

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z ZABURZENIAMI SCHIZOAFEKTYWNYMI

Nursing care for a patient with schizoaffective disorder

Dorota Kuba¹, Dorota Blajerska²

¹ 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu

² Zakład Chorób Układu Nerwowego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: dorotakuba01@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Zaburzenia schizoaffective (psychoza schizoaffective) to choroba, w przebiegu której występują równocześnie lub w czasie zbliżonym i o tym samym natężeniu objawy zaburzeń afektywnych i schizofrenicznych. Jeśli są nieleczone, mogą zakończyć się samobójstwem chorego. Dlatego ważna jest edukacja chorych i ich rodzin w zakresie wczesnego reagowania na nasilające się objawy, konieczności przyjmowania zleconych leków, a także w zakresie skutków ubocznych stosowanej farmakoterapii.

Cel pracy. Zwrócenie uwagi na problemy pielęgnacyjne występujące w opiece nad pacjentem z zaburzeniami schizoaffective.

Materiał i metody. Opieką pielęgniarzką objęto pacjentkę przyjętą do oddziału psychiatrycznego z powodu myśli samobójczych i próby odebrania sobie życia. Opisu stanu zdrowia psychicznego i fizycznego dokonano na podstawie wywiadu pielęgniarzkiego, rozmowy z pacjentką, obserwacji, a także z analizy dokumentacji medycznej.

Wyniki. W trakcie pobytu pacjentki w oddziale psychiatrycznym myśli samobójcze ustąpiły. Szczególną uwagę zwrócono na współpracę z personelem medycznym oraz komunikację z innymi pacjentami, a także edukację pacjentki w zakresie objawów oraz leczenia zdiagnozowanej choroby.

Wnioski. 1. Opiekę pielęgniarzką nad chorą należy zaplanować na podstawie sformułowanych diagnoz pielęgniarzskich oraz obserwacji stanu zdrowia i potrzeb pacjentki. 2. Psychoza schizoaffective zaburza dotychczasowe życie rodzinne, społeczne i zawodowe. Nieleczona stanowi zagrożenie życia. 3. Istotną rolę w leczeniu, oprócz farmakoterapii, odgrywa psychoedukacja. Należy w nią włączyć również rodzinę pacjenta.

Słowa kluczowe: zaburzenia schizoaffective, problemy pielęgnacyjne, opieka pielęgniarzka.

SUMMARY

Background. Schizoaffective disorder (schizoaffective psychosis) are disorders in which they occur simultaneously or in a short time, and with the same intensity, symptoms of affective disorders and schizophrenic disorders. If they are untreated, they may end up being suicidal. That is why it is important to educate the patients, and especially their families, in the area of early response to the worsening symptoms, the necessity of taking the ordered medicines, as well as the side effects of the pharmacotherapy.

Objectives. The aim of the work is to draw attention to the problems of caring for the care of a patient with schizoaffective disorder.

Material and methods. Nursing care included a patient admitted to a psychiatric ward because of suicidal thoughts and attempts to take her own life. Psychological and physical health is described on the basis of nursing history, conversation with the patient, observation and analysis of medical records.

Results. During her stay in the psychiatric ward, she did not have suicidal thoughts. Particular attention was paid to cooperation with medical staff and communication with patients, as well as the patient's education regarding the symptoms and treatment of the disease.

Conclusions. 1. Nursing care of the patient should be planned on the basis of formulated nursing diagnoses and based on observation of the patient's health and needs. 2. Schizoaffective psychosis disturbs the current family, social and professional life. Untreated is life-threatening. 3. Psychoeducation is an important role in treatment, in addition pharmacotherapy. It should also include the patient's family.

Key words: schizoaffective disorder, nursing problems, nursing care.

WSTĘP

Pojęcie „zaburzenia schizoaffective” zostało sformułowane w 1933 roku, a jego autorem jest Jacob Kasanin. Są one nazywane psychozą schizoaffective (PSA) lub schizofrenią cykliczną. W ICD-10 umieszczono je w grupie psychoz schizofrenicznych (F.25) [1]. Psychoza schizoaffective polega na tym, że występują objawy zaburzeń afektywnych o umiarkowanym bądź ciężkim nasileniu oraz objawy schizofrenii. Symptomy te muszą istnieć w tym samym czasie lub w czasie zbliżonym i mieć takie samo natężenie. Klasyfikacja DSM-5 przyjęła co najmniej dwutygodniowe występowanie objawów schizofrenii bez objawów afektywnych oraz co najmniej dwutygodniowy okres współwystępowania objawów schizofrenii i objawów afektywnych [2].

Szacuje się, że rocznie na schizofrenię cykliczną zapada 0,17/10 000 osób. Ryzyko zachorowania w ciągu życia ocenia się na mniej niż 1%. Zachorowań na psychozy schizoaffective jest dwa razy mniej niż na schizofrenię, której rozpowszechnienie wynosi 0,5–1,5%. Ryzyko śmierci samobójczej jest wyższe niż w schizofrenii (10% schizofreników ginie śmiercią samobójczą) i chorobie afektywnej dwubiegunowej (ok. 50% chorych podej-

muje próby odebrania sobie życia, często powtarzane do skutku) [2, 3].

Rozpoznanie tej choroby uwzględnia kilka warunków:

Obecność zaburzeń afektywnych:

- maniakalnych (jeśli spełnione są kryteria manii lub zaburzeń dwubiegunowych);
- depresyjnych (jeśli spełnione są kryteria depresji nasilonej w stopniu co najmniej umiarkowanym);
- mieszanych (obecność zaburzeń maniakalnych i depresyjnych) [3].

Obecność zaburzeń schizofrenicznych:

- echo myśli;
- urojenia oddziaływania, wpływu i owładnięcia;
- omamy głosowe komentujące zachowanie chorego lub dyskutujące między sobą, albo innego rodzaju głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała;
- utrwalone urojenia, których treść jest kulturowo niestosowna i absurdalna (np. komunikowanie się z roślinami, posiadanie zdolności kontrolowania pogody);
- rozkojarzenie, niedostosowanie wypowiedzi;
- zachowania katatoniczne (np. pobudzenie, zastyganie, osłupienie).

Najczęściej stosowane przesłanki wykluczenia:

Zaburzenie nie jest uwarunkowane chorobą organiczną mózgu, zatruciem, uzależnieniem lub odstawieniem alkoholu, ani innych substancji psychoaktywnych [4].

Za przyczynę psychozy schizoafektywnej uważa się wpływ czynników patogenetycznych, charakterystycznych dla zaburzeń afektywnych i schizofrenii. Spośród krewnych osób cierpiących na tę chorobę częściej występują zarówno psychozy schizoafektywne, jak i schizofrenie oraz choroby afektywne. Ryzyko wystąpienia psychozy u krewnych pierwszego stopnia wynosi 12–42% [5].

Dobór leczenia jest uzależniony od objawów dominujących w danym epizodzie. W przypadku, kiedy dominują objawy psychotyczne (wytwórcze) lub maniakalne, stosuje się leki przeciwpsychotyczne (LPP). Epizody schizoafektywne typu depresyjnego skłaniają do wyboru neuroleptyków o działaniu przeciwdepresyjnym lub nie nasilających depresji. W przypadku ciężkiej depresji, bądź nieskuteczności leków, celowe może być leczenie elektrowstrząsowe. Po uzyskaniu poprawy stosuje się profilaktycznie leki normotymiczne [6]. W leczeniu podtrzymującym zastosowanie ma psychoterapia, która może zmniejszyć częstość nawrotów choroby [7].

CEL PRACY

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na problemy pielęgnacyjne w opiece nad pacjentem z zaburzeniami schizoafektywnymi.

MATERIAŁ I METODY

Praca, w której wykorzystano proces pielęgnacyjny pacjenta z zaburzeniami schizoafektywnymi, ma charakter kazuistyczny. Metodą badawczą jest studium indywidualnego przypadku. Technikami badawczymi są: obserwacja, wywiad z pacjentką oraz analiza dokumentacji medycznej.

OPIS PRZYPADKU

Czterdziestoletnia pani J. została przyjęta do oddziału psychiatrycznego za zgodą. Kontakt słowny z pacjentką był wymuszony i powierzchowny. Na pytania odpowiadała logicznie, ale cicho i powoli. W trakcie rozmowy potrafiła skupić się na zadawanych pytaniach. Nastrój miała obniżony, wyraz twarzy smutny, mimikę zubożałą. Pamięć, a także orientacja auto- i allopsychiczna była zachowana.

Matka pacjentki po urodzeniu jednego z braci, cierpiała na depresję poporodową, a siostra powiesiła się również z powodu depresji. W 1997 r. w wieku 26 lat kobieta wyszła za mąż i po kilku dniach od tego wydarzenia rozpoczęła się u niej choroba. Chora przyznaje: „latałam po mieście, wydzwaniałam do ludzi, rzucałam meblami w domu, imprezowałam”. Wtedy miała miejsce pierwsza hospitalizacja. Po dwóch latach od ślubu, z powodu choroby psychicznej żony, mąż złożył pozew o rozwód. Wówczas stan zdrowia psychicznego pacjentki uległ pogorszeniu i podjęła próbę samobójczą przez przedawkowanie leków. Do momentu, kiedy żyli rodzice, hospitalizacje były krótkie i rzadkie, a remisje długie. Jednak po ich śmierci, pobyty w szpitalu znacznie się wydłużyły i były coraz częstsze.

Obecnie jest to jej 25. pobyt w szpitalu psychiatrycznym w okresie 20 lat. Rozpoznanie lekarskie brzmi: zaburzenia schizoaektywne typ maniakalno-depresyjny. Chora przyznaje, że na początku choroby bardzo źle się czuła, a teraz jest zmęczona i nie ma siły, a także, że czasem nie brała przepisanych przez lekarza leków. Kobieta wykazuje przywiązanie do męża. Twierdzi, że ciągle jest obok niej „pod różnymi postaciami”. Trzymając rękę innej pacjentki mówi, że trzyma rękę męża. Boi się powrotu do domu. Przyznaje, że ostatnio częściej pojawiają się myśli samobójcze. Pacjentka nie ma dzieci, jednak w czasie rozmowy wyznaje, że ma 20-letnich bliźniaków. W czasie rozmowy robi przerwy, wstaje, idzie do „klubu pacjenta” i pali papierosa, podchodzi do okna i głośno śpiewa.

Pacjentka nie ma wsparcia ze strony rodziny. Zarówno bracia, jak i siostrzenica (z którą mieszka w domu rodzinnym) rzadko ją odwiedzają, czasem przychodzi do niej koleżanka.

Zdarza się, że kobieta wchodzi w konflikty z innymi pacjentkami oraz z zespołem terapeutycznym. Odmawia porannej oraz wieczornej toalety. Z powodu obniżonego nastroju, większą część dnia spędza w łóżku lub w „klubie pacjenta” paląc papierosa.

U pacjentki stosowana jest farmakoterapia. W przeszłości była też dwukrotnie leczona elektrowstrząsami.

Problem 1. Obniżenie nastroju z powodu odczuwanego lęku przed utratą kontroli nad własnym zdrowiem.

Cel opieki:

- poprawa nastroju oraz zapewnienie bezpieczeństwa psychicznego pacjentce;
- zniwelowanie odczuwanego lęku.

Plan działań:

- częsta obecność przy pacjentce oraz obserwacja jej zachowania;
- okazywanie chorej akceptacji;
- okazywanie cierpliwości w rozmowie z chorą;
- umiejętne słuchanie pacjentki bez osądzania;
- rozmawianie z chorą o przyczynach obniżenia nastroju;
- zachęcanie chorej do rozmowy z psychologiem lub osobą duchowną;
- odpowiadanie na zadawane przez pacjentkę pytania zgodnie z prawdą;
- kontrolowanie przyjmowania leków przez pacjentkę;
- zachęcanie do udziału w terapii zajęciowej (czytanie, malowanie, słuchanie muzyki) lub w zebraniach społeczności leczniczej [8].

Problem 2. Ryzyko popełnienia samobójstwa spowodowane myślami samobójczymi.

Cel opieki:

- minimalizowanie ryzyka popełnienia samobójstwa;
- zwiększenie zdolności samokontroli i wzmocnienie u chorej poczucia bezpieczeństwa.

Plan działań:

- okazywanie chorej zrozumienia i empatii;
- rozpoznanie przyczyn pogorszenia zdolności pacjentki do samokontroli;
- nieocenianie chorej, zapewnianie wsparcia;
- prowadzenie wnikliwej obserwacji pacjentki, również w godzinach nocnych między 3⁰⁰ a 5⁰⁰ rano, podczas przekazywania dyżurów, przebywania w miejscach uzasadnionego odizolowania, a także w trakcie wyjść poza oddział;
- zwracanie uwagi na werbalne oraz niewerbalne sygnały świadczące o tendencjach samobójczych (np. częste mówienie o śmierci, ciągłe przebywanie w sali);
- obserwowanie i analiza aktywności ruchowej chorej;
- jak najczęstsze przebywanie z chorą oraz rozmowa o towarzyszących jej negatywnych uczuciach;
- uświadamianie pacjentce jej możliwości;
- podpowiadanie chorej możliwości rozwiązywania problemów;
- stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej, która rozwija samoświadomość;
- wzbudzanie nadziei przez okazywanie ciepła i optymizmu [9].

Problem 3. Ograniczenie zdolności do samoopieki, która prowadzi do zaniedbania higienicznego, spowodowane brakiem siły oraz obniżoną aktywnością ruchową.

Cel opieki:

- przywrócenie zdolności do samoopieki.

Plan działań:

- zapewnienie i pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych;
- monitorowanie liczby przyjmowanych posiłków i płynów;
- proponowanie pomocy w przypadku trudności przy wykonywaniu toalety;
- umożliwienie chorej wyboru posiłków;

- zwracanie uwagi na wygląd zewnętrzny chorej;
- wspieranie pacjentki w podejmowanych przez nią działaniach;
- kontrolowanie masy ciała i wypróżnień;
- wzmacnianie pozytywnych działań pacjentki;
- edukacja pacjentki na temat znaczenia higieny osobistej [8].

Problem 4. Brak poczucia wsparcia ze strony rodziny, spowodowane brakiem wiedzy na temat choroby, objawiające się poczuciem bezradności chorej.

Cel opieki:

- zapewnienie poczucia wsparcia pacjentce.

Plan działań:

- nawiązanie kontaktu emocjonalnego z chorą;
- okazywanie empatii i zrozumienia;
- uważne słuchanie chorej;
- zapewnienie bezpieczeństwa chorej przez częste przebywanie z nią;
- udzielanie informacji dotyczących zdrowia pacjentki;
- pomoc w radzeniu sobie z trudnościami;
- zaszczepienie wiary w powodzenie leczenia;
- zachęcanie rodziny chorej do częstszych wizyt; uświadomienie jej, że ma to wpływ na przebieg choroby;
- edukacja rodziny pacjentki w zakresie choroby [8].

Problem 5. Utrudnione komunikowanie z otoczeniem, wynikające z zaburzeń toku i treści myślenia, objawiające się wchodzeniem w konflikty z innymi pacjentami oraz członkami zespołu terapeutycznego.

Cel opieki:

- nawiązanie oraz podtrzymanie poprawnych relacji chorej z otoczeniem.

Plan działań:

- zachowanie spokoju i opanowania podczas konfrontacji z chorą;
- okazywanie empatii oraz akceptacji w rozmowie z pacjentką;
- dbanie o zgodność przekazywanych pacjentce komunikatów werbalnych i niewerbalnych;
- rozpoznanie przyczyn trudności pacjentki w komunikowaniu się z innymi;
- nieokazywanie niechęci w przypadku natarczywego zachowania chorej;
- nieskładanie chorej obietnic nie mających pokrycia w rzeczywistości;
- przedstawienie w sposób zdecydowany braku akceptacji dla niepożądanych zachowań chorej;
- przekazywanie chorej krótkich i precyzyjnych informacji;
- informowanie o zabiegach i badaniach, które są wykonywane przy pacjentce [9].

Problem 6. Brak umiejętności radzenia sobie ze stresem, objawiające się paleniem tytoniu.

Cel opieki:

- nauczenie pacjentki skutecznych metod radzenia sobie ze stresem;
- edukacja chorej w zakresie wpływu stresu na organizm.

Plan działań:

- pomaganie chorej w identyfikowaniu czynników wywołujących reakcję stresową;
- pomaganie pacjentce w eliminowaniu czynnika stresującego;
- zwrócenie uwagi na właściwą postawę ciała i poruszanie się bez napięcia (tzw. technika Aleksandra);
- uczenie pacjentki sposobów radzenia sobie ze stresem (odreagowanie emocji, rozwiązywanie problemów);
- pokazanie chorej ćwiczeń relaksacyjnych:
 - technika głębokiego oddychania;
 - technika napinania i rozluźniania mięśni;
 - ćwiczenia rytmiczne.

Problem 7. Ryzyko wystąpienia chorób z powodu palenia tytoniu.

Cel opieki:

- zaprzestanie palenia tytoniu lub ograniczenie liczby wypalanych papierosów;
- zminimalizowanie ryzyka wystąpienia chorób.

Plan działań:

- edukacja pacjentki w zakresie wpływu palenia na organizm;
- motywowanie pacjentki do ograniczenia palenia;
- zaproponowanie rozmowy z psychologiem;
- zaproponowanie uczestnictwa w terapii zajęciowej w celu odwrócenia uwagi od chęci palenia: czytanie, rysowanie, zajęcia rytmiczne, spacer.

Problem 8. Zaburzone postrzeganie oraz interpretowanie rzeczywistości objawiające się omamami wzrokowymi i słuchowymi.

Cel opieki:

- przywrócenie prawidłowej percepcji rzeczywistości.

Plan działań:

- zdobycie zaufania chorej przez kontakt terapeutyczny;
- tworzenie atmosfery dającej poczucie bezpieczeństwa;
- obecność przy chorej przeżywającej lęk, zachowanie spokoju i okazywanie zrozumienia;
- wysłuchanie chorej, nieocenianie, niekrytykowanie;
- stosowanie techniki urealnienia i słowne wyrażanie wątpliwości;
- pomaganie pacjentce w skierowaniu uwagi na rzeczywistość;
- kontrola przyjmowanych leków [9].

Problem 9. Wypowiadanie treści urojeniowych wynikających z zaburzeń myślenia i procesów poznawczych.

Cel opieki:

- zniwelowanie odczuwanych dolegliwości.

Plan działań:

- obserwowanie pacjentki dotyczące objawów psychotycznych;
- akceptowanie wypowiedzi pacjentki bez oceny;
- wysłuchanie chorej, niezaprzeczanie urojeniom, niepozwierdzanie im, niekrytykowanie, niedyskutowanie na temat urojeń;
- odwracanie uwagi chorej od doznań psychotycznych przez np. uczestnictwo w zajęciach grupowych (rysowanie, czytanie, ćwiczenia ruchowe) lub rozmowę;
- zachęcanie pacjentki do psychoedukacji oraz aktywnego udziału w farmakoterapii [9].

DYSKUSJA

Jak twierdzi A. Bilikiewicz, na zaburzenia schizoafektywne częściej chorują kobiety [6]. Wielu badaczy stwierdza częsty udział czynników wyzwalających chorobę, np. sytuacyjnych, połogowych, somatycznych [6]. W przypadku obserwowanej pacjentki, czynnikiem wyzwalającym był ślub. W rodzinie pacjentki występowały zaburzenia psychiczne. Matka cierpiała na depresję poporodową, a siostra popełniła samobójstwo z powodu depresji. Jest to zgodne z badaniami, które mówią, że ryzyko zachorowania na zaburzenia schizoafektywne jest wyższe, jeśli w rodzinie występowały choroby afektywne [10]. Pacjentka podjęła próbę odebrania sobie życia. Wyniki badań pokazują, że u osób z zaburzeniami afektywnymi często występują zachowania samobójcze. U chorych na dużą depresję (ang. *major depressive disorder* – MDD) wynoszą 30–40%, a u chorych na zaburzenia afektywne dwubiegunowe (ang. *bipolar disorder* – BD) – około 50%. Wyniki badań sugerują, że czynnikami ryzyka podjęcia próby samobójczej są m.in.: występowanie myśli samobójczych, wcześniejsze próby samobójcze oraz zachowania samobójcze w rodzinie [11]. W ciągu życia próby samobójcze

podejmowało 43% chorych z depresjami w przebiegu psychoz schizoaфекtywnych i 29% chorych z zaburzeniami maniakałnymi [3]. Statystyki te pokazują, jakiej skali jest ten problem.

Choroba rozpoczęła się u pacjentki w trzeciej dekadzie życia. Przeczy to informacjom zawartym w piśmiennictwie, które mówi, że zaburzenia te pojawiają się na początku czwartej dekady [12]. Chora była hospitalizowana 25 razy w ciągu 20 lat. To o wiele więcej, niż dane zawarte w piśmiennictwie, które mówi o 6–7 hospitalizacjach w ciągu 25 lat [6]. Pacjentka ma klasyczne objawy zaburzeń schizoaфекtywnych o typie maniakałno-depresyjnym. Objawy schizofreniczne to omamy wzrokowe i słuchowe oraz urojenia. Symptomy maniakałne manifestują się rozproszeniem uwagi oraz pobudzeniem psychoruchowym. Natomiast przyrost masy ciała, myśli i próby samobójcze, utrata energii oraz poczucie bezwartościowości to typowe objawy depresyjne. Mają one przebieg okresowy w postaci nawrotów, przedzielone są okresami remisji [6].

Według badań, czynniki stresowe rzutują na przebieg choroby. W przypadku badanej pacjentki, okresy jej hospitalizacji wydłużyły się po śmierci rodziców i siostry [13]. Chora uzależniona jest od nikotyny. Jak pokazują badania, uzależnienie od substancji psychoaktywnych występuje często u osób z zaburzeniami schizofrenicznymi [14]. Powodem tego jest między innymi fakt, że cechuje ich wzmożona podatność na uzależnienia [15].

Pacjentka obecnie leczona jest lekami przeciwpsychotycznymi, a w przeszłości dwukrotnie leczona była elektrowstrząsami. Taka terapia skojarzona jest prawdopodobnie bardziej efektywna od każdej metody stosowanej osobno [16]. W wyniku farmakoterapii lekami przeciwpsychotycznymi u chorej nastąpił przyrost masy ciała. Wyniki badań potwierdzają wpływ tych leków na przyrost masy ciała, gospodarkę węglowodanową oraz lipidową [17].

Pacjenci z zaburzeniami schizoaфекtywnymi wymagają wsparcia ze strony personelu medycznego oraz rodziny. Ten pierw-

szy dysponuje nie tylko farmakoterapią, ale i terapią grupową. Dzięki niej pacjenci chętniej stosują się do zaleceń lekarskich, a także poszerzają wiedzę w zakresie własnej choroby. Główny nacisk w grupach chorych kładzie się na psychoedukację. Stosuje się także terapię interpersonalną, która koncentruje się na problemach psychospołecznych i interpersonalnych. Jej celem jest rekonstrukcja osobowości, poprawienie komunikacji interpersonalnej, stosowanie zachowań adekwatnych do sytuacji [18]. Wczesna psychoterapia oraz farmakoterapia mogą zmniejszać prawdopodobieństwo zachowań samobójczych u chorych [19].

Temat zaburzeń schizoaфекtywnych nie jest do końca poznany i wymaga dalszych długotrwałych badań. Warto zwrócić uwagę, że nie przeprowadzono badań, które zweryfikowałyby słuszność proponowanej farmakoterapii. Obecnie niewiele jest artykułów na temat tych zaburzeń. Psychoza schizoaфекtywna dotyczy nie tylko pacjenta, ale i jego najbliższych. Dlatego tak ważne są interwencje psychoedukacyjne skierowane do rodziny chorego. Psychoterapia może odroczyć kolejną hospitalizację oraz sprawić, że pacjent będzie stosował się do zaleceń terapeutycznych. Przeprowadzona psychoedukacja z udziałem rodziny chorego może uratować mu życie. Najważniejsze to nie być biernym i wyciągnąć do chorego pomocną dłoń. Zaburzenia schizoaфекtywne to choroba, która nieleczona, prowadzi do śmierci.

WNIOSKI

1. Opiekę pielęgnarską nad chorą należy zaplanować na podstawie sformułowanych diagnoz pielęgnarskich oraz na podstawie obserwacji stanu zdrowia i potrzeb pacjentki.
2. Psychoza schizoaфекtywna zaburza dotychczasowe życie rodzinne, społeczne i zawodowe. Nieleczona stanowi zagrożenie życia.
3. Istotną rolę w leczeniu, oprócz farmakoterapii, stanowi psychoedukacja. Należy w nią włączyć również rodzinę pacjenta.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Pużyński S, red. *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
2. Kujawski R. Różnicowanie schizofrenii i choroby afektywnej na początku XX wieku. Czy po stu latach jesteśmy mądrzejsi? *Psychiatr Psychoter* 2017; XIII: 42–58.
3. Rzewuska M. Psychozy schizoaфекtywne – kryteria rozpoznawania i zasady farmakoterapii zaburzeń. *Farmakoter Psychiatr Neurol* 2001; IX: 322–360.
4. Buckley P, Jones P, red. *Schizofrenia*. Wrocław: Urban & Partner; 2005.
5. Freuberger H, Schneider W, Stieglitz R, red. *Kompendium psychiatrii i psychoterapii medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
6. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, i wsp., red. *Psychiatria*. T. 2. Wrocław: Urban & Partner; 2011.
7. Święcicki Ł, red. *Postępowanie terapeutyczne w chorobach afektywnych*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010.
8. Wilczek-Rużyczka E, red. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Czelej; 2007.
9. Górna J, Jaracz K, Rybakowski J, red. *Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
10. Hauser J, Leszczyńska-Rodziewicz A, Skibińska M. Wspólne podłoże genetyczne schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej? *Psychiatria* 2005; 3: 145–153.
11. Isometsä E. Zachowania samobójcze wśród osób cierpiących na zaburzenia afektywne: kto, kiedy, dlaczego? *Med Prakt Psychiatr* 2016; 3: 20–32.
12. Bilikiewicz A, red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
13. Wysokiński A. Udział stresu w etiopatogenezie i przebiegu schizofrenii. *Psychiatr Psychol Klin* 2016; 16: 176–181.
14. Dietrich-Muszalska A. Obraz kliniczny i przebieg schizofrenii oraz zasady leczenia w zależności od współwystępującego używania substancji psychoaktywnych. *Psychiatr Psychol Klin* 2005; 5: 212–216.
15. Dodos M, Lewandowska A. Współwystępowanie schizofrenii i uzależnienia od substancji psychoaktywnych – rozpoznanie, obraz kliniczny, przebieg i leczenie. *Psychiatr Psychol Klin* 2007; 7: 170–175.
16. Kołodziej-Kowalska E, Rabe-Jabłońska J. Leczenie schizofrenii elektrowstrząsami oraz lekami przeciwpsychotycznymi, łącznie z elektrowstrząsami. *Psychiatr Psychol Klin* 2011; 11: 238–242.
17. Kostulski A, Rabe-Jabłońska J. Wpływ leków przeciwpsychotycznych na powstawanie otyłości i zaburzeń metabolicznych u chorych na schizofrenię. *Psychiatr Psychol Klin* 2006; 6: 158–173.
18. Colom F, Vieta E, red. *Podręcznik psychoedukacji w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych*. Warszawa: Medipage; 2009.
19. Górna J, Jaracz K, Rybakowski J. Doświadczenie myśli samobójczych a jakość życia u chorych z pierwszym epizodem schizofrenii. *Psychiatr Psychol Klin* 2010; 10: 8–14.

Adres do korespondencji:

Lic. Dorota Kuba
4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu
ul. R. Weigla 5
50-981 Wrocław
Tel.: 512 944 213
E-mail: dorotakuba01@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 23.08.2018 r.

Po recenzji: 15.09.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 20.09.2018 r.