



# PROF. NADZW. DR HAB. N. MED. JANUSZ HEITZMAN

- I Specjalista psychiatra
- I Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w Warszawie
- I Dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- I Kierownik Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- I Przewodniczący zespołu Ministra Zdrowia ds. opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020
- I Nauczyciel akademicki i wykładowca na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz w Krajowej Szkole Sądownictwa i Prokuratury

Schizofrenia jest chorobą, gdzie trudno jest określić jednoznaczne czynniki wyzwalające. Tak, jak wiele jest potencjalnych przyczyn i czynników ją wyzwalających, tak też wiele jest obrazów klinicznych tej choroby mózgu. Trudno zgodzić się z poglądem, że u każdego rozwija się ona w podobny i porównywalny sposób. Niesie to daleko idące konsekwencje. Z własnego doświadczenia klinicznego mogę powiedzieć, że mnogość postaci schizofrenii przekracza sztywne i klasyczne podziały zamieszczone w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, zarówno ICD-10 - Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jak i Klasyfikacji DSM -5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Co prawda każda z tych klasyfikacji pozostawia pewien margines dla postaci trudnych do zdefiniowania, ale niewątpliwie sztywnym kryteriom wymykają się te postaci psychozy, które nie są tak ekspansywne, by wymagało to zdecydowanej interwencji zewnętrznej. Inaczej mówiąc nie wszystkie postaci choroby są leczone, co więcej, jeżeli nawet tak się dzieje, to leczenie to obecnie w coraz większym procencie odbywa się w sektorze prywatnym, a w związku z tym wypada poza statystykę zachorowalności prowadzoną w oparciu o dane NFZ. Gdy dzisiaj mówimy o zachorowalności na schizofrenię rzędu 1% populacji, co w Polsce przekłada się na 350 – 400 tysięcy chorych to z tej liczby rocznie ok. 180 000 jest rejestrowana w systemie a ok. 40.000 jest hospitalizowanych.

**DEBATA  
EKSPERCKA**

**W PARZE  
ZE SCHIZOFRENIĄ**

Jak zwiększyć w Polsce dostęp do efektywnych terapii?

27 marca 2019 r.

godz. 12:00

Centrum Prasowe  
Polskiej Agencji Prasowej  
ul. Bracka 6/8, Warszawa

**ORGANIZATORZY:**





Nie można pomijać faktu, że w obrazie klinicznym schizofrenii dominujące zaburzenia myślenia występują łącznie ze zmienionym postrzeganiem rzeczywistości, które nie tylko może być efektem urojeń i omamów, ale też różnych przeżyć emocjonalnych. Ten właśnie obszar emocjonalnej dysfunkcyjności w sposób szczególny naznacza rodziny osób chorujących, tworząc często dla wszystkich atmosferę nie do zniesienia. Gdy wiąże się to z brakiem poczucia choroby, niechęcią do podejmowania leczenia z uwagi na lęk przed stygmatyzacją i naznaczeniem, teza, że choruje cała rodzina ma swoje uzasadnienie. Są badania wskazujące na zależność pomiędzy schizofrenią u jednego z rodziców a wysoką częstotliwością dokonanych samobójstw w grupie ich kilkunastoletnich synów i córek. Przykład ten zwraca uwagę na szeroki kontekst epidemiologiczny zachorowalności na schizofrenię i konsekwencje społeczne o szerokim i trudnym do opisanego wymiarze.

Znaczącym problemem w grupie chorujących na schizofrenię jest przedwczesna umieralność. Szacuje się, że osoby chorujące statystycznie żyją nawet 20 lat krócej (w krajach wysokorozwiniętych od 20 do 25 lat) (70% przewidywanej długości życia). Dla Polski prognozy na najbliższe lata nie są optymistyczne. Wg, danych z 2016 roku przy średniej długości życia w UE wynoszącej 82 lata, długość życia w Polsce wyniosła 78 lat. Jeżeli od tej liczby odejmiemy czas skróconego życia z powodu schizofrenii o 15-20 lat, to okazuje się, że przeciętny czas życia w Polsce osób z diagnozą schizofrenii mieści się w przedziale 58-63 lata. Mimo, że ryzyko samobójstwa to jedna z najpoważniejszych przyczyn skracania życia w schizofrenii (uważa się, że śmiercią samobójczą umiera ok. 10% chorujących) to problemem jest późna diagnoza i nieleczenie lub niewłaściwe leczenie chorób somatycznych.



Wśród przyczyn przedwczesnej śmiertelności należy brać pod uwagę również efekt metaboliczny stosowanych nadal w przeważającej ilości leków przeciwpsychotycznych. Mimo, że wygaszają one „psychotyczną produkcję”, niwelują urojenia i omamy to niekorzystne konsekwencje zespołu metabolicznego objawiają się przyrostem masy ciała, nadciśnieniem, niewydolnością układu krążenia, cukrzycą. Te schorzenia stanowią bezpośrednią przyczynę przedwczesnych zgonów (dochodzą do nich choroby nowotworowe, a nawet grypa). Trzeba pamiętać, że osoby chorujące na schizofrenię nie są objęte dedykowanymi im programami badań profilaktycznych, nie tylko, że sami nie zbyt chętnie są pacjentami innych niż psychiatryczna poradni, to również z uwagi na trudności z komunikacją nie należą do współpracujących pacjentów. Do zdecydowanie zwiększonej zapadalności na choroby somatyczne przyczynia się też pozbawiony aktywności fizycznej styl życia, zła dieta preferująca węglowodany i tłuszcze, uzależnienia (głównie od nikotyny i alkoholu), ale też skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych czy nieostrożnych co skutkuje wysoką wypadkowością. Światowe badania potwierdzają, że osoby chorujące na schizofrenię otrzymują nieoptymalną opiekę lekarską, gdzie nie ma skutecznej w dawkach wysokich i powyżej zalecanych, o dużym obciążeniu metabolicznym.

Wysokiej i przedwczesnej śmiertelności w schizofrenii można zapobiegać. Drogą do tego jest przede wszystkim:

- zmniejszenie nasilenia objawów schizofrenii i poprawa współpracy;
- skuteczne leczenie farmakologiczne;
- skuteczne interwencje psychospołeczne;
- większe uspołecznienie, samodzielność, aktywizacja zawodowa,
- wspieranie rodziny i opiekunów chorujących.



Zmiana w procesie leczenia schizofrenii jest konieczna, jeżeli myślimy o konieczności odwrócenia złych prognoz. Wiemy już, że wczesne rozpoczęcie leczenia będzie miało korzystny wpływ na remisję i poprawę rokowania. Dzisiaj dysponujemy już lekami przeciwpsychotycznymi drugiej generacji o przedłużonej formie uwalniania (LAI). Ta forma leczenia pozwala na poprawę codziennego funkcjonowania, stabilność procesu terapeutycznego, co więcej wykazano, że leki te wpływają na zmniejszenie śmiertelności. Niestety w Polsce pod względem ich preskrypcji zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w Europie. Przyczyną jest wysoka cena leku, restrykcyjne przepisy refundacyjne wymagające precyzyjnej diagnozy (tylko diagnoza F 20, co nie zawsze jest jednoznacznie możliwe), odwlekane decyzje o rozpoczęciu leczenia lekami LAI do kolejnego nawrotu i zaostrzenia choroby z brakiem współpracy.

Drugi kierunek w terapii schizofrenii to stosowanie leków przeciwpsychotycznych pozbawionych niekorzystnego efektu metabolicznego, bezpośrednio wpływającego na ryzyko skrócenia życia. W tym obszarze terapeutycznym mieści się lek o klasycznej formie uwalniania – lurazydon. Jest on porównywalny w skuteczności przeciwpsychotycznej i bezpieczeństwie stosowania z innymi lekami drugiej generacji. Jest on lekiem innowacyjnym, który zasługuje na zastąpienie nim innych leków o niekorzystnym efekcie metabolicznym w wypadku ich przewlekłego stosowania. Przy stosowaniu lurazydonu potwierdza się istotnie niższą częstość przyrostu masy ciała powyżej lub co najmniej o 7%; istotnie niższy odsetek hospitalizacji; istotnie niższy odsetek przerwanych terapii z niewyjaśnionych przyczyn lub z powodu braku skuteczności. Do zalet lurazydonu należy jeszcze jego wyższość w poprawianiu funkcji poznawczych. Trzeba zauważyć, że częstsze remisje i ograniczenie wskaźnika hospitalizacji przekładają się na wymierne oszczędności w zakresie leczenia schizofrenii. Korzystny profil terapeutyczny pozwala na skuteczne stosowanie tego leku w grupie chorych w podeszłym wieku i chorujących somatycznie.



Na tle innych leków lurazydon charakteryzuje się dobrą tolerancją, przy stopniowym zwiększaniu dawki można zaobserwować poprawę przy małym ryzyku zaburzeń kardio-metabolicznych, hiperprolaktynemii i nadmiernej sedacji. Również dawkowanie – raz na dobę z posiłkiem, jest oceniane jako wygodne.

Stosowanie leków LAI i lurazydonu wpisuje się w schemat leczenia zrównoważonego. Leczenie schizofrenii wymaga terapii zindywidualizowanej i opartej na wiedzy specjalistycznej. Cały proces terapeutyczny winien być osadzony w kompleksowej, ciągłej opiece środowiskowej i rehabilitacji. Umożliwi ona aktywizację zawodową i zmniejszy inwalidyzację. Temu ma służyć wdrażany program pilotażowy opieki psychiatrycznej, gwarantujący powszechny dostęp do szybkiej pomocy przedlekarskiej i lekarskiej. Efektywność wdrażania form opieki środowiskowej ma być potwierdzona ograniczeniem hospitalizacji w zakresie ich liczby i czasu trwania, zmniejszeniem liczby samobójstw przypadających na dany obszar populacyjny, zmniejszeniem ogólnej śmiertelności i skracaniu lat życia, poprawie jakości życia osobom chorującym na schizofrenię i ich rodzinom.

Dr hab. med. Janusz Heitzman, profesor IPiN  
Dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego