22.05.2021 · Materiały edukacyjne

Ciekawy artykuł: Schizofrenia – a co to takiego?

Termin schizofrenia pochodzi od starogreckich słów schizis (co oznacza rozszczepić) oraz phren (co oznacza umysł). Charakteryzuje się nieadekwatnym postrzeganiem, przestrzeganiem, przeżywaniem, odbiorem i oceną rzeczywistości. Chory cierpiący na tę chorobę nie potrafi krytycznie spojrzeć na własną osobę, otoczenie oraz relację z innymi. Inne określenia tej choroby to **psychoza schizofreniczna** lub choroba **Bleurera**.

W medycynie rozróżnia się kilka rodzajów schizofrenii, którą w zależności od przeważających objawów wyróżnia się następujące postaci:

- **Schizofrenie paranoidalną**– w której dominują objawy pozytywne –urojenia i omamy.
- **Schizofrenie hebefreniczną**– górują w niej niedostosowanie oraz objawy dezorganizacji w zakresie myślenia, afektu oraz zachowania.
- **Schizofrenie katatoniczną**– przeważają w niej stany tzw. osłupienia lub pobudzenia katatonicznego. Chory nie nawiązuje kontaktu z otoczeniem. Bywa iż osłupienie katatoniczne przechodzi w stan bardzo silnego pobudzenia psychoruchowego.
- **Schizofrenie prostą**– nie występują w niej objawy pozytywne a stopniowo narastające objawy negatywne są przyczyną załamania linii życiowej.
- **Schizofrenie rezydualną**– dominują w niej objawy tzw. resztkowe (rezydualne), które utrzymują się przez dłuższy czas z wyraźną przewagą objawów negatywnych w przeszłości u osób cierpiących na nią wystąpił co najmniej jeden epizod choroby z objawami chorobowymi.

- **Schizofrenie niezróżnicowaną**– cechuję ją brak przewagi jednych objawów nad innymi i ich zmienność. Taki obraz choroby nie pozwala rozpoznać żadnej z przedstawionych powyżej obrazów schizofrenii.

Według badań specjalistów w Polsce najczęstszą postacią schizofrenii jest schizofrenia paranoidalna. Na chorobę tę najczęściej zapadają osoby młode przed 30 rokiem życia. Jeżeli chodzi o mężczyzn to zaczynają oni chorować wcześniej ponieważ w wieku między 15 a 24 rokiem życia niż kobiety, które zaczynają chorować między 25 a 35 rokiem życia. Jeżeli chodzi o początki choroby to mogą się one pojawić w sposób nagły (w przeciągu kilku dni) jak i stopniowy (narastający w przeciągu kilku miesięcy lub nawet kilku lat). Przeważnie bywa tak iż to rodzina pacjenta jako pierwsza dostrzega pierwsze symptomy choroby) i to ona szuka pomocy u specjalisty. Pacjenci natomiast przeważnie nie dostrzegają pierwszych symptomów choroby – fałszywie odczytują rzeczywistość i unikają pomocy lekarskiej.

W schizofrenii wyróżnia się następujące objawy:

1. objawy pozytywne
2. objawy negatywne
3. objawy dezorganizacji psychicznej
4. zaburzenia poznawcze
5. zaburzenia afektu

Objawy pozytywne i negatywne oznaczają pewien nadmiar lub brak w postrzeganiu rzeczywistości oraz przekonań. Objawy te są to omamy i urojenia oraz pseudohalucynacje. Przy urojeniach chory widzi rzeczy lub wydarzenia, które nie mają miejsca w rzeczywistości lub nieadekwatnie przeżywa rzeczywistość. Przekonania chorego są bardzo mocne i nikt nie jest w stanie wytłumaczyć mu, że się

myli. Osoby (rodzina, lekarz), które chcą przekonać chorego że się myli bardzo często postrzegane są przez niego jako wrogowie i często włączane do jego świata urojeń. W przebiegu schizofrenii mogą wystąpić urojenia ksobne polegające na przekonaniu chorego, że jest on podsłuchiwany i obmawiany. Innym rodzajem urojeń występujących w schizofrenii są urojenia prześladowcze. Pacjent ma poczucie, że jest prześladowany, podsłuchiwany a nawet wyszydzany. Częstokroć też pacjent twierdzi, że otaczające go osoby chcą go skrzywdzić czy nawet zabić. Zdarzają się też pacjenci z urojeniami odsłonięcia, twierdzą oni, że stają się ofiarami osób lub rzeczy, które przejmują jego myśli tak, że są one słyszalne i ujawniane innym. Urojenia oddziaływania polegające na tym, że pacjent twierdzi iż, jego myśli, uczucia i zachowanie ulegają wpływowi innych postaci lub rzeczy.

Halucynacje, inaczej zwane omamami to zaburzenia postrzegania obejmujące zmysły wzroku, słuchu smaku, węchu i dotyku polegające na tym, iż chory realnie odczuwa doznania zmysłowe mimo iż w otoczeniu nie ma bodźca, który mógłby je wywołać.

U chorych z halucynacjami słuchu występują różne głosy (dźwięki, słowa lub zdania), które tak naprawdę nie występują w rzeczywistości. Głosy te częstokroć komentują zachowanie chorego lub nakazują mu wykonanie różnych czynności. Bardzo ważne jest monitorowanie osób, u których zaobserwowano halucynacje słuchu, w których pacjent słyszy głosy nakazujące mu popełnienie samobójstwa.

Jeżeli chodzi o halucynacje wzrokowe to pacjent doznający ich widzi różne osoby, postaci czy rzeczy lub kształty, które nie występują w rzeczywistości. Halucynacją tym mogą towarzyszyć halucynacje słuchowe.

Chory u którego zdiagnozowano zarówno halucynacje słuchowe jak i halucynacje wzrokowe mogą dodatkowo interpretować je urojeniowo, co potęguje jego postrzeganie rzeczywistości w „fałszywe” przekonania. Wydaje mu się, że inni go obmawiają, słyszą, komentują jego postępowanie czy wręcz wydają mu polecenia.

Takiej osobie wydaję się że jest podsłuchiwana, prześladowana czy wręcz, że „oni” chcą ją skrzywdzić. Często u takich osób występuje tzw. lęk psychotyczny.

Pseudohalucynacje występują natomiast gdy chory nie słyszy tych głosów z zewnątrz ale z wnętrza swojej głowy lub słyszy te głosy, które wydobywają się z jego ciała i może z nimi dyskutować. Pseudohalucynacje i omamy słuchowe to najczęściej występujące obok urojeń objawy schizofrenii.

Objawy negatywne schizofrenii:

- anhedonia (zmniejszona zdolność lub brak zdolności do odczuwania przyjemności),
- aspontaniczność (spadek, utrata spontaniczności zachowań i uczuć),
- bierność, apatia, zubożenie wypowiedzi (wypowiadanie się pojedynczymi słowami o ubogiej treści, małe zróżnicowanie wypowiedzi),
- awolicja (brak własnej woli czy jej ograniczenie),
- spowolnienie ruchowe, mniejsza dbałość o siebie.
- abulia (tj. „bezczynność” jako efekt braku zdolności czy ograniczonej zdolności do planowania i podejmowania działań o określonym, złożonym celu).

Zaburzenia poznawcze, które najczęściej występują w przebiegu schizofrenii to zaburzenia koncentracji i uwagi oraz różnego rodzaju zburzenia pamięci . Pacjent taki z trudem skupia się na wykonywanych czynnościach. U pacjentów cierpiących na schizofrenie występują często zaburzenia afektu. Częstokroć wiążą U pacjentów cierpiących na schizofrenie występują często zaburzenia afektu. Częstokroć wiążą się one z urojeniami czy halucynacjami oraz objawami negatywnymi i trudnościami z nich wynikającymi. Objawom tym może towarzyszyć smutek żal czy zmniejszenie radości życia. Kolejnym przykładem zaburzenia nastroju jest depresja poschizofreniczna czyli wystąpienie objawów depresji występujące po ustąpieniu objawów psychozy. U cierpiących na tę jednostkę chorobową obserwujemy obniżenie aktywności zawodowej, radości życia czy spadek aktywności życiowej.

Niestety przyczyny schizofrenii są bardzo złożone oraz w pełni nieznane. W tak zwanym modelu biopsychospołecznym uwzględniono między innymi czynniki biologiczne (w tym genetyczne), psychologiczne, społeczne i środowiskowe, które zgodnie z wiedzą medyczną mogą wpływać na wystąpienie tej choroby oraz jej obraz kliniczny. Ryzyko zachorowania jest większe w rodzinach u których u krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) rozpoznano schizofrenię. Jednak w zależności od tego, który z członków rodziny jest chory ryzyko jest bardzo zróżnicowane.

Na przykład w przypadku występowania schizofrenii u obojga rodziców ryzyko zachorowania dziecka sięga 46%, podobnie wysokie ryzyko dotyczy bliźniaków jednojajowych (48%). Natomiast w przypadku schizofrenii występującej tylko u jednego z rodziców lub u rodzeństwa niebliźniaczego ryzyko to wynosi odpowiednio 6% i 9%. Jeżeli jeden z bliźniaków dwujajowych choruje na schizofrenie to ryzyko jej rozwoju wynosi 17%. Ta podatność nie musi oznaczać, że ona wystąpi a rozwój choroby zależy od współdziałania wielu różnych czynników.

Samo wystąpienie objawów psychotycznych nie zawsze oznacza iż chory cierpi na schizofrenię. Dopiero po uwzględnieniu obrazu klinicznego, przebiegu leczenia i obserwacji klinicznej lekarz może rozpoznać schizofrenię albo inną chorobę psychiczną.

Psychiatra stawia diagnozę schizofrenii na podstawie osobistego zbadania, które obejmuje rozmowę z pacjentem. Wskazana jest też rozmowa z rodziną pacjenta obejmująca dotychczasowe zachowanie pacjenta, występowanie niepokojących objawów czy obciążeń genetycznych. Nie ma możliwości stwierdzenia schizofrenii poprzez wykonanie badań laboratoryjnych. Nie mniej jednak, wskazane jest wykonanie badań nawet neuroobrazowych by wykluczyć inne choroby, które mogą imitować schizofrenię lub gdy rozpoznanie jest wątpliwe. Przy wystąpieniu schizofrenii bardzo często może występować uzależnienie od nikotyny, nadużywanie

alkoholu, substancji psychoaktywnych takich jak marihuana czy amfetamina, leków uspakajających lub nasennych.

W przebiegu schizofrenii występują również różne choroby somatyczne, które wpływają niekorzystnie na przebieg leczenia. Zaliczają się do nich choroby układu krążenia, nadwaga, zwiększone stężenie cholesterolu czy cukrzyca.

Wydrukowano ze strony Fundacja Edukacji Empatii Rozwoju "FEER" dnia 16.09.2026. Treść mogła od tego czasu ulec zmianie. Aktualna wersja: https://feer.org.pl/aktualnosci/ciekawy-artykul-schizofrenia-a-co-to-takiego