

PORADNIK
DLA OPIEKUNÓW I BLISKICH

Schizofrenia



ODNALEŹĆ
SIEBIE

www.odnalezcsiebie.pl


ADAMED

Niniejszy „Poradnik” zawiera tylko ogólne wskazania dla osób dotkniętych chorobą oraz ich opiekunów i w żadnym przypadku nie może on zastąpić porady lekarskiej.
Zalecenia lekarza powinny mieć zawsze pierwszeństwo.

O chorobie

Nazwa choroby pochodzi od greckiego słowa schizis co oznacza rozszczepiać, rozdzielać – w tym przypadku umysł, osobowość człowieka. Podstawy naukowego opisu choroby stworzyli na przełomie XIX i XX w. dwaj lekarze: Emil Kraepelin i Eugen Bleuler. Współczesna medycyna/psychiatria mówi raczej o zespole zaburzeń schizofrenicznych, ponieważ objawy są mocno zróżnicowane.

Najogólniej rzecz biorąc schizofrenia to psychoza objawiająca się zaburzeniami postrzegania bądź odzwierciedlania rzeczywistości. Wyraża się to pod postacią omamów słuchowych, nieprawidłowości w mówieniu, urojeniami oraz w zaburzeniach myślenia.

Przyczyny choroby (patogeneza i etiologia)

Niestety nie są do końca znane i to powoduje, że współczesna medycyna ma problemy z w pełni skutecznym jej leczeniem. W każdym razie wskazać należy na trzy grupy powodów pojawienia się schizofrenii:

1. Biologiczne: nie wdając się w zbyt szczegółowe rozważania i analizę wielu hipotez, można powiedzieć, iż chodzi o rolę pewnych przekazników w mózgu, takich jak: noradrenalina, serotonina oraz dopamina. Są to jednak tylko przypuszczenia oparte głównie na danych statystycznych.

2. Predyspozycje genetyczne: nie ma dowodów na dziedziczenie choroby, aczkolwiek ze statystyki wiemy, że prawdopodobieństwo zachorowania jest o ok. 15% wyższe u osób, w których rodzinie zdarzyło się zachorowanie.
3. Środowiskowe: są najlepiej znane, chociaż ocena ich wpływu na powstanie choroby zawsze będzie w jakimś stopniu subiektywna, bowiem są one co najwyżej policzalne, natomiast ich „zmierzenie i zważenie” jest już bardzo trudne. Z pewnością wiemy, że u większości chorych na schizofrenię wystąpiły wcześniej różnego rodzaju trudne sytuacje życiowe: śmierć bliskich, nieszczęśliwa miłość, utrata pracy, wystąpienie poważnej choroby somatycznej (u chorego lub bliskich), np. nowotworowej.

Objawy

Syndromy choroby dzieli się na dwie grupy:

1. Objawy pozytywne, zwane też wytwórczymi. Są to dodatkowe w stosunku do normalnego funkcjonowania człowieka zaburzenia, wśród których najczęściej pojawiają się halucynacje, urojenia, zdezorganizowana mowa, dziwne zachowania aktywizujące chorego/chorą np. ożywienie religijne, wzmożone zakupy, brak dbałości o wygląd.
2. Objawy negatywne wskazują na pogorszenie się lub wręcz utratę możliwości normalnego funkcjonowania i przejawiają się stępieniem emocjonalnym, zubożoną mową (alogia), niemożnością odczuwania przyjemności (anhedonia), problemami z koncentracją, biernością, apatią, zubożeniem mimiki, trudnościami w aktywności społecznej (rodzinnej, zawodowej) itp.

Zauważmy zatem, że tego typu zachowania chorych dotyczą nie tylko ich samych, ale również negatywnie wpływają na najbliższe otoczenie, co jest szczególnie dotkliwe w środowisku zawodowym i rodzinnym.

Z czasem mogą się pojawić również zaburzenia typu somatycznego, np. problemy ze snem, brak apetytu, usztywnienie ciała, wilgotność rąk itp.

Wskazane tu objawy są pewnego rodzaju uogólnieniem, ponieważ specyfiką schizofrenii jest mocno zróżnicowany przebieg kliniczny.

Oznacza to, że symptomy i przebieg choroby przeważnie różnią się u poszczególnych chorych.

W medycynie funkcjonuje co najmniej kilka klasyfikacji schizofrenii, a podstawą podziału jest dominacja lub brak pewnych objawów. Ostatnio uważa się, że podziały te nie mają zbyt wielkiego znaczenia prognostycznego oraz wpływu na zastosowane leczenie.

Stosując pewne uproszczenia można zatem powiedzieć, że charakterystyczną cechą schizofrenii jest okresowość występowania jej objawów. Mamy więc okresy, w których choroba nasila się (rzut) i ustępuje (remisja). Istnieją też postaci przewlekłe.

Diagnoza

Schizofrenia należy do grupy wielu chorób (np. psychicznych, neurologicznych) gdzie nie dysponujemy tzw. markerami biologicznymi. Innymi słowy nie ma badań obrazowych (prześwietlenie, ultrasonografia, rezonans magnetyczny) ani też laboratoryjnych (np. badanie krwi, moczu), które pozwoliłyby ją zdiagnozować. Powiedzieć można więcej: nie znamy jednoznacznych kryteriów biologicznych, pozwalających na stwierdzenie schizofrenii także pośmiertnie. W razie podejrzenia schizofrenii wykonuje się wprawdzie różne badania diagnostyczne, ale robi się to w celu wykluczenia innych stanów chorobowych, które mogą dawać objawy psychotyczne podobne do tych w schizofrenii.

Na czym zatem opiera się diagnoza?

Przede wszystkim na poznaniu zachowań chorego poprzez:

1. Rozmowę/wywiad z chorym.
2. Rozmowę/wywiad z rodziną i najbliższym otoczeniem.
3. Obserwację chorego.

Tak więc już na etapie diagnostyki pożądanym i niemal niezbędnym jest udział najbliższych osoby chorej. Od ich woli i rzetelności w znaczącym stopniu zależy rozpoznanie schorzenia oraz jego leczenie. Pomoc udzielona lekarzowi ma tu pierwszorzędne znaczenie.

W każdym z tych trzech przypadków może dojść do mimowolnej, subiektywnej oceny. Aby temu zapobiec w praktyce medycznej funkcjonują określone standardy/procedury, które umożliwiają/ułatwiają diagnostykę i są obowiązujące dla lekarzy (np. DSM-IV, ICD-10).

Schizofrenia jest jednak chorobą, która „nie boli”. Bo gdyby bolało, to można wziąć tabletki przeciwbólowe, pójść do lekarza i wszystko jest O.K. Tymczasem chorzy widzą rzeczywistość, tak jak chcą ją widzieć, zaś wszelką krytykę uznają za bezsensową. Są wręcz przekonani, iż chore jest otoczenie.

Zauważmy: np. mówienie „do siebie” jest przypadłością wielu całkowicie zdrowych osób. Istnieje jednak pewien akceptowalny środowiskowo, aczkolwiek niejednakowo oceniany poziom takiego zachowania. Dopóki za-tem okoliczności i treść owych wypowiedzi pozostają w granicach umownej normy, nie należy się niepokoić.

Uwaga: nadal jeszcze w potocznej świadomości społecznej choroby, które „nie bolą”, a więc przede wszystkim schorzenia psychiczne, nie są uznawane za stan chorobowy, ale za coś, co np. ma usprawiedliwić niezaradność życiową, niedostosowanie społeczne/środowiskowe itp. Jeśli bez uprzedzeń i jawnie udajemy się do lekarza rodzinnego, kardiologa, ginekologa, to wizyta u psychiatry pojmowana bywa jako coś stygmatyzującego i upośledzającego w dalszym życiu. To pogląd całkowicie błędny!

W obowiązującym w Polsce systemie ochrony zdrowia podejrzenie schizofrenii może sformułować już lekarz rodzinny, chociaż ostateczną diagnozę podejmuje specjalista psychiatra.

Epidemiologia

Dane statystyczne są niejednolite: mówi się o wartościach od 0,55 do 1,6% populacji, a więc średnio 1%. To bardzo dużo. Rozbieżności wynikają głównie z tzw. „czarnej liczby” czyli faktu, że są chorzy, ale nikt ich nie zdiagnozował, nie zarejestrował i nie leczył.

Najczęściej choroba pojawia się u ludzi młodych, pomiędzy 20 a 30 rokiem życia; częściej rozpoznawana jest u mężczyzn. Bywa, że pierwsze

objawy pojawiają się w okresie dojrzewania.

U dzieci występuje bardzo rzadko, chociaż po 13 r.ż. zachorowalność wzrasta. Niestety przebieg i rokowanie są tutaj znacznie mniej pomyślne.

Leczenie

We współczesnej psychiatrii stosuje się różne formy leczenia, przy czym dominuje pogląd, że uzupełniają się one wzajemnie, a więc powinny być w odpowiednich proporcjach stosowane łącznie.

1. Farmakoterapia: jest podstawową formą, choć celowo nie piszemy najważniejszą. Opiera się głównie na stosowaniu leków przeciwpsychotycznych (tzw. neuroleptyków). Niestety ich przyjmowanie wiąże się z występowaniem licznych działań ubocznych, w postaci: senności, sztywności mięśni, zawrotów głowy, drżenia kończyn, nerwowych/mimowolnych ruchów i redukcji zachowań spontanicznych (np. mimiki twarzy). W ostatnich latach pojawiła się nowa grupa leków, tzw. atypowych. Są lepiej tolerowane od klasycznych neuroleptyków, ale niestety droższe.

Często występującą reakcją u chorych na schizofrenię jest niechęć lub odmowa przyjmowania leków. Aby zatem łatwiej poradzić sobie z tym problemem, wprowadzono leki w postaci rozpuszczających się pod językiem tabletek oraz tabletek o przedłużonym uwalnianiu substancji czynnej (rzadsze dawkowanie) lub zastrzyków wykonywanych co 3–4 tygodnie i na ten czas pozostawiających w organizmie chorego „zapas leku” (postać *depot*).

2. Elektrowstrząsy: obecnie stosowane są rzadko i tylko w stanach nagłych, np. zagrażających życiu. Ich pozytywny efekt jest zazwyczaj krótkotrwały.

3. Psychoterapia: nie ma dotąd badań potwierdzających jej samodzielną skuteczność w leczeniu schizofrenii. Z drugiej strony mamy naukowe potwierdzenie, że łączenie farmakoterapii i psychoterapii zdecydowanie poprawia wyniki leczenia. Potrzeba psychoterapii wynika ponadto ze zgłaszanych przez pacjentów oczekiwań co do rozmowy, ciepła, zaufania, porady itp.

4. Terapia społeczna: osoby chore na schizofrenię z reguły „wypadają” i nie radzą sobie z funkcjonowaniem w dotychczasowym środowisku towarzyskim, rodzinnym, zawodowym (tracą pracę). Celem tej terapii

jest powrotne wprowadzanie chorych w normalne lub w miarę normalne funkcjonowanie społeczne.

5. Autoterpia: chodzi tu o niejako intuicyjnie podejmowane przez samych chorych działań, zmierzających do szukania sposobów radzenia sobie z objawami choroby. Nie zawsze są one racjonalne (np. zazwyczaj chorzy odrzucają pomoc medyczną), ale te pozytywne należy wzmacniać i optymalizować w pożądanym kierunku.

Rokowanie

W tej materii należy wyrażać się dość ostrożnie. Nieprzypadkowo nowoczesna psychiatria stara się nie używać określenia „wyleczenie” lecz „zejście choroby”. Oznacza to, że np. przy trwającej kilka lat remisji choroby powinniśmy się mimo wszystko liczyć z ewentualnością powrotu objawów.

Z praktyki klinicznej wiadomo natomiast, że korzystnie na rokowanie wpływają: ostry/nagły początek choroby, późny wiek zachorowania (po 30 r.ż.), brak wcześniejszych problemów ze zdrowiem psychicznym, współpraca pacjenta i rodziny w procesie leczenia. Negatywne przesłanki wypływają z kolei z: wczesnego wieku zachorowania, niesystematycznie prowadzonego leczenia, występowania dodatkowych problemów, złych relacji rodzinnych, uzależnień itp.

Jak podjąć leczenie?

Jest to jeden z trudniejszych problemów. Z reguły bowiem chorzy do lekarza, zwłaszcza psychiatry nie chcą pójść. Warto zatem, aby ktoś z bliskich po zauważeniu niepokojących objawów sam udał się do lekarza psychiatry, który poradzi co dalej robić.

Kto, jak i gdzie prowadzi leczenie?

Jak już wcześniej powiedziano, podejrzenie wystąpienia choroby postawić może już lekarz pierwszego kontaktu/rodzinny lub psycholog.

Właściwą z medycznego punktu diagnozę podejmuje wyłącznie specjali-

sta – lekarz psychiatra. On też kieruje całym procesem leczenia, ordynuje leki i określa zakres wszystkich innych środków terapeutycznych. Może prowadzić psychoterapię. Do psychiatriy nie jest wymagane skierowanie.

Niekiedy w procesie diagnostycznym uczestniczą lekarze innych specjalności, np. neurologi, po to aby wykluczyć inne schorzenia o podłożu somatycznym, które mogą dawać objawy podobne do schizofrenicznych.

Proces leczenia prowadzi się w warunkach szpitalnych i/albo ambulatoryjnych, przy czym jeśli lekarz psychiatra uzna, że stan chorego stanowi zagrożenie dla otoczenia lub jego samego, może podjąć decyzję o przymusowej hospitalizacji (szerzej zob. niżej), zatwierdzonej i uchylanej przez sąd jeśli zagrożenia ustaną.

Leczenie szpitalne całodobowe lub dzienne jest często niezbędne w I fazie, podczas podejrzenia schizofrenii. Lekarz musi mieć możliwość obserwacji chorego w celu weryfikacji diagnozy i ustalenia sposobu leczenia. Później w znacznej części przypadków można przejść na leczenie ambulatoryjne – pacjent przebywa w domu.

Jeśli chory leczy się u lekarzy innych specjalności powinno się ich poinformować o przyjmowanych lekach psychotropowych. Pozwoli to uniknąć potencjalnie groźnych interakcji lekowych (najlepiej pokazać dołączoną do opakowania ulotkę).

Bardzo ważną rolę odgrywają również psycholodzy, którzy we współpracy z psychiatrą mogą określać i wspomagać działania psychoterapeutyczne, w tym terapię społeczną i autoterapię. Nie mogą natomiast decydować o lekach i ewentualnym zastosowaniu elektrowstrząsów.

Istotną rolę w terapii schizofrenii odgrywa najbliższe otoczenie chorego, a w szczególności rodzina. Brak współpracy z jej strony może nawet przesądzić o wynikach leczenia.

W aspekcie terapii społecznej obserwujemy w ostatnich latach coraz większą aktywność różnego rodzaju stowarzyszeń chorych/rodzin, fundacji, organizacji pozarządowych i kościelnych. Trzeba zaznaczyć, iż z organizacjami tymi współpracują psychiatry, psycholodzy, przeszkoleni wolontariusze, dzięki czemu oferowana pomoc spełnia odpowiednie standardy.

Koszty leczenia

Pojawienie się w rodzinie choroby przewlekłej zawsze budzi obawy o koszty leczenia. W przypadku schizofrenii jest to o tyle istotne, że choroba prowadzi przeważnie do czasowej utraty (niekiedy długotrwałej) możliwości zarobkowania.

Obowiązujący w Polsce system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia zapewnia bezpłatny dostęp do lekarzy wszystkich specjalności biorących udział w leczeniu schizofrenii, niezbędnym badań i ewentualnej hospitalizacji.

Leki i ich przyjmowanie

Część leków stosowanych w farmakoterapii schizofrenii poddana jest szczególnemu reżimowi już na etapie ich ordynowania przez lekarza (tzw. recepty Rpw).

Dzieje się tak dlatego, że preparaty te są z reguły bardzo niebezpieczne przy niewłaściwym stosowaniu oraz mogą być wykorzystane jako substancje narkotyczne. Jeśli więc chory przebywa w domu zadbajmy o właściwą ich ochronę, raczej nie powierzając tego zadania choremu. Można to przecież dyskretnie kontrolować. Leki trzeba przechowywać w warunkach zgodnych z zaleceniami producenta (zawsze opisane są w ulotce dołączonej do opakowania) i nie w miejscu ogólnie dostępnym, tak aby uniknąć przypadkowych pomyłek lub dostania się ich w ręce dzieci.

Szczególny rygor dotyczy również dawkowania i przyjmowania leków. Należy bezwzględnie i ściśle przestrzegać wskazań lekarza (w razie wątpliwości trzeba dokładnie przeczytać ulotkę lub ponownie skontaktować się z lekarzem). Zalecenia te dotyczą wielkości dawek, pór, sposobu i regularności przyjmowania. Odstawienie lub przedawkowanie leku może prowadzić do groźnych następstw.

Schizofrenia jako choroba społeczna

W kategoriach tzw. zdrowia publicznego o chorobach społecznych możemy mówić, gdy występuje/a:

1. Wysoka zachorowalność.
2. Długotrwałość choroby.
3. Eliminacja lub znaczące ograniczenia w społecznym funkcjonowaniu chorego.
4. Skutki choroby dotykające osób najbliższych chorych, np. w postaci koniecznych działań opiekuńczych, powstałych w wyniku całkowitej/ częściowej utraty możliwości samodzielnego funkcjonowania.
5. Wysokie obciążenie finansowe publicznego systemu ubezpieczeniowego.

Nietrudno zauważyć, że schizofrenia spełnia każde z pięciu wymienionych kryteriów. Są one bardzo sformalizowane, niemniej w praktyce oznaczają rozpady rodzin, konflikty, a często tragedie przenoszące się na dzieci. Schizofrenia to nie jedyna choroba społeczna – podobny charakter posiadają np. epilepsja, cukrzyca, choroba Alzheimera i inne.

Odpowiedzią na skutki chorób społecznych jest nie tylko intensyfikacja badań naukowych nad nowymi lekami, doskonalenie procedur medycznych, ale również działania społeczne uwrażliwiające „zdrową” część społeczeństwa na problemy chorych i ich bliskich.

W przypadku schizofrenii Światowe Stowarzyszenie Psychiatryczne (WPA) zainicjowało akcję społeczną, mającą na celu przekonanie społeczeństwa, polityków i decydentów, że:

- schizofrenia jest chorobą,
- schizofrenia jest chorobą wielowymiarową,

- schizofrenia to nie tylko choroba, ale pewnego rodzaju szczególne doświadczenie,
- schizofrenia nie jest chorobą dziedziczną,
- schizofrenia nie jest chorobą nieuleczalną,
- jest schizofrenia, ale nie ma „schizofreników”,
- chory na schizofrenię pozostaje zawsze człowiekiem, obywatelem, osobą – jak każdy z nas,
- chorzy na schizofrenię nie są jakimś szczególnym zagrożeniem dla otoczenia,
- chorzy są ludźmi i oczekują szacunku, pomocy i zrozumienia,
- schizofrenia stawia wyzwania egzystencjalne wspólne chorym i zdrowym.

Wybrane problemy życiowe chorych i ich rodzin

Czy rozmawiać z chorym o jego chorobie?

Z pewnością tak, zwłaszcza jeśli nasz bliski tego sobie życzy, wręcz oczekuje. Z reguły wszakże chorzy unikają takich rozmów, a przy próbie ich podjęcia okazują agresję (np. słowną). Jeżeli zatem zauważymy chęć kontaktu, to wykorzystajmy ten moment, a podczas rozmowy okażmy zrozumienie i serdeczność.

Pierwszą okazją bywają zwykle zauważone przez rodzinę niepokojące zmiany zachowania. Jeśli nasz bliski jest gotów na współpracę i wizytę u lekarza, nie należy zwlekać. Im szybciej podjęte będzie leczenie, tym lepsze rokowanie.

Każdą życzliwą postawę bliskiego warto spożytkować terapeutycznie.

Czy informować środowisko rodzinne/towarzyskie o chorobie?

Nie ma tu jednoznacznej odpowiedzi. Z pewnością kontynuacja, nawet tylko częściowa, dotychczasowej aktywności społecznej i rodzinnej jest pożądana i może być ważnym składnikiem psychoterapii. W takim więc kontekście dyskretne uprzedzenie rodziny i znajomych o „pewnych problemach” naszego bliskiego będzie pożądanym. Nawet jeśli dojdzie do „niezręcznej sytuacji”, będziemy mogli oczekiwać zrozumienia.

Aktywność edukacyjna i zawodowa

Zwróćmy uwagę, że schizofrenia dotyka przede wszystkim ludzi młodych pomiędzy 20 a 30 rokiem życia, a więc w okresie, kiedy kończą edukację i budują karierę zawodową. Choroba powoduje z reguły jej przerwanie lub wręcz załamanie oraz bardzo często utratę środków utrzymania. W ogólnych założeniach psychoterapeutycznych w schizofrenii podtrzymanie bądź przywrócenie aktywności edukacyjnej i zawodowej uznawane jest za istotny środek terapeutyczny.

Z drugiej strony wiadomo, że u podłoża schizofrenii leżą różnego rodzaju czynniki środowiskowe, w tym np. stres na uczelni lub w miejscu pracy. Może zatem zaistnieć potrzeba zmiany środowiska, szkoły, uczelni i pracy. Jeśli tak jest, powinniśmy problem skonsultować z lekarzem albo psychologiem.

Innym czynnikiem, który powoduje konieczność zmiany dotychczasowej formy aktywności zawodowej, mogą być objawy choroby oraz stosowane leki, a ściślej ich działania uboczne. Tak więc objawy pozytywne utrudniają (niekiedy uniemożliwiają) kontakty interpersonalne, co wyklucza pracę w charakterze nauczyciela/wykładowcy czy bezpośrednią obsługę klientów. Z kolei stosowane w leczeniu schizofrenii leki powodują zazwyczaj senność, osłabienie koncentracji itp., a przez to chory powinien powstrzymać się od prowadzenia pojazdów, obsługi maszyn, urządzeń, po to aby nie stwarzać zagrożenia dla osób trzecich. Jeżeli zatem dotychczasowy charakter zajęć wymagał takiej aktywności, należałoby jej przynajmniej czasowo zaniechać.

W przypadku aktywności edukacyjno-zawodowej znów pojawia się pytanie: czy informować pracodawcę o chorobie? Tak jak poprzednio, nie sposób sformułować jednoznacznej odpowiedzi. Być może uprzedzająca rozmowa z pracodawcą pozwoli na jego życzliwość, która później wyrazi się np. zgodą na zmianę zadań/stanowiska uwzględniającego uwarunkowania choroby.

Prawo jazdy. Prowadzenie samochodu

W Polsce nie ma obowiązku zwrotu prawa jazdy, gdy wystąpią okoliczności uniemożliwiające prowadzenie samochodu (tak jest np. w Wielkiej

Brytanii), niemniej w okresach nawrotu choroby chorzy powinni bezwzględnie powstrzymać się od kierowania pojazdami i to nie tylko z powodu objawów choroby, ale również z uwagi na działania uboczne przyjmowanych leków (senność, osłabienie koncentracji itp.). Informacje w tej materii znajdziemy na dołączonej do leku ulotce, a w razie wątpliwości należy zapytać lekarza.

Czy osoba dotknięta schizofrenią może ubiegać się o prawo jazdy? Z formalnoprawnego punktu widzenia nie ma tu przeszkód – oczywiście w okresach remisji choroby. Musimy się jednak liczyć z poważnymi utrudnieniami. Otóż w myśl obowiązujących obecnie przepisów prawnych choroby psychiczne stanowią jedną z głównych przesłanek negatywnych (choć nie bezwzględnych), a ponadto ustawodawca nie sformułował jednoznacznych kryteriów, które pozwoliłyby lekarzom orzekającym na wydawanie pozytywnych decyzji. Dodatkowo są oni krępowani zaleceniami różnych jednostek opiniodawczych, które obiektywnie wydają się nazbyt rygorystyczne. Tak więc powinniśmy się liczyć z długotrwałą i uciążliwą procedurą bez gwarancji na powodzenie.

Samodzielność finansowa

W przebiegu schizofrenii zdarza się, iż pod wpływem niektórych objawów choroby podejmują nieodpowiedzialne decyzje finansowe bądź też są podatni na sugestie osób trzecich co do ich dokonania. Dzisiaj, gdy w powszechnym użytku znajdują się karty płatnicze, komputerowy dostęp do kont bankowych, operacje takie są szczególnie łatwe i szybkie do wykonania. Jeśli zatem mamy uzasadnione obawy, że takie sytuacje mogą zaistnieć lub już wcześniej się zdarzały, a nasz bliski nie jest ubezpieczony, warto zastosować pewne środki ostrożności, które powinniśmy uzgodnić w kręgu najbliższej rodziny. Mogą to być np.: dyskretna obserwacja, zmniejszenie limitów transakcyjnych na koncie i kartach płatniczych.

W okresach remisji choroby dobrze byłoby przekonać bliskiego do udzielenia pełnomocnictwa do bieżącego zarządzania majątkiem na wypadek nawrotu objawów.

Problemy ubezpieczeniowe

Wymagania współczesnego życia sprawiają, że coraz więcej osób wykupuje różnego rodzaju ubezpieczenia, tzw. życiowe lub emerytalno-rentowe. Jeżeli zatem osoba chora posiada już jakiekolwiek ubezpieczenia życiowe, emerytalne, zdrowotne bądź środki zaangażowane w funduszach inwestycyjnych, zaleca się, aby tuż po stwierdzeniu choroby przejrzeć ogólne i szczegółowe warunki zawartych często przed laty umów z co najmniej dwóch powodów:

1. Bywa tak, że z chwilą wystąpienia choroby przewlekłej uzyskujemy prawo do pewnych świadczeń finansowych.
2. Niekiedy w umowach znajdują się klauzule, w myśl których niepoinformowanie ubezpieczyciela o wystąpieniu takich zdarzeń, jak np. choroba przewlekła, może stanowić podstawę do zerwania umowy, obniżenia należnych świadczeń itp.

W przypadku gdy mamy jakiekolwiek wątpliwości, najlepiej udać się do właściwej firmy ubezpieczeniowej i poprosić o wyjaśnienia.

Zawsze natomiast przy zawieraniu nowych umów ubezpieczeniowych dotyczących chorego należy poinformować o jego chorobie, aby nie narażać się na odmowę wypłaty świadczenia.

Opieka w warunkach domowych

W zasadzie osoby chore na schizofrenię są „samoobsługowe”, jeśli oczywiście nie występują inne schorzenia ograniczające tę zdolność. Przy nasilonych objawach negatywnych zdarza się jednak apatia i przygnębienie, które powodują, że chorzy zaniedbują się pod względem higienicznym, ubioru itp. Należy pod tym względem aktywować chorych, a w razie trudności z osiągnięciem celu poprosić o poradę lekarza/psychologa.

Aktywność fizyczna, dieta

Choroba nie powoduje żadnych przeciwwskazań do kontynuacji dotychczasowej aktywności fizycznej. Wręcz przeciwnie – jest to ważny element terapeutyczny.

Należy zaznaczyć, że nie ma wyników badań naukowych, wskazujących na związek schizofrenii z dietą. W każdym razie radzimy zadbać o ogólnie pojęte zdrowe odżywianie, obfitujące w warzywa, owoce i unikanie tzw. „fast foodów”. Wydaje się to mieć znaczenie przy dominacji objawów negatywnych. To co potocznie nazywamy „ciężkim jedzeniem” będzie przecież powodowało senność, ociężałość ruchową, a więc przyczyni się do wzmocnienia np. apatii.

Palenie tytoniu, alkohol

O powszechnie znanej szkodliwości palenia papierosów wszyscy wiemy. Rzucenie palenia byłoby ze względów zdrowotnych bardzo pożądane, aczkolwiek w okresach nawrotu choroby pojawiają się o wiele znacznie-sze problemy i to zdaje się przesądzać, iż nie jest to najlepszy czas do nakłaniania chorego do zerwania z nałogiem. Chyba że sam chce i np. prosi o pomoc. Należałoby się raczej skupić na tym, aby palenie nie zakończyło się pożarem. Chorzy zazwyczaj mają tendencję do dużej lekkomyślności w kwestiach bezpieczeństwa.

Inaczej rzecz ma się w przypadku alkoholu. Już w stosunkowo niewielkich dawkach wpływa on na nastrój człowieka i jego psychikę (bezzasadne dowartościowanie, krótkotrwała eliminacja problemów życiowych), a ponadto z reguły koliduje z przyjmowanymi lekami. W tym aspekcie skutki mogą być groźne.

Czy schizofrenia wpływa na ogólny stan zdrowia?

Jak już powiedziano, schizofrenia nie jest schorzeniem somatycznym, czyli takim, przy którym możemy wskazać jako przyczynę niedomaganie konkretnego organu ustrojowego. Czy zatem choroba może negatywnie rzutować/powodować somatyczne stany chorobowe? Nie ma na to jednoznacznych dowodów naukowych, jednak statystycznie zauważa się u chorych na schizofrenię zwiększoną o kilkanaście procent zachorowalność np. na choroby serca i układu krążenia.

Małżeństwo, potomstwo

Jeżeli osoba dotknięta schizofrenią nie jest ubezwłasnowolniona, a objawy choroby ustąpiły, to nie ma przeszkód prawnych i medycznych do zawarcia małżeństwa. Dotyczy to również posiadania potomstwa. Ryzyko, że w przyszłości dziecko zachoruje jest niewielkie i wzrasta dopiero, gdy obydwójce małżonkowie doświadczyli choroby psychicznej. W razie wątpliwości należy poradzić się lekarza.

Pojawia się tutaj jeszcze jeden problem natury moralnej – bardzo osobisty, a mianowicie czy informować partnera/kę o chorobie? Niestety nie da się udzielić w tej materii jednoznacznej odpowiedzi. Musimy wszakże pamiętać, iż zatajenie tego faktu może stać się okolicznością obciążającą w ewentualnym postępowaniu rozwodowym bądź też w staraniach o kanoniczne unieważnienie małżeństwa.

Pomoc społeczna, socjalna i opiekuńcza

Funkcjonujący w Polsce system ubezpieczeniowy oraz system pomocy społecznej i socjalnej, nie zostawiają nas bez pomocy. Warto zatem wiedzieć, co nam przysługuje, kiedy i na jakich warunkach.

Instytucjami, w których uzyskać możemy pomoc oraz informacje o niej, są: Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), miejskie, gminne i dzielnicowe ośrodki pomocy społecznej oraz stowarzyszenia chorych i ich rodzin oraz organizacje pozarządowe.

Oferowana pomoc ma różną postać. Są to świadczenia medyczne, pieniężne, rzeczowe oraz pomoc w opiece nad chorym. Niektóre z nich zależą od sytuacji materialnej, inne nie są z nią powiązane. Jeżeli chory nie jest samodzielny, wówczas pewne ulgi przysługują również opiekunowi, np. w opłatach za przejazdy środkami transportu publicznego czy pobyt wraz z podopiecznym na leczeniu sanatoryjno-rehabilitacyjnym.

Kompleksowe i szczegółowe informacje o przysługującej nam pomocy, świadczeniach i zasadach ich udzielania uzyskamy we właściwym ze względu na miejsce zamieszkania Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie. Udając się tam, warto zabrać ze sobą dokumentację medyczną i socjalną chorego.

Organizacje społeczne, kościelne, fundacje, stowarzyszenia, wolontariat: jest to coraz bardziej liczny, rozbudowujący się i efektywny segment pomocy dla osób przewlekle chorych. Najogólniej rzecz biorąc, są to organizacje niezależne od administracji państwowej i samorządowej, które fundusze na swą działalność pozyskują z różnych źródeł: dotacji państwowych, samorządowych, darowizn, odpisów podatkowych w ramach tzw. 1%, zbiórek itp. Spodziewać się możemy głównie pomocy

rzeczowej i pomocy w opiece nad chorym. Jej uzyskanie z reguły nie zależy od naszego statusu majątkowego, a od strony „biurokratycznej” jest ona maksymalnie uproszczona. O zakresie tej pomocy decyduje pracownik/wolontariusz (w ramach możliwości danej organizacji), który ocenia nasze potrzeby. Niestety jest to w Polsce stosunkowo nowa forma działalności pomocowej i dlatego dostępna jest przeważnie tylko w większych miastach.

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ (DPS)

Decyzja o umieszczeniu chorego w domu opieki jest szczególnie trudna, bowiem prawie zawsze dotyczy ona osoby bliskiej. Powinna być zatem poprzedzona staranną oceną stanu chorego, jego potrzeb oraz naszych/rodzinnych możliwości w zakresie zapewnienia mu właściwej opieki. Z drugiej strony miejsca w ośrodkach publicznych nie są dostępne „od zaraz”, trzeba czekać, a więc warto złożyć odpowiedni wniosek wcześniej.

W schizofrenii pobyt chorych w DPS dotyczy głównie osób w podeszłym wieku, obciążonych dodatkowo innymi schorzeniami przewlekłymi (np. zespoły otępienne, choroba Alzheimera) oraz takich, które z różnych powodów nie są w stanie funkcjonować samodzielnie, nie mają rodziny albo ta nie jest w stanie zapewnić im właściwej opieki.

GDZIE JESZCZE SZUKAĆ POMOCY?

Schizofrenia to nie tylko problem blisko 400 tysięcy chorych w Polsce, ale również olbrzymie wyzwanie dla 2–3-krotnie liczniejszej grupy opiekunów, członków rodzin itp. Dzięki ich wysiłkowi powstały liczne stowarzyszenia, fundacje, grupy wsparcia, zrzeszające ludzi opiekujących się chorymi. Istnieją zarówno organizacje ogólnopolskie, jak i regionalne lub tylko lokalne. O wielu innych można uzyskać informacje w poradni psychiatrycznej albo w Internecie.

Na co możemy liczyć: Przede wszystkim na wsparcie psychiczne, wymianę doświadczeń, informację oraz niekiedy na pewną pomoc materialną w postaci np.: turnusów rehabilitacyjnych, wyjazdów plenerowych, sprzętu rehabilitacyjnego, środków pielęgnacji i higieny.

Notatki



ADAMED

Adamed Pharma S.A.
Pieńków, ul. Mariana Adamkiewicza 6A
05-152 Czosnów