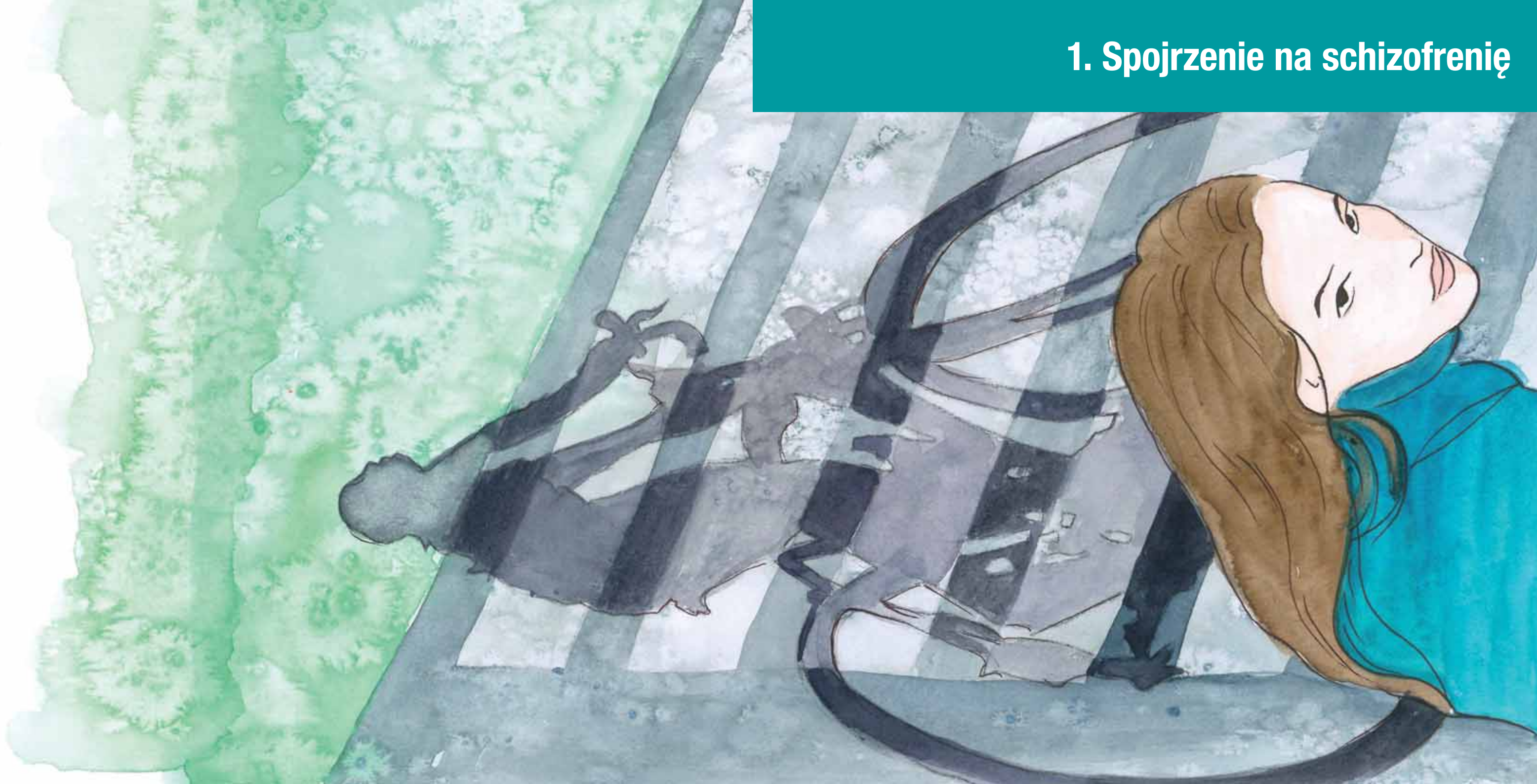


1. Spojrzenie na schizofrenię



Czym jest schizofrenia?

Schizofrenia jest przewlekłą chorobą psychiczną, która wpływa na sposób, w jaki osoba

OCENIA, POSTRZEGA I ZACHOWUJE SIĘ

Osoby cierpiące na schizofrenię doświadczają zakłóceń w postrzeganiu świata i wyrażaniu siebie. Często wydaje się, że straciły kontakt z rzeczywistością, co powoduje znaczny dyskomfort zarówno dla nich samych, jak i dla ich rodzin oraz przyjaciół.

Osoby żyjące ze schizofrenią mogą mieć trudności z odróżnieniem rzeczywistości od fantazji. Mogą obawiać się, że inni czytają w ich myślach lub potajemnie planują wyrządzenie im krzywdy. Mogą również słyszeć, widzieć, dotykać lub odczuwać rzeczy, które nie istnieją. Czasami mają trudności z odczuwaniem, rozpoznawaniem i wyrażaniem emocji. W miarę jak procesy myślowe zostają zaburzone, mogą mieć problem z koncentracją lub podejmowaniem decyzji. Dodatkowo, czynności, które kiedyś sprawiały im przyjemność, mogą już nie wywoływać radości.

Wymienione objawy mają poważny wpływ na ich codzienne funkcjonowanie oraz relacje z innymi.

Schizofrenia występuje rzadziej niż inne zaburzenia psychiczne i dotyka około

24 MILIONÓW

ludzi na całym świecie, co stanowi około

0,32%

populacji globalnej. Schizofrenia pojawia się z podobną częstotliwością u osób wszystkich płci, ras, grup etnicznych oraz w różnych środowiskach ekonomicznych.

Kiedy pojawiają się objawy?

Pierwsze objawy schizofrenii zazwyczaj pojawiają się u pacjentów w późnym okresie nastoletnim oraz na początku trzeciej dekady życia. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety mają podobne ryzyko rozwoju tej choroby. U mężczyzn objawy zwykle występują wcześniej – od późnego okresu dojrzewania do wczesnej dorosłości. Kobiety są bardziej narażone na wystąpienie objawów między końcem **DRUGIEJ** a początkiem **TRZECIEJ DEKADY** życia. Schizofrenia może pojawić się także w wieku około **45–50** lat.

Ze względu na szeroki zakres objawów

SCHIZOFRENIA JEST JEDNĄ Z NAJBARDZIEJ



ZŁOŻONYCH CHORÓB PSYCHICZNYCH.

Choć schizofrenia jest chorobą przewlekłą, możliwe jest jej skuteczne leczenie farmakologiczne.

W dłuższej perspektywie życie osób z tym schorzeniem może zostać znacząco poprawione dzięki psychoterapii i wsparciu psychospołecznemu.



Jakie czynniki zwiększają ryzyko wystąpienia schizofrenii?

W ostatnich dekadach dowiedzieliśmy się wiele na temat schizofrenii.

Jednak **DOKŁADNA PRZYCZYNA TEJ CHOROBY NIE JEST ZNANA.**

Naukowcy uważają, że może ona być spowodowana interakcją między

GENAMI A CZYNNIKAMI ŚRODOWISKOWYMI.

Geny odgrywają bardzo ważną rolę w rozwoju schizofrenii. Badania sugerują, że w chorobę tę może być zaangażowanych wiele różnych genów. Nie istnieje jednak jeden gen, który byłby bezpośrednią przyczyną tego schorzenia. Wiadomo również, że geny same w sobie nie są bezpośrednią przyczyną schizofrenii. Raczej zwiększają one podatność jednostki na rozwój tej choroby.

Istnieją również dowody na genetyczną predyspozycję. Dzielenie tego samego DNA z osobą cierpiącą na schizofrenię zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania.



Jeśli ta osoba jest bliskim krewnym, ryzyko wzrasta **15**-krotnie. Natomiast w przypadku bliźniaka jednojajowego ryzyko sięga około **50%**.

Do czynników rozwojowych i środowiskowych należą ubóstwo, stres, wirusy, toksyny, problemy żywieniowe przed urodzeniem, a także komplikacje w czasie ciąży i porodu.



Życie na obszarze o dużej gęstości zaludnienia lub pochodzenie rodzinne obciążone przemocą i traumą, niski poziom inteligencji oraz traumatyczne doświadczenia związane z prześladowaniem mogą również stanowić czynniki ryzyka.

Okres adolescencji uważany jest za kluczowy moment w rozwoju schizofrenii. W tym czasie, kiedy ciało przechodzi przez fazę intensywnego rozwoju, mózg przechodzi przez

szereg procesów dojrzewania.

U osoby podatnej na to schorzenie, te zmiany mogą wywołać epizody psychotyczne.



Zażywanie narkotyków również postrzegane jest jako czynnik ryzyka w rozwoju schizofrenii, zwłaszcza w okresie dojrzewania. Na przykład konopie indyjskie, w połączeniu z innymi wymienionymi powyżej czynnikami ryzyka, wydają się mieć bezpośredni wpływ na rozwój tego zaburzenia.



Jak schizofrenia wpływa na mózg?

Schizofrenia obejmuje szeroki zakres objawów. Zrozumienie ich wymaga najpierw przyjrzenia się temu, co dzieje się w mózgu osoby dotkniętej tą chorobą. Badania wykazały, że u osób ze schizofrenią komórki mózgowe funkcjonują i komunikują się ze sobą w odmienny sposób.

Rola neuroprzekaźników

Neuroprzekaźniki to chemiczne nośniki informacji między komórkami mózgowymi. Zbyt duża lub zbyt mała ilość tych przekaźników wpływa na sposób funkcjonowania mózgu.

Jednym z najczęściej badanych neuroprzekaźników w kontekście schizofrenii jest **DOPAMINA**.

Nazywana również „hormonem dobrego samopoczucia”, **DOPAMINA** odgrywa ważną rolę w procesach myślenia, postrzegania i motywacji. W przypadku schizofrenii nadmiar **DOPAMINY** w niektórych obszarach mózgu może prowadzić do halucynacji lub urojeń.

Z drugiej strony, zbyt niski poziom **DOPAMINY** w innych obszarach mózgu może wyjaśniać brak motywacji i energii, typowy dla schizofrenii. Inne neuroprzekaźniki, takie jak GABA, glutaminian oraz serotonina (nazywana także „hormonem szczęścia”), również mogą odgrywać istotną rolę.

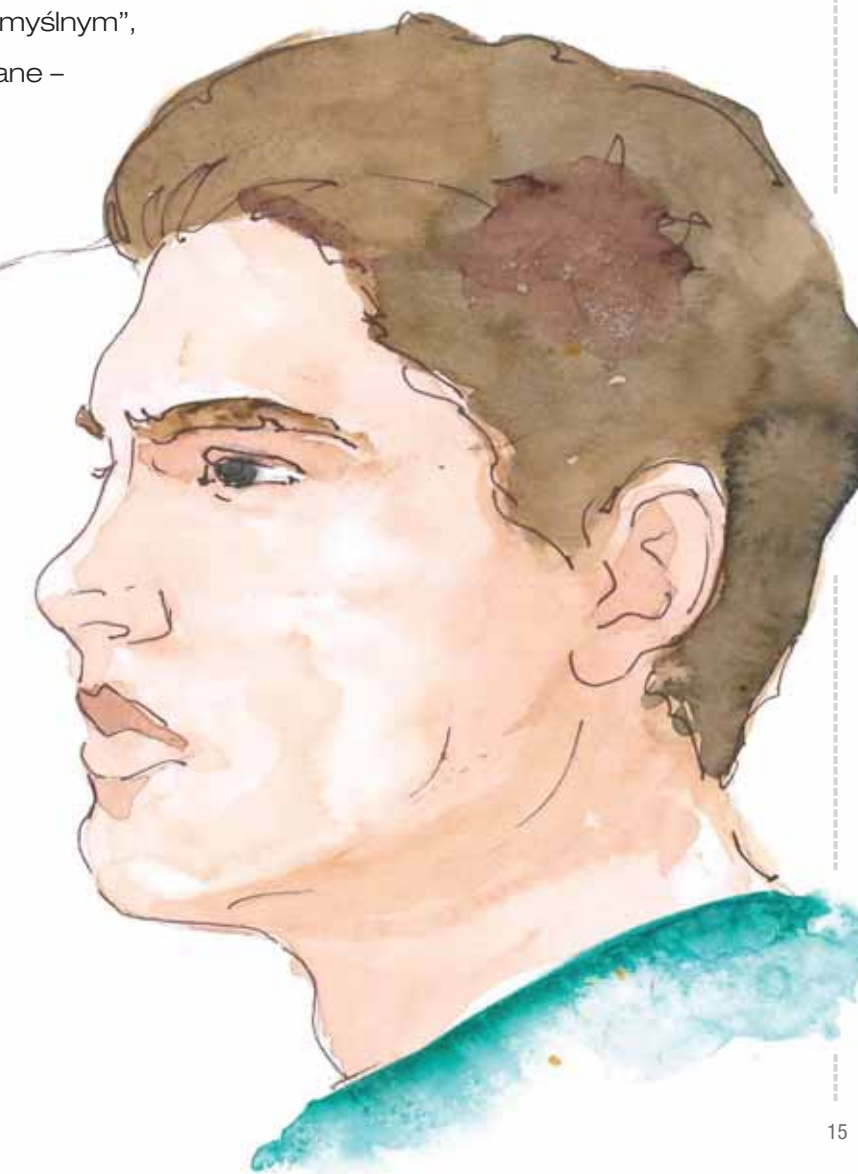
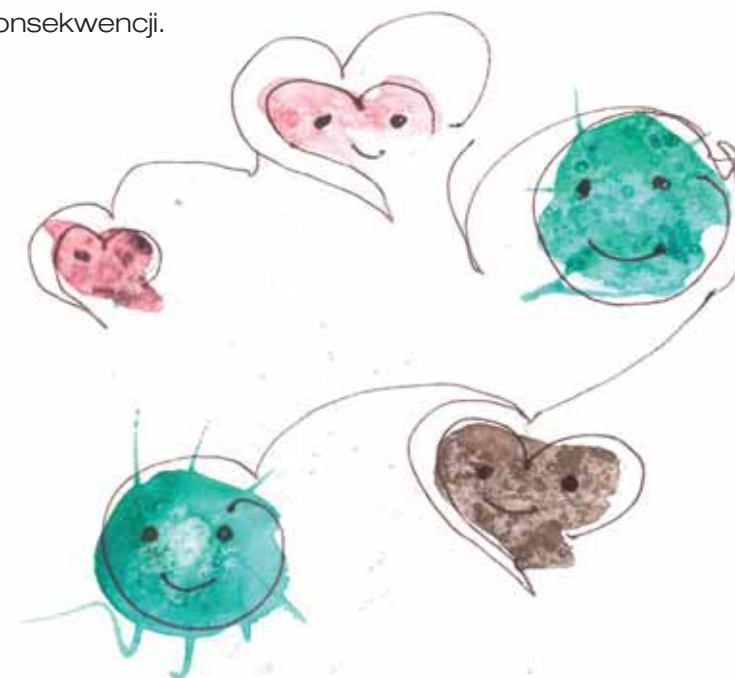
Te zmiany mogą wyjaśniać objawy takie jak luki w pamięci, trudności z przełączaniem się między zadaniami czy poczucie rozproszenia. Mogą również powodować błędną ocenę sytuacji lub trudności w przewidywaniu konsekwencji.

Sieć domyślna mózgu

Niektóre obszary naszego mózgu stają się aktywne, gdy pozwalamy myślom płynąć swobodnie. Umożliwia to nam marzenia na jawie oraz przetwarzanie myśli i wspomnień. Naukowcy nazywają to „trybem domyślnym”, a obszary mózgu w to zaangażowane – „siecią domyślną mózgu”.

U osób ze schizofrenią **TE OBSZARY SĄ NIEMAL NIEUSTANNIE W STANIE NADMIERNEJ AKTYWNOŚCI.**

Utrudnia to skupienie uwagi i wykonywanie codziennych czynności.



Objawy pozytywne



Jakie są objawy schizofrenii?

Istnieje kilka głównych kategorii objawów: pozytywne, negatywne, poznawcze i afektywne.

1. Objawy pozytywne

Objawy pozytywne (często nazywane „objawami psychotycznymi” lub „objawami wytwórczymi”) to myśli i zachowania, które nie występują u osób zdrowych.

Różne objawy pozytywne mogą pojawić się jednocześnie. Do tej grupy należą:

- **HALUCYNACJE (OMAMY):**

słyszenie, widzenie lub odczuwanie rzeczy, które w rzeczywistości nie istnieją i nie mogą być postrzegane przez innych. Mogą obejmować słyszenie dźwięków, muzyki, szeptów lub głosów, widzenie obiektów, błysków lub osób, odczuwanie tekstur czy przedmiotów, smakowanie lub wąchanie różnych rzeczy. Najczęstsze halucynacje to słyszenie głosów komentujących, zwykle prowadzących dialog, często krytykujących lub grożących. Głosy te mogą również nakazywać pacjentowi podejmowanie działań, których normalnie by nie podjął.

- **UROJENIA:** niekorygowalne, fałszywe przekonania, które nie są podzielane przez innych i mogą wydawać się dziwaczne. Osoby ze schizofrenią często wierzą, że są prześladowane lub szpiegowane. Innym razem są przekonane, że inni mogą czytać ich myśli lub że posiadają wyjątkowe moce lub zdolności. Różne rodzaje urojeń mogą występować jednocześnie.

- **ZDEZORGANIZOWANE MYŚLI I MOWA:**

obejmuje chaotyczną i nieuporządkowaną mowę oraz myślenie. Pacjenci często zatrzymują się w połowie zdania. Mogą również łączyć słowa bez logicznego sensu, mówić o rzeczach niezwiązanych z tematem lub przeskakiwać z jednej myśli na drugą. W ten sposób ich wypowiedzi stają się trudne do zrozumienia.

- **DZIWACZNE ZACHOWANIA**

mogą przejawiać się na różne sposoby, od dziecięcej błazenady po nagłe pobudzenie. Czasami pacjent może przyjmować nietypową postawę ciała lub wykonywać nadmierne ruchy. Może również opierać się poleceniom albo wykazywać całkowity brak reakcji.

Objawy negatywne



2. Objawy negatywne

Objawy negatywne (inaczej „ubytkowe”) obejmują myśli i zachowania, które zostają osłabione lub zanikają pod wpływem schizofrenii, takie jak motywacja czy umiejętność wyrażania emocji. W porównaniu do objawów pozytywnych, objawy te bywają również trudniejsze do leczenia.

Do objawów negatywnych należą:

- **OGRANICZONA EKSPRESJA EMOCJI** (nazywana również „**SPŁYCENIEM AFEKTU**” lub „**BLADYM AFEKTEM**”): wpływa na mowę, mimikę twarzy, a nawet ruchy. Mowa staje się monotonna i pozbawiona wyrazu, a głos brzmi płasko i bezbarwnie. Twarz nie wyraża emocji, a pacjent może unikać kontaktu wzrokowego.
- **BRAK SPONTANICZNOŚCI I PŁYNNOŚCI W ROZMOWIE** (nazywany również „**ALOGIA**”): mowa staje się uboga i zredukowana. Odpowiedzi mogą być opóźnione, często sprowadzają się do krótkich lub jednowyrazowych zdań, co sprawia wrażenie wewnętrznej pustki.

- **OGRANICZONA ZDOLNOŚĆ DO ODCZUWANIA PRZYJEMNOŚCI** (nazywana również „**ANHEDONIA**”): małe lub żadne zainteresowanie czynnościami, które wcześniej sprawiały radość. Mogą to być takie aktywności jak słuchanie muzyki, praca w ogrodzie czy nawet jedzenie. Uczucia wobec bliskich również mogą zostać osłabione.
- **BRAK MOTYWACJI** (nazywany również „**AWOLICJA**”): wyraźnie zmniejszone poczucie celu i napędu do działania. Przejawia się także brakiem zdolności do realizowania zaplanowanych działań. Warto zaznaczyć, że te objawy są spowodowane chorobą, a nie brakiem silnej woli.
- **WYCOFANIE SPOŁECZNE** (nazywane również „**ASPOŁECZNOŚCIĄ**”): brak potrzeby nawiązywania bliskich relacji z innymi ludźmi, co prowadzi do znacznego ograniczenia kontaktów społecznych.

Objawy poznawcze

3. Objawy poznawcze

Objawy poznawcze wpływają na myślenie i nastrój, co prowadzi do pogorszenia wyników w szkole i pracy. Zwykle pojawiają się przed objawami pozytywnymi i często utrzymują się nawet po ich złagodzeniu.

Objawy poznawcze obejmują problemy z **UWAGĄ, KONCENTRACJĄ, i PAMIĘCIĄ**. Osoby ze schizofrenią mają trudności z przyswajaniem nowych informacji oraz przetwarzaniem ich w celu podejmowania decyzji. Mogą również mieć problem z koncentracją i skupieniem uwagi, często z powodu halucynacji. Z powodu trudności z adekwatnym reagowaniem na innych, często ograniczają komunikację do minimum.

Objawy poznawcze utrudniają wykonywanie codziennych czynności. W rezultacie mogą być one jednym z najbardziej wyniszczających aspektów schizofrenii.

Często osoby ze schizofrenią nie są świadome, że cierpią na tę chorobę. Ten brak wglądu, nazywany również „anosognozą,” może znacznie utrudniać ich leczenie i opiekę.

4. Objawy afektywne

Oprócz wcześniej wymienionych typów objawów, osoby ze schizofrenią często wykazują również objawy afektywne, takie jak depresja i lęk. Depresja występuje u nawet **80%** osób ze schizofrenią i może mieć szeroki zakres negatywnych konsekwencji: zwiększa ryzyko nawrotu choroby, pogarsza funkcjonowanie społeczne oraz obniża jakość życia. Depresja dodatkowo zwiększa ryzyko samobójstwa – niemal dwie trzecie osób ze schizofrenią, które odbierają sobie życie, doświadcza wówczas objawów depresyjnych.

Okolo połowa osób ze schizofrenią ma myśli samobójcze i problemy z nastrojem, które mogą wynikać z samej choroby lub ze stresu i trudności społecznych, które schizofrenia ze sobą niesie. Ponadto, okolo **30%** osób doświadcza objawów obsesyjno-kompulsyjnych, przejawiających się jako natrętne, niechciane myśli, które powodują znaczny dyskomfort i przyczyniają się do pogłębienia depresji.

Schizofrenia przebiega w trzech fazach

Przebieg schizofrenii zależy od kilku czynników: momentu pojawienia się objawów, ich nasilenia oraz czasu trwania. Wczesne objawy często rozwijają się stopniowo, stając się z czasem bardziej intensywne i widoczne.

Osoby chore mogą doświadczać okresów nasilenia objawów oraz ich ustępowania. Okresy nasilenia objawów nazywane są zaostrzeniami lub nawrotami. Dzięki leczeniu większość objawów może się zmniejszyć lub zaniknąć (szczególnie objawy pozytywne). Remisja odnosi się do okresu bez objawów lub z jedynie łagodnymi objawami.

Mimo że przebieg choroby może wyglądać inaczej u różnych osób, można wyróżnić trzy charakterystyczne fazy:

PRODROMALNA,
CZYNNA, oraz
REZYDUALNA.

1. Faza prodromalna (początkowa)

Prodromalny oznacza „przed chorobą.”

W tej fazie, która może trwać **od 2 do 5 lat**, u osoby zachodzą zmiany, które stają się zauważalne dla rodziny i bliskich przyjaciół.



Obejmują one problemy z pamięcią i koncentracją oraz nietypowe zachowania i idee. Może również pojawić się chaotyczna komunikacja i malejące zainteresowanie codziennymi aktywnościami. U nastolatków zmiany te są często pomijane, ponieważ uważa się je za normalne w tym okresie. Patrząc wstecz, łatwiej jest dostrzec te objawy jako sygnały ostrzegawcze, jednak w danym momencie trudno byłoby je odróżnić od zwykłych oznak dojrzewania.

2. Faza czynna (ostra)

Ta faza charakteryzuje się pojawieniem objawów psychotycznych, takich jak halucynacje, urojenia i/lub zdeorganizowane myślenie i mowa, a także depresja lub płaski afekt. Obecność tych objawów nazywana jest „psychozą,” a okres ich występowania – „epizodem psychotycznym.” Objawy mogą pojawiać się stopniowo lub nagle.



W większości przypadków przyczyna pozostaje nieznana. Naukowcy sądzą, że pierwsze pojawienie się objawów psychotycznych (zwane także „pierwszym epizodem”) może być wywołane stresem. W tej fazie pacjenci i ich bliscy zazwyczaj szukają profesjonalnej pomocy.

3. Faza rezydualna (stabilizacji)

Okres ten obejmuje **6–18 miesięcy** po fazie aktywnej. W tej fazie wiele charakterystycznych objawów psychotycznych słabnie. Niektóre jednak objawy rezydualne, takie jak halucynacje lub zaburzenia funkcjonowania, mogą się utrzymywać. Objawy pozytywne mogą także zostać zastąpione przez objawy negatywne, takie jak brak energii i wycofanie się z życia społecznego. W wielu przypadkach pacjenci zaczynają rozpoznawać swoje objawy w tym okresie i uczą się, jak sobie z nimi radzić.





Jak przebiega schizofrenia?

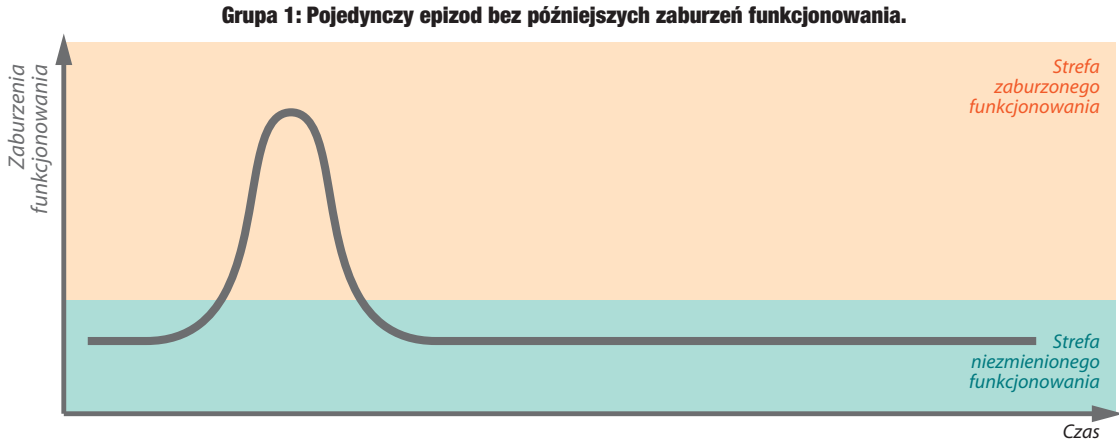
Chociaż schizofrenia u każdego pacjenta przebiega inaczej, badania pokazują, że zazwyczaj przyjmuje ona jedną z typowych form.

Poniższe cztery schematy przedstawiają możliwe przebiegi choroby oraz jej wpływ na codzienne funkcjonowanie pacjentów.

Jak pokazuje poniższy Rysunek 1, po ostrym pierwszym epizodzie z objawami psychiatrycznymi u **22%** chorych może

wystąpić remisja, bez nawrotów lub zaburzeń funkcjonowania w przyszłości.

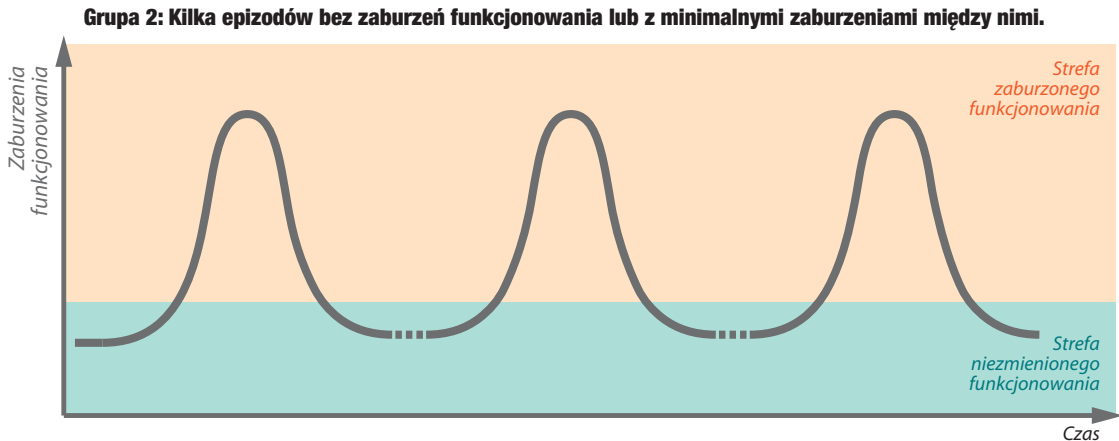
Rysunek 1.



Badania pokazują, że w **35%** przypadków choroba przebiega epizodycznie, z wieloma epizodami psychiatrycznymi w kolejnych latach, jak przedstawiono na poniższym Rysunku 2.

Epizody te są często wywoływane przez zwiększony poziom stresu. W niektórych przypadkach między poszczególnymi epizodami dochodzi do pełnej remisji i odzyskania funkcjonalności.

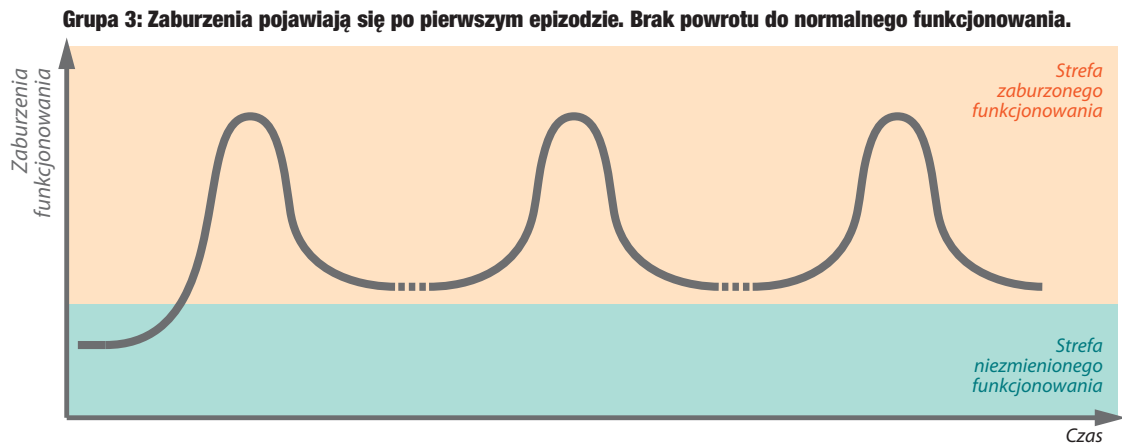
Rysunek 2.



U około **8%** osób dotkniętych chorobą występuje częściowa remisja, z osłabionymi, lecz utrzymującymi się objawami, jak pokazano na Rysunku 3.

Obejmują one objawy psychotyczne, objawy negatywne, zaburzenia poznawcze oraz utratę normalnego funkcjonowania.

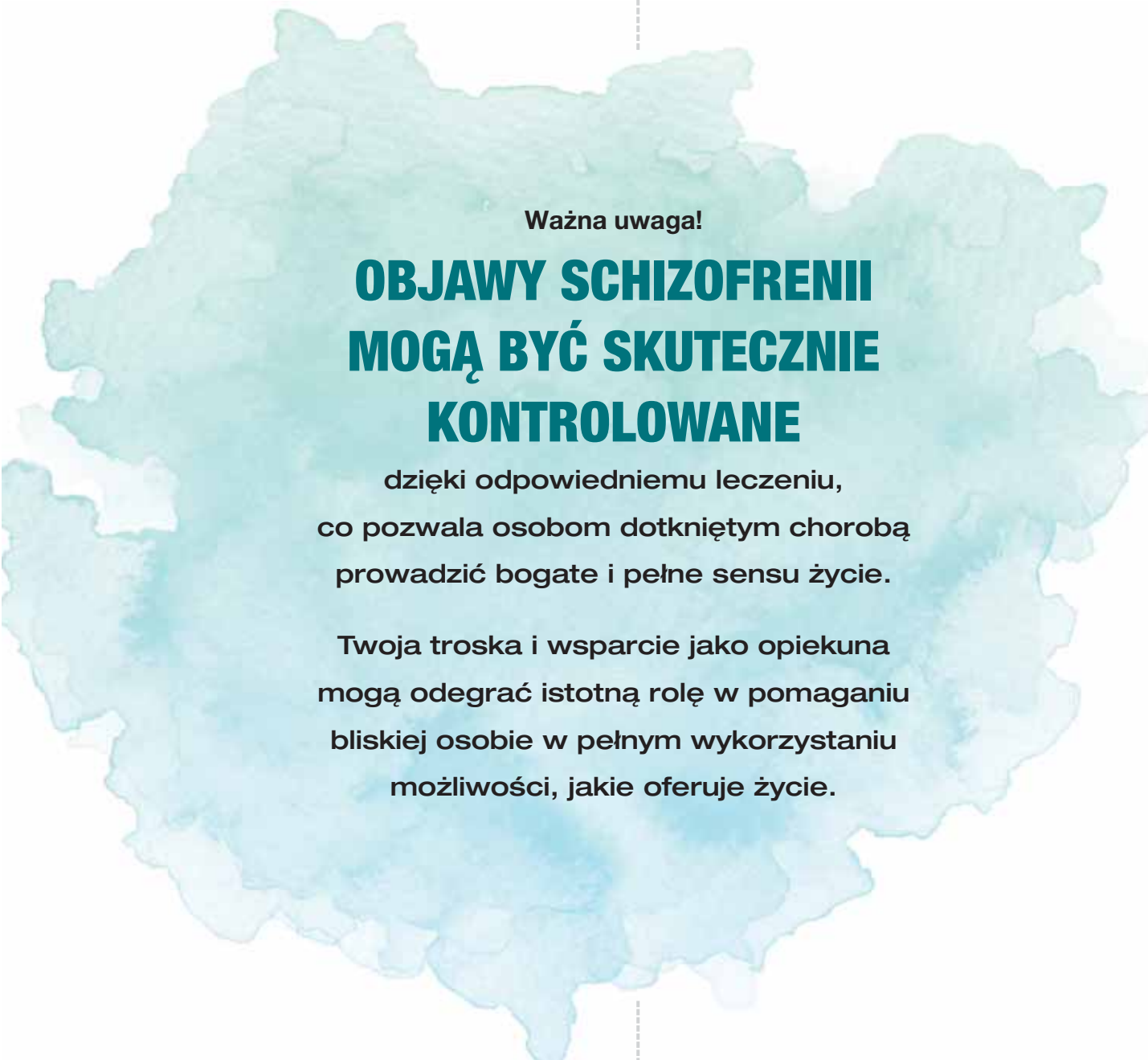
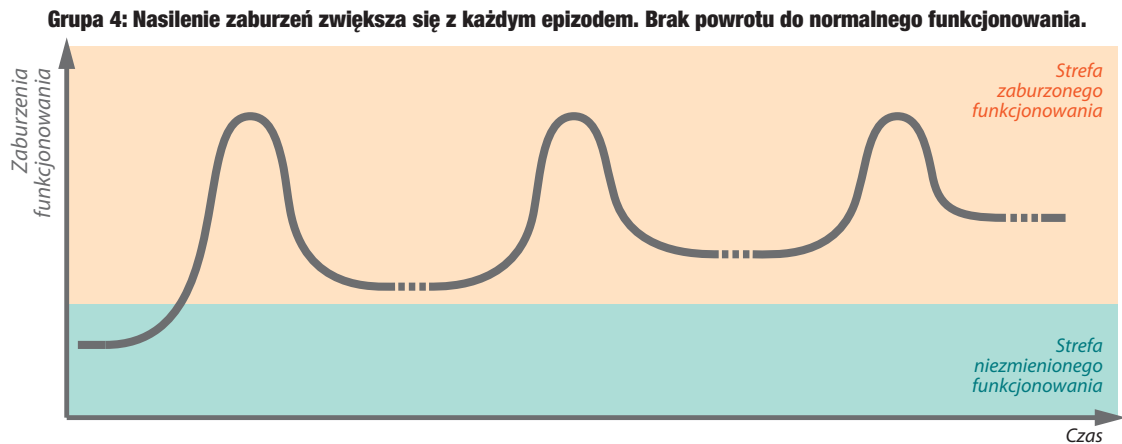
Rysunek 3.



W kolejnych około **35%** przypadków choroba stopniowo się nasila, a poszczególne epizody nie dają się wyodrębnić.

Graficzne przedstawienie znajduje się na poniższym Rysunku 4.

Rysunek 4.



Ważna uwaga!

**OBJAWY SCHIZOFRENII
MOGĄ BYĆ SKUTECZNIE
KONTROLOWANE**

dzięki odpowiedniemu leczeniu,
co pozwala osobom dotkniętym chorobą
prowadzić bogate i pełne sensu życie.

Twoja troska i wsparcie jako opiekuna
mogą odegrać istotną rolę w pomaganiu
bliskiej osobie w pełnym wykorzystaniu
możliwości, jakie oferuje życie.

Referencje

1. World Health Organization. (www.who.int) Webpage: Schizophrenia. 2022.

2. Lewis SW, Buchanan RW. Fast Facts: Schizophrenia, Fourth Edition. Health Press; 2015.

3. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018 Nov 10;392(10159):1789–858.

4. Gaebel W, Wölwer W. Themenheft 50 “Schizophrenie.” Robert Koch-Institut; 2010.

5. Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV. Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry. 1999 Jan;60(1):61–7; quiz 68–9.

6. Roberts LW, Hales RE, Yudofsky SC. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry. Seventh Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2019.

7. National Institute of Mental Health. Schizophrenia [Internet]. [cited 2020 Oct 4]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml#part_145430

8. Gaebel W, Hasan A, Falkai P. S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin: Springer-Verlag; 2019.

9. Cunningham T, Hoy K, Shannon C. Does childhood bullying lead to the development of psychotic symptoms? A meta-analysis and review of prospective studies. Psychosis. 2016 Jan 2;8(1):48–59.

10. Schizophrenia - Mental Health Disorders [Internet]. Merck Manuals Consumer Version. [cited 2020 Oct 4]. Available from: <https://www.merckmanuals.com/home/mental-health-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizophrenia>

11. Ernest, D., Vuksic, O, Smith-Shepard, A., Webb, E. Schizophrenia. An information guide. Canada. Library and Archives Canada Cataloguing in Publication; 2017.

12. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Kinon BJ. The Burden of Depressive Symptoms in the Long-Term Treatment of Patients With Schizophrenia. Schizophr Res. 2007 February; 90(1-3): 186–197.

13. Harkavy-Friedman J. Risk Factors for Suicide in Patients With Schizophrenia [Internet]. Psychiatric Times. [cited 2021 Jun 16]. Available from: <https://www.psychiatrictimes.com/view/risk-factors-suicide-patients-schizophrenia>

14. Tezenas du Montcel C, Pelissolo A, Schürhoff F, Pignon B. Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: an Up-To-Date Review of Literature. Curr Psychiatry Rep. 2019 Jul 1;21(8):64.

15. Corcoran C, Walker E, Huot R, Mittal V, Tessner K, Kestler L, et al. The stress cascade and schizophrenia: etiology and onset. Schizophr Bull. 2003;29(4):671–92.

16. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Third Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2020.

17. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Aust N Z J Psychiatry. 2003 Oct;37(5):586–94.

18. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry. 2005 Mar;162(3):441–9.

19. Bäuml J. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2013.

20. Schizophrenia.com. Schizophrenia Facts and Statistics. (<http://schizophrenia.com/szfacts.htm>)

1. Spojrzenie na schizofrenię

28

29