



Złożony proces diagnostyczno-terapeutyczny: zaburzenia schizotypowe czy nerwicowe?

A complex diagnostic-therapeutic process: schizotypal or neurotic disorders?

KAMILLA BARGIEL-MATUSIEWICZ¹, KRZYSZTOF KIELAN²

Z: 1. Zakładu Psychologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach
2. Katedry i Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono przypadek wymagający wykluczenia lub potwierdzenia zaburzeń schizotypowych – nowej kategorii diagnostycznej, wprowadzonej w klasyfikacji ICD-10.

Przypadek. 22-letni pacjent, nieleczony psychiatrycznie, z pozytywnym wywiadem genetycznym, przyjęty z powodu zmian zachowania oraz wyraźnego obniżenia aktywności życiowej (załamanie linii życiowej, myśli samobójcze). Wypowiadał niezwykle sądy, a jego myślenie nosiło cechy magicznego. Wykonano tomografię komputerową głowy i EEG oraz przeprowadzono badania psychologiczne: osobowości i organiczne. Wykorzystano również system ekspercki SABA, wspomagający proces rozpoznawania i leczenia zaburzeń schizofrenicznych.

Komentarz. Zarysowano problematykę różnicowania zaburzeń schizotypowych z nerwicowymi w przypadku pierwszych zachorowań u młodych pacjentów. Potwierdzono użyteczność programu eksperckiego SABA w procesie diagnostycznym.

SUMMARY

Objective. A case is presented requiring either exclusion or confirmation of the presence of schizotypal disorders – a new diagnostic category introduced in the ICD-10 classification.

Case. A 22-year-old male patient, never treated psychiatrically, with a positive family history, admitted due to altered behaviour and an evidently decreased life activity (suicidal thoughts, a breakdown of his career and personal life). He produced extraordinary opinions, and his reasoning had the features of magical thinking. CT of the head and EEG were carried out, as well as psychological assessment of personality and organic deficits. Moreover, a computerised expert system SABA to support the process of diagnosing and treating schizophrenic disorders was used.

Commentary. The problem of differentiation between schizotypal and neurotic disorders in young patients admitted for the first time was outlined. The usefulness of the expert SABA system in the diagnostic process was confirmed.

Słowa kluczowe: zaburzenia schizotypowe / zaburzenia nerwicowe / diagnostyka / komputerowy system ekspercki

Key words: schizotypal disorder / neurotic disorders / diagnosis / computer expert system

Psychiatria w odróżnieniu od innych dziedzin medycyny wciąż jeszcze znajduje się w niedogodnej sytuacji, ponieważ większość objawów nie jest na stałe związana z cechami biologicznymi, ale musi zostać dostrzeżona przez zewnętrznego obserwatora lub przez pacjenta [1]. Objawy charakteryzują się dużą różnorodnością i zmiennością w czasie. Wyniki większości badań dodatkowych: neuroobrazowych, neurofizjologicznych czy neuropsychologicznych wykazują jedynie różnice ilościowe, brak jak do tej pory pewnych markerów jakościowych – wskazujących precyzyjnie na określony typ zaburzeń psychicznych. Jednak ostatnie lata, głównie dzięki postępowi w komputerowej mocy obliczeniowej wspomagającej badania neuroobrazowe, takie jak: SPECT, PET, fMRI, pozwalają coraz dokładniej wnikać w strukturę mózgu oraz jego funkcję. Podobny postęp dokonuje się dzięki technologiom komputerowo-

informatycznym w genetyce, farmakologii, neuropsychologii oraz neurofizjologii. Do opisywania zjawisk obserwowanych w medycynie wprowadzono w latach siedemdziesiątych nowy aparat matematyczny bazujący na zasadach logiki rozmytej i działań na zbiorach rozmytych, przydatny szczególnie w opisie fenomenologii objawów psychiatrycznych, których większość należy do objawów homonomicznych, czyli różniących się jedynie ilościowo od spotykanych w życiu psychicznym normalnego człowieka [1, 2]. Coraz silniejsza staje się potrzeba integracji struktury, funkcji oraz nowego modelu matematycznego w celu ustalenia precyzyjnej diagnozy. Technologia tzw. sztucznej inteligencji pozwala na integrację obrazu klinicznego z wynikami badania struktury i funkcji, daje również podstawy do inteligentnej analizy efektów terapii, prognozowania, szacowania ryzyka podejmowanych decyzji klinicznych [3, 4, 5].

W przedstawianym przypadku należało wykluczyć lub potwierdzić obraz kliniczny zaburzeń typu schizofrenii (schizotypowych), nowej kategorii diagnostycznej wprowadzonej do klasyfikacji ICD-10. Obejmuje ona zaburzenia, które cechuje przewlekły przebieg, o trudnym do wskazania początku (co zbliża je do zaburzeń osobowości) oraz obraz kliniczny charakteryzujący się występowaniem niezwykle sposobów zachowania i przeżywania, zbliżających się do typowych objawów schizofrenicznych. Zaburzenia te pojawiają się względnie często u krewnych osób chorych na schizofrenię i uchodzą za część genetycznego spektrum schizofrenii [6].

Drugą kategorię analizowaną w procesie weryfikacji hipotez diagnostycznych stanowiły zaburzenia nerwicowe – zespoły o symptomatologii psychicznej i somatycznej, występujące bez uchwytnych zmian organicznych. Najbardziej istotne objawy i cechy przydatne w diagnostyce: objawy psychiczne (lęk, nastrój depresyjny, rozdrażnienie, nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne, myśli natrętne, zaburzenia pamięci), objawy somatyczne, często cechy osobowości neurotycznej, przewlekła sytuacja konfliktowa w wywiadzie, obecność czynników stresogennych. Konieczne jest wykluczenie: przyczyn somatogennych, w tym – wpływu substancji psychoaktywnych na obraz kliniczny [7].

OPIS PRZYPADKU

Problem i stwierdzone objawy

Z powodu zmian zachowania oraz wyraźnego obniżenia głównej aktywności życiowej, trwającej przeszło dwa lata do Kliniki został przyjęty 20-letni pacjent, nieleczony uprzednio psychiatrycznie, z pozytywnym wywiadem rodzinnym (zaburzenia psychotyczne spowodowane nadużywaniem alkoholu u biologicznego ojca), mieszkający z matką i ojczymem. W zakresie zmian zachowania należy wymienić: wycofanie społeczne, postawę introwertywną, lęk, niepokój. Pacjent przerwał studia, gdyż – jak twierdził – nie był w stanie podolać związanym z nimi obowiązkami. W ciągu dnia pojawiała się u niego nadmierna senność, nocą miał trudności z zasypianiem. Nastąpiło zmniejszenie apetytu i związana z tym utrata masy ciała. Pojawiały się również myśli suicydalne, niedostosowany afekt, chory wydawał się chłodny i obojętny, miał słaby kontakt z innymi i tendencję do unikania grupy. Stwierdzono również obecność niezwykle sądów – niespójnych z nastrojeniem – o treści prześladowczej i myślenia magicznego.

Sytuację rodzinną pacjenta można opisać jako trudną. Najbliższe osoby, czyli matka oraz ojczym, nie byli w stanie zapewnić mu wsparcia, z uwagi na kłopoty finansowe, z którymi sami się borykali. Ojciec biologiczny utrzymywał z pacjentem sporadyczne kontakty, które często powodowały nasilenie lęku.

Proces diagnostyczny obejmował następujące elementy: obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (tomo-

grafia komputerowa głowy), badanie EEG oraz badanie osobowości (MMPI, Kwestionariusz Samooceny, metody projekcyjne: TAT, Kwestionariusz Zdań Niedokończonych), i psychologiczne testy organiczne. Kolejnym ważnym elementem było wykorzystanie systemu eksperckiego SABA wspomagającego lekarza w procesie diagnozy i terapii zaburzeń schizofrenicznych. System ten został skonstruowany na bazie Zintegrowanego Pakietu Sztucznej Inteligencji Sphinx 3.0 firmy AITECH. Do budowy reguł w bazach wiedzy użyto: klasyfikacji ICD-10, kryteriów badawczo-diagnostycznych dla klasyfikacji ICD-10, zasad „logiki klasycznej” (0, 1 lub „tak” – „nie”) oraz „logiki rozmytej” (*fuzzy logic model*), HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*), skalę manii Pużyńskiego, część systemu AMDP, KOSS (*Kliniczną Ocena Syndromów Schizofrenii Wciórki*) [3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14]. W celu wspomaganie decyzji lekarza dotyczącej metody leczenia zaburzeń schizofrenicznych zaprojektowano bazy danych: o lekarzu leczącym, o chorym, o sposobie terapii oraz przygotowano format do przetworzenia danych przez symulator sieci neurologicznej oraz inteligentny system analiz statystycznych.

Badania TK oraz EEG nie wykazały żadnych zmian patologicznych. W komputerowym systemie eksperckim SABA pacjent spełniał natomiast kryteria zaburzeń schizotypowych. Były to: błąd afektu, pacjent wydawał się chłodny i obojętny; słaby kontakt z innymi i tendencja do społecznego wycofywania; niezwykle sądy i myślenie magiczne; chwilowe, przemijające, występujące bez zewnętrznej przyczyny epizody quasi-psychotyczne z intensywnymi iluzjami oraz omamami słuchowymi. Objawy kliniczne stwierdzone u pacjenta nie spełniały jednocześnie kryteriów epizodu depresyjnego.

Znaczne nasilenie obrazu klinicznego z upośledzonym funkcjonowaniem społecznym były przesłankami podjęcia decyzji o wczesnej interwencji terapeutycznej, związanej z pobytem pacjenta w oddziale dziennym oraz podania sulfpirydu w dawce 400 mg/dobę.

Dalsza weryfikacja wyników zastosowania systemu SABA, związana z dodatkowymi informacjami, uzyskanymi w rozmowie z matką i pacjentem, doprowadziła do zmiany wcześniej stawianej hipotezy, dotyczącej zaburzeń schizotypowych. Na podstawie uzyskanych informacji negatywnie zweryfikowano występowanie błędnego afektu. Obserwacja pacjenta w oddziale dziennym ujawniła obecność silnych emocji, związanych z trudnymi przeżyciami z dzieciństwa, z chorobą psychiczną ojca biologicznego, jego alkoholizmem, oraz z nadopiekuńczą postawą matki. Znaki satanistyczne pojawiające się w miejscu zamieszkania okazały się zjawiskami prawdziwymi, których obecność została potwierdzona przez obiektywnych świadków. Stwierdzono także, iż chwilowe stany odczuwania tchnienia ducha świętego mogły się wiązać z głębokimi przeżyciami religijnymi. Pacjent był bowiem osobą silnie zaangażowaną w działalność ruchu oazowego. Ostatecznie wyniki procesu diagnostycznego zdawały się wskazywać na występowanie u pacjenta zaburzeń nerwicowych.

W oparciu o badanie psychologiczne stwierdzono u pacjenta: podwyższony poziom lęku, nadwrażliwość, poczucie alienacji, skłonność do angażowania się w związki symbiotyczne oraz wycofująco-podejrzliwy styl funkcjonowania. W związku z tym, jako dodatkowy element terapii, została włączona psychoterapia indywidualna. Jej celem było: uzyskanie poprawy w zakresie funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, zmniejszenie lęku w sytuacjach społecznych, ukształtowanie nowych sposobów radzenia sobie ze stresem. W wyniku podjętej terapii pacjent zaktywizował swe kontakty społeczne. Odnosił dawne znajomości, powrócił do zespołu muzycznego związanego z ruchem oazowym, w którego działalność był wcześniej zaangażowany. Podjął również starania, których celem było zapewnienie sobie możliwości kontynuowania studiów.

Został włączony do grupy terapeutycznej w Ośrodku Leczenia Nerwic. W związku z ostateczną diagnozą, zrezygnowano z farmakoterapii.

KOMENTARZ

Omawiany przykład pokazuje, jak duże znaczenie ma wczesna interwencja terapeutyczna, dostosowana do rozpoznanego problemu. Stan opisywanego pacjenta uległ poprawie w stosunkowo krótkim czasie. Jedną z najbardziej istotnych korzyści, jakie wynikają z szybko uzyskanej poprawy, jest zapobieganie procesowi utrwalania nieprzystosowujących zachowań oraz utracie posiadanych więzi społecznych [15].

Oddzielnym problemem jest różnicowanie pomiędzy zaburzeniami schizotypowymi a nerwicowymi w przypadku analizy pierwszych zachorowań u młodych pacjentów. Artykuł obrazuje dynamikę związaną z weryfikacją hipotez diagnostycznych, przekonuje, iż należy być zawsze otwartym na rozwiązania alternatywne wobec dotychczas przyjętych hipotez. Pokazuje również, iż użycie programu ekspertowego SABA o jawnej ścieżce wnioskowania: objawy–reguły–wnioski diagnostyczne jest przydatne w weryfikacji danych wprowadzanych do systemu.

PIŚMIENNICTWO

1. Jaroszyński J. Zespoły zaburzeń psychicznych. Biblioteka Psychiatrii Tom 1. Warszawa: IPiN; 1993.
2. Zadeh LA. Fuzzy sets. *Inf Control* 1965; 8: 338–53.
3. Jackson P. Introduction to expert systems. Addison Wesley Publishing Company; 1988: 117–42.
4. Kielan K, Bargiel-Matusiewicz K. SABA – system ekspertowy wspomagający lekarza w procesie diagnozy oraz terapii zaburzeń schizofrenicznych. *Badania Nad Schizofrenię* 2002/ 2003; 4: 297–304.
5. Michalik K. HybRex 3.0 dla Windows 9x/NT/2000 system do budowy inteligentnych aplikacji wspomagania decyzji. Podręcznik użytkownika. Katowice: 2000.
6. Wciórka J. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe, zespoły urojeniowe. W: Pużyński S, Beręsewicz M, red. *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*. Warszawa: IPiN; 1993: s. 51–2.
7. Siwak-Kobayashi M. Zaburzenia nerwicowe. W: Pużyński S, Beręsewicz M, red. *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*. Warszawa: IPiN; 1993, s. 90–2.
8. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23 (1): 56–61.
9. ICD-10. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
10. Rzewuska M, Nurowska K, Welbel L. System AMDP – skala do oceny zaburzeń psychicznych, wersja polska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1991: 36–57.
11. Wciórka J. KOSS – Kliniczna ocena syndromów schizofrenii. Wersja 6. Warszawa: IPiN; 2002.
12. Wciórka J, Anczewska M, Charaziński M, Gołębiewska M, Nurowska K, Skowrońska J, Stanikowska I. Ocena rzetelności i trafności próbnej wersji „Klinicznej oceny zespołu schizofrenicznego” (KOZS). *Psychiatr Pol* 1997; 31: 71–86.
13. Wciórka J, Anczewska M, Bembenek A, Gołębiewska M, Hochlewicz A, Nurowska K, Schaeffer E, Skowrońska J, Stanikowska I, Tarczyńska K. Kliniczna ocena syndromów schizofrenicznych (KOSS) – założenia, konstrukcja, ocena rzetelności nowego narzędzia diagnostycznego. *Psychiatr Pol* 2000; 34 (2): 179–201.
14. Wciórka J, Anczewska M, Bembenek A, Gołębiewska M, Hochlewicz A, Nurowska K, Schaeffer E, Skowrońska J, Stanikowska I, Tarczyńska K. Kliniczna ocena syndromów schizofrenicznych (KOSS) – ocena trafności nowego narzędzia diagnostycznego. *Psychiatr Pol* 2000; 34 (2): 203–21.
15. Tardy CH. Social support measures. *Am J Com Psychol* 1985; 13: 187–203.