmienić otoczenie, uczestniczyć w zajęciach rehabilitacyjnych, edukacyjnych a także przyjemnie spędzić czas.

Dziękujemy za zapoznanie się z niniejszymi informacjami. Mamy nadzieję, że będą one pomocne w towarzyszeniu Państwa bliskiemu w chorobie.

Więcej informacji potrzebnych w lepszym poznaniu choroby znajdziecie Państwo w innych częściach programu psychoedukacyjnego „Drogowskazy”.

Zespół Redakcyjny



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