

Gdzie przebiega granica między zespołami nerwicowymi a zaburzeniami osobowości?

Ewa Niezgoda

Z konsultacji pacjentów przyjmowanych na Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala Specjalistycznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie można wyciągnąć następujący wniosek: zaburzenia nerwicowe zanikają, ustępując miejsca zaburzeniom osobowości.

Ale byłby to wniosek pochopny, ponieważ trafiają do nas pacjenci rzadko przyjmowani gdzie indziej, szczególnie gdy zgłaszają się z historią samookaleceń, licznych prób samobójczych, wielu pobytów na oddziałach ogólnopsychiatrycznych.

Pacjenci z nerwicą łatwiej znajdują specjalistyczne instytucje z wypracowanymi metodami leczenia i psychoterapię o różnych podejściach, dokładnie opisaną skutecznością leczenia i wreszcie farmakoterapią. Może więc nie chodzi o to, że pacjentów z nerwicą jest mniej, ale raczej o to, że do nas nie docierają, natomiast pacjenci z zaburzeniami osobowości, szczególnie z tymi głębszymi, tak.

W zespołach nerwicowych i zaburzeniach osobowości metodą leczenia w wyboru jest psychoterapia – jako leczenie przyczynowe – oraz farmakoterapia. Bardzo często leczenie to jest kojarzone.

Rozróżnienie między nerwicą a zaburzeniami osobowości czasami nie powoduje większych trudności, szczególnie gdy objawy są ewidentne (tab. 1).

Jeżeli chodzi o głębsze zaburzenia osobowości, są to takie objawy jak:

- samookaleczenia: cięcie skóry, drapanie, przypalanie, także bicie się np. po twarzy, ale też piercing,
- próby samobójcze: najczęściej przez zażycie leków, także łącznie z alkoholem,
- zachowania antyspołeczne: kradzieże, bójki, agresja słowna,
- nadużywanie: leków, alkoholu, innych substancji psychoaktywnych.

Oczywiście nadużywanie leków, piercing, uzależnienie od alkoholu to objawy mogące się pojawić także w przypadku nerwic, lecz wówczas są zdecydowanie mniej nasilone (tab. 2).

W zaburzeniach osobowości objawy są egosyntoniczne, postrzegane są przez pacjenta jako cecha charakteru, właściwie często nie stanowią przyczyny leczenia, nie wydają się pacjentowi dziwaczne (tab. 3).

Pacjent z nerwicą postrzega swoje objawy jako egodystoniczne, zewnętrzne, np. natręctwa są czymś obcym, chorobowym, tak samo lęki, fobie. Pacjent koncentruje się na objawie, mówi o nim, sygnalizuje go od momentu pierwszego kontaktu (tab. 4).

U pacjentów nerwicowych silny konflikt wewnętrzny rozwiązywany jest przez objaw. Objaw tak zaburza normalne życie, zdecydowanie ograniczając jego możliwości, że chory nie rozwija się np. zawodowo.

W zaburzeniach osobowości, zwanych inaczej zaburzeniami charakteru (osoba zależna, unikająca, bierno-agresywna), mamy do czynienia z zespołem negatywnych cech, których pacjent często nie postrzega jako wady.

Zaburzenia osobowości to wczesne zaburzenia, bez ustabilizowanych relacji z obiek-

tem, z niezakończonym procesem indywidualizacji i separacji.

Charakterystyczną cechą jest to, że w zaburzeniach nerwicowych konflikt ulokowany jest wewnętrznie, intrapsychicznie. Dotyczy tematyki popędowej, obszaru id, ego i superego (tab. 5).

Konflikt między id i superego jest nieświadomy, wewnętrzny: między id – nieświadomymi pragnieniami seksualnymi, agresywnymi, a superego – groźbą kary. Ego odpowiedzialne jest za mechanizmy obronne, tj. wyparcie, a także pojawiający się lęk który jest efektem ego. Nerwica może być związana z sytuacją edypalną.

Zaburzenia osobowości, szczególnie te głębsze, np. borderline, to choroba relacji, w której konflikt ulokowany jest interpersonalnie. Już podczas pierwszego kontaktu odczuwany jest ciężar przeniesienia. Przeciwnie przeniesienie rozwija się często błyskawicznie. Pacjent od progu projektuje na konsultującego przede wszystkim gniew i agresję. Dąży do natychmiastowego rozładowania

TABELA 1

Zaburzenia nerwicowe	Zaburzenia osobowości
• Objawy „w psychice”	• Objawy przejawiające się w działaniu

TABELA 2

Zaburzenia nerwicowe	Zaburzenia osobowości
• Tematyka popędowa, konflikt wewnętrzny	• Objawy egosyntoniczne
• Objawy egodystoniczne	

TABELA 3

Zaburzenia nerwicowe	Zaburzenia osobowości
• Objawy egodystoniczne: zewnętrzne, np. natręctwa to coś obcego, chorobowego, tak samo: lęki, fobie	• Objawy egosyntoniczne – są cechą „charakteru”, często nie są przyczyniając się do podjęcia leczenia, nie są postrzegane jako dziwaczne, ale jako „swoje”
• Koncentracja na objawie	• Dążenie do wyzwolenia napięcia poprzez działanie (acting out, samookaleczanie, próba samobójstwa, alkohol, substancje psychoaktywne)

napięcia. Objawia się to często arogancją, złością skierowaną do konsultującego, ale także może pojawić się skrajne wycofanie, myślenie ksojne typu paranoidalnego, oczekiwanie złego potraktowania. Pacjenci z zaburzeniami osobowości ujawniają niedojrzałe mechanizmy obronne. Jest to rozszczepienie tak jak u pacjentów „borderline”, dla których świat jest czarno-biały, ludzie straszni albo cudowni, zresztą bez większej konsekwencji, bo obraz może się bardzo często zmieniać. Na oddziale natychmiast dzielą personel na strasznych,

bezwzględnych terapeutów i anielski personel pielęgniarski lub odwrotnie. Inny, bardzo prymitywny mechanizm obronny to zaprzeczanie, idealizacja, omnipotencja.

W zaburzeniach nerwicowych obserwujemy znacznie dojrzsze mechanizmy obronne, to jest:

- intelektualizację,
- racjonalizację,
- dysocjację.

Nawet doświadczonemu klinicyście do rozpoznania często potrzeba więcej czasu niż jedna wizyta (sesja). Chociaż zdawałoby się,

że dość sprawnie rozpoznajemy nerwicę, to zaburzenia osobowości wymagają sporo uwagi w diagnozowaniu. Objawy nerwicowe u pacjenta z głębszymi zaburzeniami osobowości nie są niczym niezwykłym.

Znowu wracamy do dobrze znanej zasady: kontakt z pacjentem, wywiad, obserwacja swojej reakcji na pacjenta są kluczowe. Dlatego nie dość powtarzania, że do właściwego rozpoznania potrzeba czasu. Nie zawsze mamy go pod dostatkiem.

Na Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic stosujemy metody diagnozowania zespołowego. Konsultacje przeprowadzają: psychiatra, pielęgniarka, terapeuta społeczności i psychoterapeuta. A i tak ta metoda nie zawsze nas zadowala, zresztą diagnostyka trwa przez cały proces leczenia i nierzadko zmienia się w ciągu półrocznej terapii. Nie bez znaczenia jest obserwacja społeczności terapeutycznej i jej wkład w rozpoznanie, ale to już temat niedotyczący tytułu tej prezentacji.

Podsumowując granica między zaburzeniami osobowości a nerwicą jest zazwyczaj wyraźna i dobrze zaznaczona szczególnie dla doświadczonego klinicysty, ale tak – jak wcześniej nadmieniałam – diagnostyka wymaga czasu, aby pacjent był odpowiednio kierowany, a co za tym idzie – leczony.

TABELA 4

Zaburzenia nerwicowe (związane z regresją, fiksacją, czyli sytuacją edypalną)	Zaburzenia osobowości
<ul style="list-style-type: none"> • Konflikt nieświadomy, wewnętrzny, rozgrywający się intrapsychnicznie • Duże możliwości symbolizowania 	<ul style="list-style-type: none"> • Konflikt ulokowany jest w świecie interpersonalnym dotyczącym obszaru etycznego • Bardzo niewielkie możliwości symbolizowania albo żadne

TABELA 5

Zaburzenia nerwicowe	Zaburzenia osobowości
<ul style="list-style-type: none"> • Płytsze • Konflikt w obszarze id, ego, superego 	<ul style="list-style-type: none"> • Głębsze • Niedojrzałość struktury osobowości

piśmiennictwo ze str. 59

Piśmiennictwo

1. Tyrer P, Seivewright N, Ferguson B, et al. The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 1992;85(3):201-206.
2. Belzer K, Schneier FR. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment and treatment. *J Psychiatr Pract.* 2004; 10:296-306.
3. Kokoszka A, Krótkiewicz H, Rosati A, et al. Ogólny zespół nerwicowy - koncepcja i jej zastosowanie w praktyce klinicznej. *Psychiatr Prakt Ogólnolek.* 2005; 4(5):153-157.
4. Aleksandrowicz JW. Czy rzeczywiście nie ma zaburzeń nerwicowych? *Post Psychiatr Neurol.* 1997; 6:411-416.
5. Aleksandrowicz JW. *Zarys teorii struktury zaburzeń nerwicowych.* Niepublikowany maszynopis. Kraków; 1979.
6. Martyniak J. Dynamika zmian zaburzeń czynnościowych w nerwicy. *Psychoterapia.* 1985;4(55):45-54.
7. Aleksandrowicz JW. *Zaburzenia nerwicowe.* PZWL Warszawa; 1998.
8. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, et al. Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu. *Psychoterapia.* 1981;37:3-10.
9. Sobański JA, Klasa K. Zmiany nasilenia objawów w okresie oczekiwania na leczenie. *Psychoterapia.* 2005; 132(1):67-79.
10. Kokoszka A. Współzachorowalność zaburzeń depresyjnych i nerwicowych - jej znaczenie w teorii oraz w praktyce lekarskiej. *Przew Lek.* 2003;7-8: 90-98.
11. Kokoszka A. *Zaburzenia nerwicowe: postępowanie w praktyce lekarskiej.* Wyd. II. Med. Prakt, Kraków 2004.
12. Andrews G. Comorbidity and the general neurotic syndrome. *Br J Psychiat.* 1996;168, (Supl, 30):76-84.
13. Andrews G, Stewart G, Morris-Yates A, et al. Evidence for a general neurotic syndrome. *Br J Psychiat.* 1990; 157:6-12.
14. Tyrer P, Seivewright H, Johnson T. The core elements of neurosis: mixed anxiety-depression (cothymia) and personality disorder. *J Pers Dis.* 2003;17(2)(Spec): 129-138.
15. Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research.* Guilford: New York; 2005.
16. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej.* Biblioteka Psychiatrii Polskiej; Kraków; 2004.
17. Knerer G, Byford S, Johnson T, et al. The Nottingham study of neurotic disorder: predictors of 12 year costs. *Acta Psychiatr Scand.* 2005:1-9.
18. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006.* Biblioteka Psychiatrii Polskiej; Kraków; 2006.
19. Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae.* Adaptacja polska. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa 2006.
20. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. *Psychiatr Pol.* 1994;28(6):667-676.
21. Aleksandrowicz JW. Częstość objawów nerwicowych. *Psychiatria Pol.* 2000. 34(1):5-20.
22. Sobański JA. *Oddzielne czy mieszane zespoły zaburzeń nerwicowych? Analiza współwystępowania objawów nerwicy.* 42 Zjazd PTP, Szczecin 2007.
23. Trillat E. *Historia historii.* Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo. Wrocław; 1993.
3. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual.* Fourth Edition. Text revision. APA, Washington DC 2000.
4. Stanisław Pużyński. Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska* 2007;3:299-308.
5. So SH, Garety PA, Peters ER, Kapur S. Do Antipsychotics Improve Reasoning Biases? *A Review.* *Psychosom Med.* 2010 Jul 1. [Epub ahead of print]
6. Sławomir Murawiec. Symboliczna funkcja leku – opis przypadku. *Psychoterapia* 2007; 3: 81-87.
7. Michalopoulou PG, Giampietro VP, Morley LA, et al. The effects of reality distortion syndrome on salient stimuli processing in patients with schizophrenia: an fMRI study. *Psychiatry Res.* 2010;183(2):93-98.
8. *World Health Organisation, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Uniwersyteckie wydawnictwo Medyczne „Versalius”, IpiN, Kraków-Warszawa 1997.
9. *Zespoły lekowo-depresyjne, patogeneza, obraz kliniczny i leczenie.* Krzysztof Małyszczak, Tomasz Pawłowski (red.). Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Wrocław 2007.