

Schizofrenia – tajemnica poznania



Rozmowa z dr. n. med. Patrykiem Piotrowskim, adiunktem w Katedrze Psychiatrii UM we Wrocławiu, specjalistą psychiatrą i specjalistą terapii środowiskowej

Czy schizofrenii można zapobiec?

Odpowiedź na to pytanie nie jest jednoznaczna. Z pewnością można i powinno się prowadzić wczesną diagnostykę. Choroba ma podłoże genetyczne i tym samym pewne predyspozycje są dziedziczne, choć jeśli chodzi o ujawnianie się objawów, dużą rolę odgrywa także środowisko i jakość życia pacjenta. Jeśli pierwsze prodromalne objawy psychotyczne pojawiają się w okresie dorastania, wówczas odpowiednio szybkie działania – wczesne interwencje – pozwalają na skierowanie dziecka do wyspecjalizowanych ośrodków. Jeśli występują one w późniejszym okresie życia, można je zaobserwować na przykład poprzez wycofanie się pacjenta z relacji społecznych, mniejsze zwracanie uwagi na realia życia – również w kontekście sformalizowanych obowiązków. Objawy wytwórcze, takie jak urojenia czy omamy, zazwyczaj szybciej zwracają uwagę otoczenia. Można zatem zapobiegać ujawnianiu się objawów choroby w pełnym nasileniu, ale bardziej ich konsekwencjom, a w dalszej perspektywie nawrotom.

Jak ważne jest wsparcie społeczne?

Jest nie do przecenienia. Nie chodzi tylko o aspekt finansowy, ale o włączenie chorego do aktywności spo-

łecznej poprzez oddziaływanie terapii środowiskowej. Chorzy muszą pokonać wiele barier, jak choćby niechęć mieszkańców dzielnicy czy bloku, gdzie często postrzegani są jako dziwni, inni bądź wręcz niebezpieczni. Niewiedzy często towarzyszy lęk. Niezbędne są zatem inicjatywy informacyjne i edukacyjne uświadamiające „zdrowym”, czym są zaburzenia psychiczne. Chorzy często uznają swoją chorobę za piętno, co można ograniczyć, tworząc w przestrzeni publicznej atmosferę akceptacji. Poczucie wsparcia sprzyja też pozostawianiu w dłuższym kontakcie z poradnią zdrowia psychicznego, lekarzem, pielęgniarką środowiskową i terapeutami, korzystnie wpływając na rokowanie.

Objawy schizofrenii nie należą do najprzyjemniejszych.

Ta choroba ma dwie twarze. Jedna z nich to ostre objawy, do których należą omamy i urojenia mogące prowadzić do poważnych zaburzeń w zachowaniu. Druga to powolne odstawanie od realiów życia, zapadanie się w swojej psychice. Ostry epizod jest trudny do ukrycia, chory mówi rzeczy niezrozumiałe dla otoczenia, często staje się podejrzliwy, czuje się zagrożony. „Tłący się” epizod także przejawia się w zaburzeniach zachowania i bywa zauważony przez otoczenie, ale nie jest już tak

oczywisty dla osób postronnych. Może polegać na zupełnej zmianie przebiegu linii życia chorego w porównaniu z jego funkcjonowaniem przed chorobą. Czasem zwraca to uwagę najbliższych i powoduje skierowanie do lekarza, zwykle jednak dopiero wówczas, kiedy proces nasilenia objawów ubytkowych trwa dłużej. Ma to destrukcyjny wpływ na aktywność zawodową lub co najmniej efektywność pracy.

W raporcie, którego pan jest współautorem, czytamy, że chorzy zazwyczaj tracą pracę po wystąpieniu objawów choroby oraz w sytuacji wielokrotnych hospitalizacji.

Niestety tak jest. Problem w dużej mierze związany jest z ujawnianiem się choroby, zwykle w trzeciej dekadzie życia, kiedy nabywa się kompetencje społeczne i zawodowe. Jeśli objawy utrudniają swobodne nawiązywanie relacji interpersonalnych, pojawiają się trudności w wejściu na konkurencyjny rynek pracy. Alternatywą są zakłady pracy chronionej, jednak należy pamiętać, że ta forma zatrudnienia nie jest pozbawiona elementu stygmatyzacji. W krajach z rozwiniętym systemem psychiatrycznej opieki środowiskowej próbuje się inkorporować chorych do rynku pracy poprzez trening umiejętności zawodowych, aktywne poszukiwanie wakatów z udziałem wyszkolonych doradców zawodowych. Istnieją także możliwości szkolenia nowych, oczekiwanych przez rynek umiejętności. Ma to szczególne znaczenie w obecnej sytuacji młodszego pokolenia w całej Europie, dla którego zdobycie zatrudnienia staje się poważnym wyzwaniem. Według badań wyższe wykształcenie uważane jest za czynnik obniżający ryzyko utraty pracy oraz korzystania z rent. W raporcie wykazaliśmy, że w 74 proc. wypadków przy 5 hospitalizacjach osoby chore na schizofrenię przechodziły w Polsce na rentę. Sytuacja na rynku pracy dynamicznie się zmienia i polityka państwa powinna być nakierowana na możliwie długie utrzymanie zatrudnienia, bo jest ono tą wartością, która „kotwaczy” chorego w społeczeństwie, daje poczucie sprawczości i niezależności, a jeśli jej nie ma, chory staje się ofiarą dodatkowej stygmatyzacji. Pacjenci często chcieliby pracować, ale wymagania bywają zbyt duże, a nierzadko brakuje zainteresowania ze strony pracodawców. W naszym badaniu wykazaliśmy, że 93 proc. osób, które przebyły 5 i więcej hospitalizacji psychiatrycznych, traciły pracę.

Jak pomóc utrzymać pracę?

Znowu niezbędne jest wsparcie społeczne, które zapobiegnie negatywnym rokowniczo konsekwencjom, do których należy między innymi nawrót choroby. Chodzi tu o możliwie szybką pomoc, wskazanie, że potrzebny jest kontakt z lekarzem. Trzeba przyznać, że rynek pracy w Europie jest trudny szczególnie przy małej dostępności lub wręcz braku instytucji, które zajmowały-

” W 74 proc. wypadków osoby chore na schizofrenię po piątej hospitalizacji przechodziły w Polsce na rentę ”

by się poszukiwaniem zatrudnienia dla osób po przeżyciu epizodu psychotycznego. Należy zauważyć, że pacjenci pracujący miewają nawroty rzadziej. W przebiegu chorób przewlekłych, do których należy schizofrenia, pojawia się moment, kiedy należy skorzystać ze specjalistycznej konsultacji, a praca tworzy pewną strukturę funkcjonowania – sposób życia i radzenia sobie w różnych, często obciążających okolicznościach.

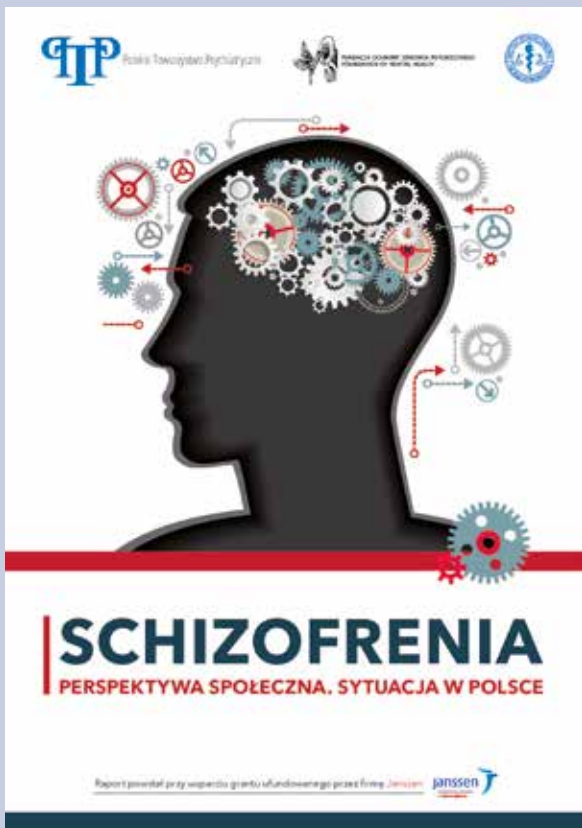
Wspomniał pan o stygmatyzacji.

Tak i to kilkukrotnie, w pełni zresztą intencjonalnie. Termin ten w odniesieniu do zaburzeń psychicznych ma znaczenie szczególne. Stygmatyzacja występuje wszędzie, w wielu krajach, niezależnie od funkcjonujących w nich systemów opieki psychiatrycznej. Jak już wspomniałem, schizofrenia to choroba niezrozumiała, postrzegana w kontekście niebezpieczeństwa, tymczasem to osoby chore na schizofrenię są często ofiarami społeczeństwa. Największe obciążenie stanowi etykieta inności oraz idące za tym konsekwencje.

” Pacjenci często chcieliby pracować, ale wymagania bywają zbyt duże, a nierzadko brakuje zainteresowania ze strony pracodawców ”

Jak powszechną chorobą jest schizofrenia?

Cierpi na nią od 0,5 do 1 proc. populacji, nie jest więc bardzo powszechna, ale równocześnie odsetek ten nie będzie mniejszy. To choroba wpływająca na wiele elementów życia. Osób, u których mogą okresowo wystąpić pewne objawy charakterystyczne dla schizofrenii, jest o wiele więcej, choć nie u każdego zostanie rozpoznana właśnie ta choroba. Aby postawić diagnozę, psychiatra musi zidentyfikować objawy o określonym nasileniu i czasie trwania. Objawy krótkotrwałe i mniej intensywne nie pozwalają na postawienie jednoznacznej diagnozy, chociaż czasem wymagają podobnego podejścia psychofarmakoterapeutycznego.



Raport „Schizofrenia. Perspektywa społeczna. Sytuacja w Polsce”

Raport „Schizofrenia. Perspektywa społeczna. Sytuacja w Polsce” prezentuje pełny obraz leczenia schizofrenii z perspektyw ekonomicznej, społecznej i ludzkiej. Jest to pierwsze tego typu opracowanie przedstawiające, jaki wpływ wywiera schizofrenia nie tylko na życie pacjenta, ale i na system opieki zdrowotnej oraz społecznej, generując ogromne wydatki z budżetu publicznego. Raport powstał dzięki konsultacjom merytorycznym, których udzielili konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, zarząd Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz zarząd Instytutu Ochrony Zdrowia. Publikacja raportu została wsparta grantem firmy Janssen.

Czy można wyzdrowieć?

Wyzdrowienia w schizofrenii to dość kontrowersyjny temat. Może być tak, że w życiu pojawia się jeden epizod psychotyczny, takiej formy doświadcza nawet 30 proc. pacjentów. Nie zawsze przebieg schizofrenii jest negatywny w rozumieniu społecznym, a przy odpowiednim wsparciu i skutecznej farmakoterapii istnieje możliwość ograniczenia ryzyka hospitalizacji bądź rehospitalizacji.

Leczenie może być wówczas prowadzone w warunkach ambulatoryjnych bądź na oddziałach dziennych. Osoby, które korzystają z tych form terapii, rokują lepiej, ponieważ nie podlegają tak intensywnej stygmatyzacji jak pacjenci jednostek stacjonarnych, choć – co należy podkreślić – już samo rozpoznanie niesie ze sobą negatywny kontekst dla chorego. Ponad 60 proc. społeczeństwa boi się pacjentów z zaburzeniami czynności psychicznych. Celem postępowania powinno więc być unikanie wykluczenia, bo w jego wyniku pacjenci są pozostawiani sami sobie, przestają być samowystarczalni i wymagają zapewnienia usług opiekuńczych.

Co więc powinni wiedzieć opiekunowie?

Ich rola jest bardzo ważna, choćby dlatego, że mogą uchwycić objawy zwiastunowe pogorszenia stanu zdrowia, kiedy pacjent ich nie ujawnia, obawiając się kolejnej hospitalizacji, bądź przejawia brak wglądu, czyli świadomości bycia chorym. Wreszcie to opiekunowie najczęściej zapewniają bezpośrednie codzienne wsparcie, choć często sami wsparcia potrzebują. Obciążenie opieką nad chorym ma swoje konsekwencje, także zdrowotne, a wciąż zbyt mała jest dostępność programów do nich kierowanych. Różne organizacje pożytku publicznego starają się wypełnić tę lukę, jednak potrzeby w mojej opinii są zdecydowanie większe.

Jak sprawdza się system?

System opieki psychiatrycznej istnieje i pacjent nie jest zdany wyłącznie na siebie. Do psychiatry można pójść bez skierowania, a w sytuacjach nagłych możliwe są konsultacje w izbach przyjęć. W szpitalnictwie też nie jest najgorzej, choć łóżek mogłoby być więcej, ponieważ w ujęciu epidemiologicznym system wciąż nie odpowiada standardom uznanym na świecie. W Polsce ciągle jest on oparty na zamkniętych zakładach leczniczych i to powinno zostać zmodyfikowane na rzecz małych oddziałów w placówkach ogólnomedycznych, wspieranych przez wiele elementów modelu środowiskowego. Od 2010 r. istnieje Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, jednak jego realizacja wciąż pozostawia wiele do życzenia. Realia okazały się silniejsze niż sama idea. Rozsądne i oczekiwane przez pacjentów założenia nie znalazły prawdopodobnie zrozumienia wśród decydentów, ale również – i tu należy uderzyć się w piersi – w środowisku psychiatrów. To chyba pięta achillesowa projektu, który w centrum stawia nie realizację kontraktu, ale człowieka z jego chorobami somatycznymi, potrzebami uzyskania pomocy ze strony terapeutów zajęciowych i środowiskowych, psychoterapeutów, wreszcie z pragnieniem uświadomienia społeczności lokalnej, że jej pełnoprawnymi członkami są także osoby z zaburzeniami psychicznymi, które czasem mogą się inaczej zachowywać czy wyglądać, ale nadal pozostają ludźmi.

Marta Koblańska