

DROGOWSKAZY

Program psychoedukacji
pacjentów i opiekunów
osób chorych na schizofrenię

PSYCHOZA



Tomasz Tafliński
– Moduł dla rodziny



PSYCHOZA

- 03** 1. Czym jest schizofrenia?
- 04** 2. Objawy choroby?
 - Jak rozpoznaje się psychozę, czy schizofrenię?
 - Kryteria diagnostyczne schizofrenii (F20) według ICD-10
- 12** 3. Przebieg choroby
- 13** 4. Rokowanie
- 14** 5. Mechanizmy rozwoju choroby
- 17** 6. Nawrót – jak rozpoznać?
- 19** 7. Co robić w przypadku nawrotu?
- 19** 8. Podsumowanie



Jeśli czytacie Państwo ten poradnik, możliwe, że ktoś z Państwa bliskich usłyszał rozpoznanie „schizofrenia, zespół paranoidalny”. To może być szok, niedowierzanie, brak zgody na tą sytuację. Jednakże nie da się od tego uciec, choć dopiero dłuższa obserwacja może w pełni potwierdzić diagnozę. Najważniejsze jest, abyście Państwo nie zostali z tym problemem sami. Warto, jeśli rozmowa z lekarzem to za mało, udać się do psychologa, a na pewno warto poszukać rzetelnych informacji na temat choroby, która bywa niezbyt dobrze postrzegana w społeczeństwie. Podobnie, jeśli Państwa bliski choruje już jakiś czas i doświadczyliście różnych sytuacji związanych z chorobą, warto mieć większą wiedzę, aby sobie z takimi sytuacjami lepiej radzić.

Celem niniejszego poradnika jest przedstawienie podstawowych informacji na temat schizofrenii, jako choroby przewlekłej, lecz możliwej do kontrolowania. Założeniem jest dążenie do jak największej samodzielności Państwa bliskiego, niezależnie od nasilenia objawów choroby. Uważamy, że życie ze schizofrenią powinno być życiem w dążeniu do samorealizacji. Wolność od choroby oznacza w tym kontekście planowanie i realizację postępowania obok choroby i jej przejawów. Równie ważnym zadaniem jest uwolnienie się od stylu życia narzucanego przez chorobę i nauka zdrowych nawyków. Wierzymy, że w tej drodze będziecie Państwo towarzyszyć swemu bliskiemu, a ten poradnik i inne jego części, może służyć Państwu pomocą.



1 Czym jest schizofrenia?

Schizofrenia jest najczęstszą z psychoz, choć nie jedynym zaburzeniem, które w ten sposób określamy. Osoba z zaburzeniami psychotycznymi często całkowicie odmiennie odbiera świat zewnętrzny, własne emocje. Spostrzega zachowanie innych, jako wrogie i nieprzyjemne, nie jest w stanie logicznie myśleć i podejmować racjonalnych decyzji. Można powiedzieć, że schizofrenia to choroba - indywidualista. W każdym przypadku pojawienie się objawów choroby może być zróżnicowane i trudno znaleźć dwóch chorych, u których objawy są takie same. Równocześnie sama natura choroby i jej objawy są do siebie zbliżone i można je opisać w języku naukowym stosowanym w psychiatrii. Język ten jest często trudny do zrozumienia dla laików, gdyż w opisie choroby dążymy do uogólnień, by definicje zjawisk chorobowych pasowały do osób wywodzących się z różnych kręgów kulturowych, kobiet i mężczyzn, czy starszych i młodszych wiekiem.

Schizofrenia jest chorobą, w której nie pracują prawidłowo pewne struktury mózgu odpowiedzialne za postrzeganie, wyrażanie emocji, koncentrację, myślenie. Dlatego też powstają objawy, które mają wpływ na zachowanie chorego. Jest chorobą pod wieloma względami podobną do innych chorób dotyczących człowieka.

Brak wiedzy w społeczeństwie, przekazy w mediach, filmach, powodują, że postrzega się ją jako coś niesamowitego, strasznego, a chorych, jako nieobliczalnych. W przypadku schizofrenii, podobnie jak w np. cukrzycy, istotna jest podatność genetyczna na zachorowanie i czynniki, które powodują, że ujawniają się objawy. Do leczenia potrzebne są leki, a zamiast specjalistycznej diety – różne treningi – np. umiejętności społecznych, czy funkcji poznawczych.

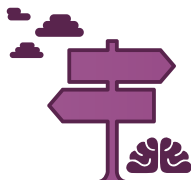
2 Objawy choroby

Objawy schizofrenii wynikają z błędów w przetwarzaniu informacji w mózgu. Przyczyną są zakłócenia równowagi neurochemicznej w tych obszarach, które odpowiadają za odbieranie i analizowanie informacji docierających z narządów zmysłów – wzroku, słuchu, dotyku, zapachu, smaku, odczuwania bólu w ciele. Najtrudniejsze do zrozumienia jest to, że jeżeli nasz mózg popełnia błędy, to nam samym jest wyjątkowo trudno je zaobserwować i skorygować.

Dlatego tak ważnym elementem diagnozy w psychiatrii jest badanie procesu podejmowania decyzji i myślenia przez psychologa. Każdy z nas popełnia błędy i w trakcie oceny psychologicznej nie wypada idealnie perfekcyjnie. Błędy popełniane w schizofrenii są jednak na tyle charakterystyczne, że trudno je pomylić z błędami wynikającymi ze zwykłej nieuwagi, czy przeoczenia.

Co dzieje się z zachowaniem chorego, gdy mózg zaczyna popełniać więcej błędów, niż przed chorobą? Mówimy wtedy o **zaburzeniach myślenia**:

- Chory podejmuje decyzje na podstawie zbyt skąpych informacji i trwa w błędzie. Ma trudności w podejmowaniu decyzji, bo wszystkie wydają się równie złe lub równie dobre. Stan ten nazywamy **ambiwalecją**. Natrętne poczucie, że czegoś nie zrobiło się wystarczająco dobrze lub do końca. To może prowadzić do trudności w codziennym funkcjonowaniu – np. „iść na spacer, czy jednak zostać w domu”.



- **Problemy z pamięcią** – w chorobie często zdarza się, że chory gorzej się koncentruje, trudniej zapamiętuje różne fakty, tym bardziej, im więcej jest lęku, niepokoju. Poza tym pamięć często ulega zniekształceniu - negatywne wydarzenia pamiętamy lepiej niż pozytywne. Szczególnie często zdarza się to u pacjentów, którzy przeżywają stany depresyjne. Wreszcie, pamięć może zostać zupełnie zmieniona – chory może mieć poczucie, że pamięta zdarzenia, które nigdy nie miały miejsca. Charakterystyczne jest też to, że w chorobie większym zaufaniem obdarza się wspomnienia fałszywe, niż wierzy rzeczywistości.
- Niemożność lub niechęć w korygowaniu błędów, jakie powstają po podjęciu pochopnej decyzji – chory trwa uparcie przy swoim zdaniu i złości się coraz bardziej na ludzi, którzy myślą inaczej. Tak mogą powstawać i utrwalać się **urojenia**. Może to także powodować kłopoty – kłótnie, nawet agresję, gdy Państwo próbujecie tłumaczyć, czy przeciwstawić się urojeniowym sądom chorego.
- Chory bierze pod uwagę mało prawdopodobną wersję zdarzeń, ale pasującą do zmienionego spojrzenia na świat. To może wzmacniać **lęk przed ludźmi** i nasilać **postrzeganie urojeniowe**.
- Skłonność do przeskakiwania od skromnych przesłanek do daleko idących wniosków. I znów, wnioski te mają charakter ostateczny i bardzo trudno jest je zmienić. W psychozie często wnioski te wiążą się z poczuciem bycia prześladowanym. Tak powstają **urojenia prześladowcze**. Przy takim poczuciu – chory może być nieufny lub nawet w zachowaniu agresywny w stosunku do ludzi, których uważa za prześladowców. Może nie chcieć wychodzić z domu z obawy przed nimi lub np. nie chcieć spożywać posiłków, uważając, że jest truty.

- Myślenie w psychozie ulega znaczącemu zaburzeniu – nawet do poziomu, w którym tok myślenia nagle zatrzymuje się. Na tym tle niektórzy pacjenci zaczynają mieć poczucie, że ktoś lub coś **odciąga** (zabiera) im myśli z głowy. Może też zdarzyć się sytuacja odwrotna, gdy chory ma poczucie natłoku myśli, które odbiera, jako pochodzące z zewnątrz, **nasłane** przez obce siły. Wtedy chory może np. nie wychodzić z domu, unikać innych ludzi.
- Nie zawsze jednak w psychozie występuje uczucie lęku i poczucie prześladowania. Wręcz przeciwnie, osoba chora może czuć się szczególnie wybrana i predestynowana, bo poznała prawdę – być może od Boga lub istoty wyższej. Tworzą się wówczas **urojenia wielkościowe lub religijne**, niekiedy z towarzyszącymi omamami słuchowymi. Bywa, że chory opowiada wtedy o bliskim, nadnaturalnym kontakcie z Bogiem, jest nadmiernie religijny, chce innych nawracać lub realizować jakąś misję.
- **Postawa wielkościowa** i nieodpowiadający rzeczywistości nastrój – pełen euforii i poczucia mocy – może sprawić, że chory traci potrzebę snu, jest nienaturalnie aktywny i próbuje wdrażać w życie posiadane przez siebie idee i przekonania. Jeżeli pobudzenie jest bardzo silne i towarzyszą mu inne objawy schizofrenii, możemy mówić o **zaburzeniu schizoafektywnym**. Obok objawów maniakalnych, istnieją też objawy depresyjne tego zaburzenia, zupełnie jak w **chorobie afektywnej dwubiegunowej**, która jednak jest czymś innym niż schizofrenia. Zdarzyć się jednak może, że obie te choroby bardzo siebie przypominają.
- W życiu osoby chorej pojawia się wyraźna **tendencja do unikania** wielu aktywności i relacji, co wiąże się z nasileniem urojeniowego postrzegania świata. Unikanie rozmowy z bliskimi może wiązać się z przekonaniem, że nikt nie jest



gotowy na przyjęcie posiadanej przez chorego prawdy. Ma poczucie, że nie ma tu miejsca na dyskusję, ponieważ z prawdą się nie dyskutuje. Jeżeli jednak ktoś uparcie próbuje z pacjentem rozmawiać, ten zaczyna postrzegać go jako wroga, którego zadaniem jest zmuszenie do porzucenia prawdy. Przyjaciółmi są tylko ci, którzy słuchają wywodów chorego i bezwzględnie się z nim zgadzają.

- **Trudności w rozpoznawaniu i ocenie emocji na podstawie obserwacji wyrazu twarzy osób z otoczenia.** Wiąże się z tym niemożność określenia motywów działania osób z otoczenia na podstawie ich zachowania, czy postawy. W miejsce rzeczywistego motywu, pojawia się motyw związany z lękiem, czy poczuciem bycia prześladowanym. Niekiedy nawet pozytywny wyraz twarzy innych osób postrzega się jako wrogi. Prowadzi to do **izolacji od otoczenia i osamotnienia**, wzmacnia też stany przygnębienia, smutku i lęku. Dość często stan uporczywego smutku występuje już po usunięciu urojeń i halucynacji. Pojawić się może wówczas **depresja popsychotyczna**, w której dojmującym uczuciem może być poczucie pustki. Niektórzy pacjenci zaczynają nawet tęsknić za objawami choroby, bo zapełniały one pustkę, a teraz ich brak.
- Im więcej poczucia prześladowania i lęku, tym więcej błędów popełniać może mózg. Często zdarza się, że w takich emocjach można zupełnie inaczej odczytywać docierające informacje, a nawet mieć poczucie, że słyszy się, czuje lub widzi rzeczy, których inni nie dostrzegają. Tak tworzą się **halucynacje, czyli omamy**. W schizofrenii najczęściej mają one charakter **słuchowy**, to znaczy osoba chora może słyszeć w swojej głowie słowa, które wypowiada jakby ktoś inny. Może też mieć poczucie, że słyszy czyjeś głosy, czy inne dźwięki z zewnątrz, tak, jakby słuchała radia, czy słyszała głos człowieka, którego przecież obok niej nie ma.

Jest to odczucie bardzo rzeczywiste, bo **w chorobie wyłącza się zdolność do odsiewania tego, co się wydaje, od tego, co rzeczywiście się dzieje**. Przesłyszenia zdarzyć się mogą każdemu, ale w chorobie traktowane są jako rzeczywiste i prawdziwe. Halucynacje słuchowe nie zdarzają się zawsze – wielu chorych może nigdy czegoś takiego nie doznać. Jeżeli jednak występują często i są powiązane z urojeniami, to najczęściej rozpoznaje się **schizofrenię paranoidalną**. Określenie „paranoidalna” odnosi się do rodzaju urojeń, które są nieuporządkowane i chaotyczne. Jeżeli natomiast urojenia są uporządkowane i wynikają jedno z drugich, tworząc długi łańcuch przekonań, wówczas mówimy o **systemie urojeniowym**. Im bardziej rozbudowany system urojeniowy, tym trudniej zmieniać przekonania pacjenta, bo cały jego świat powiązany jest z urojeniami. W schizofrenii **cechą charakterystyczną** omamów jest to, że odbiera się je, jako głosy ludzi, którzy w nieprzyjemny sposób oceniają chorego, kłócą się w jego głowie, obrażają go i poniżają.

- Omamy słuchowe to w rzeczywistości negatywne myśli samego pacjenta na swój temat, które choroba przekształca tak, że wydają się pochodzić od innych osób z otoczenia. Wyjaśnienie to trudno przyjąć osobie chorej, gdyż trudno jest jej zaakceptować, że w ogóle jest to możliwe. Niemniej jednak, większość osób chorych ma bardzo **niską samoocenę**.



Objawy pozytywne schizofrenii obejmują:

- urojenia,
- omamy,
- pobudzenie,
- dezorganizację mowy, myślenia i zachowania,
- zaburzenia funkcji komunikacyjnych

**Objawy
pozytywne
i negatywne**

Odzwierciedlają one obecność nieprawidłowych procesów umysłowych i mają względnie przemijający charakter.

Objawy negatywne odzwierciedlają osłabienie lub brak czynności umysłowych, które są obecne u osób zdrowych.

Obejmują one:

- bładość afektywną,
- wycofanie emocjonalne,
- niechęć do nawiązywania kontaktów z ludźmi,
- pasywność,
- apatię,
- wycofanie społeczne,
- trudności w myśleniu abstrakcyjnym,
- myślenie stereotypowe,
- **alogię** - zubożenie myślenia
- **awolicję** - deficyt aktywności i motywacji
- **anhedonię** - brak odczuwania przyjemności

**Objawy
negatywne
(ubytkowe)**

- **ambiwalencja** – jednoczesne współwystępowanie przeciwstawnych nastawień emocjonalnych
- **ambitendencja** – jest ona ruchową prezentacją ambiwalencji – np. pacjent próbuje podać lekarzowi rękę i nagle ją cofa
- **paratymia** – nieadekwatne reakcje emocjonalne na wydarzenia zewnętrzne (wydarzenia przykre mogą budzić radość i odwrotnie)
- **paramimia** – mimika niedostosowana do emocjonalnego zabarwienia wypowiedzianych treści (pacjent z wyrazem radości na twarzy może opowiadać o nawet niekiedy tragicznych wydarzeniach)

Inne istotne objawy schizofrenii



Jak rozpoznaje się psychozę, czy schizofrenię?

Psychiatrzy obserwują zachowanie chorego w trakcie jego relacji z osobami z otoczenia, zadają mu szczegółowe pytania, zmierzające do poznania tego, jak przebiega jego myślenie i jak ocenia różne zjawiska.

Bardzo ważne w diagnostyce jest przeprowadzenie rozmowy z osobami bliskimi choremu, gdyż widziały one jego wcześniejsze zachowania i mogą porównać je z okresem sprzed zachorowania.

W trakcie badania psychiatrycznego powstaje w ten sposób lista objawów, które łączymy w **zespoły objawów** (np. zespół paranoidalny w przebiegu schizofrenii paranoidalnej).

Taką listę następnie można porównać z kryteriami diagnostycznymi danej jednostki chorobowej i tak stawiana jest ostateczna diagnoza.



Psychika człowieka zmienia się w czasie i to samo może dotyczyć objawów choroby. Mogą one wyglądać inaczej w momencie zachorowania, po 5, czy 10 latach. Zmienić się może też i rozpoznanie. Przykładem może być sytuacja, w której pacjent ma bardzo ostry epizod psychotyczny w momencie zachorowania. W badaniu psychiatrycznym lekarze stwierdzili, że spełnia kryteria rozpoznania schizofrenii i takie rozpoznanie zostało postawione. Kolejne lata pokazały jednak, że nie dochodziło już do nawrotów, co umożliwiło po kilku latach odstawienie leków i uznanie, że choroba ustąpiła. Może też wystąpić i inna sytuacja – początkowo rozpoznane zaburzenie lękowo-depresyjne, po kilku latach zmienia się w kierunku schizofrenii.



Kryteria diagnostyczne schizofrenii (F20) według ICD-10

1. Ugłóśnienie (odslonięcie) myśli, nasyłanie bądź zabieranie myśli, echo myśli
2. Urojenia oddziaływania, wpływu i owładnięcia w zakresie ruchów, myśli, działań lub odczuć
3. Głosy komentujące na bieżąco zachowania pacjenta lub dyskutujące na temat pacjenta albo inne głosy pochodzące z różnych części ciała
4. Utrwalone, kulturowo nieadekwatne i całkowicie nierealistyczne urojenia
5. Utrzymujące się omamy dotyczące któregośkolwiek ze zmysłów
6. Przerwy lub wstawki w toku myślenia
7. Objawy katatoniczne

Objawy negatywne, tj. wyraźna apatia, zubożenie wypowiedzi, splycone lub nieadekwatne emocje

3 Przebieg choroby

Schizofrenia to psychoza rozwijająca się stopniowo. W początkowej fazie, gdy nie dostrzegamy jeszcze wyraźnych objawów psychotycznych, pojawiają się zmiany w zachowaniu nazywane **objawami prodromalnymi**. Są to niekiedy zaburzenia rytmu dobowego, spadek zdolności do zapamiętywania, zdolności do skupienia się, wycofanie z relacji z ludźmi, ekscentryczne zachowania, zaburzenia w sferze afektu (nastój depresyjny).

Ogólnie, objawy prodromalne polegają na stopniowym zanikaniu prawidłowej aktywności, zdolności do dbania o siebie i otoczenie, dotychczasowych zainteresowań, logicznego myślenia, zapamiętywania i nauki lub pracy.

Zmiany te możecie zauważyć Państwo, lecz nie są one dostrzegalne dla samego chorego, który pozostaje w przekonaniu, że źródłem zmiany jest świat zewnętrzny i inni ludzie. W późnej fazie prodromalnej pojawiać się mogą pierwsze objawy psychotyczne, jeszcze nie w pełni rozwinięte i ukształtowane: halucynacje słuchowe, węchowe, czy dotykowe, dziwaczne pomysły, czy wyobrażenia, a nawet stany pobudzenia, niepokoju. Doznaniom tym szczególnie często towarzyszą zmiany w zakresie nastroju. Większość pacjentów w fazie prodromalnej przeżywa stany depresyjne, z którymi mogą współistnieć myśli samobójcze, a także lęki przed kontaktami z ludźmi.

Wystąpienie objawów psychotycznych oznacza przejście do **fazy ostrej** psychozy. Granicę pomiędzy fazą prodromalną a ostrą łatwo przeprowadzić w przypadku **schizofrenii z przewagą objawów wytwórczych** (inaczej nazywanych pozytywnymi, co nie ma jednak żadnego związku z przypisywaniem im korzystnych cech). Inaczej dzieje się w przypadku **schizofrenii przebiegającej z widocznymi**



objawami ubytkowymi (negatywnymi), gdyż proces narastającej apatii i niezdolności do podejmowania aktywności życiowej rozwija się stopniowo, niekiedy przez wiele lat. Paradoksalnie, łatwiej jest podjąć leczenie w przypadku nasilonych objawów wytwórczych, gdyż są one bardzo wyraźne. W przypadku objawów negatywnych od momentu ich wystąpienia do momentu podjęcia leczenia mija na tyle dużo czasu, że wpływa to niekorzystnie na szanse powrotu do pełnego funkcjonowania życiowego. Dlatego też od Państwa czujności zależy, czy bliski otrzyma pomoc w krótkim czasie, czy czas nieleczonej choroby będzie długi.

4 Rokowanie

Na rokowanie wpłynąć może wiele czynników, jak płeć, wiek w momencie zachorowania, obecność wspierającego otoczenia, czy odpowiednio wczesne włączenie leków. Szacuje się, że od 14 do 20% pacjentów rozpoczynających leczenie doświadczy tylko jednego epizodu psychotycznego w życiu. Jednak w większości przypadków nawroty są wpisane w przebieg choroby. Najbardziej niekorzystnym przebiegiem choroby jest ten, w którym objawy utrzymują się, pomimo ciągłego leczenia.

Ogólna zasada dotycząca przebiegu choroby mówi, że im więcej nawrotów, tym stopniowo coraz więcej trudności w zakresie funkcjonowania życiowego i bardziej niekorzystne efekty leczenia.

Badania wskazują, że na rokowanie największy wpływ ma to, co dzieje się z chorym w ciągu pierwszych trzech lat od zachorowania – szczególnie regularne przyjmowanie leków, nieużywanie alkoholu i narkotyków.

Dlatego właśnie w tym okresie należy zwrócić szczególną uwagę na rehabilitację, aktywizację oraz kształtowanie zdrowych nawyków. Do innych, niekorzystnych czynników należą: pozostawanie bez regularnych zajęć, izolacja społeczna, złe warunki materialne, przykre efekty uboczne leków, czy bezdomność.

5 Mechanizmy rozwoju choroby

Zakładamy, że choroba rozwija się na podłożu uwarunkowanej genetycznie **podatności na zachorowanie**. Podatność może ukształtować się w konsekwencji nieprawidłowego rozwoju mózgu związanego z niewłaściwym działaniem genów. Może zdarzyć się to zawsze, nawet w sytuacji, gdy nikt z rodziny pacjenta nigdy nie chorował. Dzieje się tak, gdyż najprawdopodobniej geny odpowiadające za podatność na schizofrenię, związane są blisko z genami odpowiedzialnymi za rozwój mowy u ludzi. Nie da się w związku z tym ich całkowicie wyeliminować.

Geny podatności na chorobę mogą również uaktywniać się na późniejszych etapach życia – na przykład w okresie dojrzewania. Hipoteza ta pozostaje w zgodzie z obserwacjami, które wskazują na to, że najczęściej choroba pojawia się na pograniczu wieku dojrzałego i dorosłości (17-25 rż). Na podatność tę wpływ mają różne czynniki zewnętrzne – na przykład przebyte infekcje - jeszcze w okresie, gdy matka była w okresie prenatalnym (podczas życia płodowego), znaczne stresy w okresie dzieciństwa i dojrzewania (one również mogą wpływać na to, jak rozwija się mózg), czy używanie narkotyków (również tych uważanych za miękkie – np. marihuany).



Pojawienie się objawów schizofrenii jest więc spowodowane nałożeniem się na siebie wielu złożonych procesów zachodzących na przestrzeni kilkunastu lat. Efektem tych procesów jest nieprawidłowy rozwój mózgu, co wykazano przeprowadzając wiele badań obrazujących wielkość wymiarów różnych części układu nerwowego. Okazało się, że zaburzenia w mózgu dotyczą w równym stopniu istoty szarej (to znaczy ciał komórek nerwowych), jak i istoty białej znajdującej się pod istotą szarą (którą tworzą włókna nerwowe łączące ze sobą neurony). Początek zaburzeń rozwoju datuje się na czas rozwoju układu nerwowego w okresie przed narodzeniem, a kontynuacja odbywa się już w okresie dojrzewania. Wykazano też, że im bardziej przewlekły przebieg choroby, tym większa jest **utrata komórek nerwowych w obrębie istoty szarej**. Okazało się, że na wzrost nasilenia zmian w mózgu mają wpływ czynniki, którym można zapobiec w procesie leczenia – są to systematyczne leczenie, aby było mniej kolejnych nawrotów, czy używanie alkoholu, marihuany lub innych narkotyków.

Zmiany w obrębie istoty białej, czyli włókien nerwowych, powiązane są mocno z zaburzeniami funkcjonowania poznawczego, to znaczy z myśleniem, zapamiętywaniem i zdolnością do wykorzystania zdobytych informacji w planowaniu i działaniu. Im więcej zmian w obrębie istoty białej, tym gorsza odpowiedź na leczenie i wyższe nasilenie objawów negatywnych choroby.

Jaka jest przyczyna zmian w obrębie istoty białej i szarej? Jedna z teorii mówi o nieprawidłowym działaniu układu komórek glijowych, to znaczy komórek wspomagających życie i działanie właściwych komórek nerwowych. To prowadzi do zmniejszenia wydzielania substancji wspomagającej rozwój nowych zakończeń nerwowych (BDNF), a nawet do pojawiania się substancji, których obecność prowadzi do wzrostu nasilenia procesów zapalnych i uszkadzających układ nerwowy.

Te same procesy, leżące u podłoża choroby, można opisać z perspektywy równowagi neurochemicznej mózgu. Na równowagę tę największy wpływ ma neuroprzeżywalność dopaminowa oraz aktywność receptorów NMDA (N-metyl-D-asparagianu).

O roli układu dopaminowego w rozwoju schizofrenii wiemy już bardzo wiele, gdyż leki przeciwpsychotyczne (neuroleptyki) działają właśnie w mechanizmie dopaminowym. Ich działanie polega na blokowaniu nadmiernej aktywności dopaminowej, w konsekwencji której dochodzi do powstania objawów wytwórczych schizofrenii. Wyniki najnowszych badań wskazują na to, że w określonych obszarach mózgu, w obrębie synaps zbyt intensywnie produkowana i zbyt łatwo uwalniana jest dopamina. Dopamina łączy się następnie z odpowiednimi punktami uchwytu (receptorami) na ciele drugiego neuronu i doprowadza do nadmiernej aktywności niektórych obszarów mózgu. Do obszarów tych należy układ regulujący emocje, jak również układ kontrolujący docierające do mózgu bodźce. Zjawisko nadmiernej produkcji i uwalniania dopaminy obejmuje również tak zwane struktury podkorowe mózgu, które odpowiedzialne są za kontrolę motoryki ciała i koordynacji ciała. Ogólnie, o wpływie przekaźnictwa dopaminowego na pojawianie się objawów schizofrenii, mówimy jak o **hipotezie dopaminowej**.

Inna hipoteza, mówiąca o wpływie zaburzeń równowagi neurochemicznej mózgu na rozwój objawów, to **hipoteza glutaminergiczna**. Nieprawidłowa budowa lub funkcja receptorów NMDA w mózgu prowadzi do rozregulowania tak zwanego układu gabaergicznego – zaczyna on działać bardziej intensywnie, lecz w mniej uporządkowany sposób. Ma to wpływ na dalszy wzrost aktywności układu dopaminowego w obrębie tak zwanego układu limbicznego, odpowiedzialnego za kontrolę emocji. Konsekwencje dotyczą jednak nie tylko emocji, ale również sprawności myślenia, wnioskowania, pamięci oraz motywacji i energii do działania.

Głównymi podejrzanymi w odniesieniu do rozwoju tych zaburzeń są niewłaściwie działające geny, lecz nie tylko. Niedawno przeprowadzone badania wykazały, że istnieje związek pomiędzy zaburzoną równowagą neurochemiczną mózgu a **procesami zapalnymi i autoimmunologicznymi** (to jest związanymi z nadmierną odpowiedzią organizmu np. na infekcję). Wykazano przykładowo, że zmiany



w obrębie receptorów NMDA mogą pojawić się w konsekwencji stanów zapalnych dotyczących układu nerwowego. Jeżeli stan ten wystąpi we wczesnym dzieciństwie lub w okresie prenatalnym, prowadzi to do niewłaściwego rozwoju i dojrzewania mózgu w późniejszych latach, za co właśnie odpowiedzialny jest układ glutaminergiczny. Kluczowymi momentami, w których receptory NMDA najbardziej narażone są na uszkodzenia jest właśnie okres rozwoju mózgu w fazie życia płodowego oraz w okresie dojrzewania, gdy dochodzi do uruchomienia procesów eliminacji zbędnych połączeń nerwowych.

6 Nawrót – jak rozpoznać?

Nawrót objawów choroby poprzedzony jest szeregiem różnych zmian w odczuciach i zachowaniu osoby chorej. Objawy te noszą nazwę prodromalnych (zwiastunowych), czyli **wczesnych objawów ostrzegawczych**. Z reguły każdy chory po pewnym czasie życia z chorobą zdaje sobie sprawę, jakie objawy mogą świadczyć o zbliżającym się nawrocie. Jednym z celów terapii jest określenie własnych, indywidualnych objawów ostrzegawczych. Z reguły nie przyjmują one jeszcze obrazu w pełni rozwiniętych objawów psychozy, ale są do nich podobne:

- podejrzliwość
- utrata nastroju
- lękliwość
- napięcie
- ciągle podirytowanie
- drażliwość

- zaburzenia snu – problemy z zasypianiem, wybudzenia w ciągu nocy lub zbyt wczesne wybudzenia nad ranem
- utrata lub nagły wzrost apetytu
- utrata energii lub motywacji do działania
- pojawiające się na nowo trudności w koncentracji lub zapamiętywaniu
- poczucie przyspieszenia lub zwolnienia biegu myśli
- poczucie nagłej obcości dobrze znanego otoczenia
- pogorszenie wyników w nauce lub pracy
- narastające wycofanie lub izolacja
- utrata zainteresowania kontaktami społecznymi

Nawrót pojawia się często w odpowiedzi na znaczny stres, czyli trudną lub nagłą sytuację w życiu.

Czasem można spróbować przewidzieć zbliżający się nawrót, obserwując zmianę w zachowaniu w obliczu zbliżającego się wydarzenia. Dlatego też tak ważne jest towarzyszenie pacjentowi w chorobie. To Państwo pierwsi możecie zauważyć objawy, których jeszcze do niedawna nie było w zachowaniu bliskiego, obserwować ich rozwój przez pewien czas, a następnie, jeśli będą się pogłębiać, nasilać – stosowanie zareagować, czyli na początku porozmawiać z chorym.

Opisać swoje spostrzeżenia, dopytać, czy i on nie czuje się jakoś inaczej, czy nic mu nie przeszkadza w samopoczuciu. Czasem są to obiektywne rzeczy – palenie większej ilości papierosów (niepokój, drażliwość), zaburzenia snu, izolowanie się. W przypadku braku efektu - podjąć zdecydowaną interwencję terapeutyczną – trzeba wówczas jak najszybciej zgłosić się do lekarza lub terapeuty lub zawieźć chorego do szpitala, gdy objawy są bardzo nasilone.



7 Co robić w przypadku nawrotu?

Należy dążyć do jak najszybszego kontaktu z lekarzem prowadzącym lub oddziałem szpitalnym w pobliżu miejsca zamieszkania chorego. Nie należy na własną rękę zmieniać leczenia, czy przyjmować leków niezalecanych przez lekarza. Im szybciej zostanie uzyskana pomoc, tym krócej będzie trwała sytuacja kryzysowa, możliwe też będzie uniknięcie lub skrócenie pobytu w szpitalu.

8 Podsumowanie

Oto najważniejsze treści niniejszego poradnika:



Schizofrenia to choroba, w której dochodzi do zaburzenia w przetwarzaniu informacji w mózgu.



Główne objawy schizofrenii wynikają z tych zaburzeń i obejmują całość funkcji psychicznych.



Schizofrenię rozpoznaje się na podstawie utrzymywania się przez określony czas typowego zespołu objawów choroby oraz stwierdzenia charakterystycznych zaburzeń funkcji poznawczych i myślenia.



Schizofrenia w ok. 15% przypadków ogranicza się do jednego epizodu choroby, najczęściej jednak ma charakter przewlekły i nawracający.



Regularne przyjmowanie leków pozwala na kontrolę przebiegu choroby i uzyskanie znaczącej poprawy. Z przyjmowaniem leków wiąże się ryzyko występowania działań niepożądanych, lecz jest ono mniejsze od konsekwencji nieleczonej choroby (więcej o leczeniu w innej części Programu Psychoedukacyjnego „Drogowskazy”).



Zbliżający się nawrót należy jak najszybciej rozpoznać, obserwując wczesne objawy ostrzegawcze. Szybka interwencja pozwala na uniknięcie hospitalizacji.



Choroba nie jest żadną wartością. Zmienione odbicie świata w krzywym zwierciadle uniemożliwia normalne życie. Wiemy o tym i przyjmujemy, że każdy ma prawo do leczenia i uwolnienia się od objawów choroby, jakiegokolwiek by nie były. Uznajemy, że każdy ma prawo wyboru, lecz najlepiej podejmować taką decyzję będąc wolnym od objawów choroby.

Mamy nadzieję, że informacje, które znaleźliście Państwo w tym poradniku pomogą w poznaniu choroby, a przez to łatwiej będzie Państwu żyć z chorobą bliskiego i odpowiednio go wspierać.





Notes



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