

Czy istnieje ogólny zespół nerwicowy?

Jerzy A. Sobański

Ogólny zespół nerwicowy jest konstruktem teoretycznym zaproponowanym przez Petera Tyrera i wsp., przypominającym starsze koncepcje „jednej nerwicy” albo nerwicowych „objawów osiowych”. Jest on jednak przeciwstawny wobec oddzielnych zaburzeń definiowanych przez ICD-10 lub DSM-IV. Codzienna rzeczywistość praktyki klinicznej wspiera obraz centralnych objawów nerwicy, a ich wpływ na rozpoznanie i leczenie wydaje się kluczowy. Zasady grupowania objawów (proces tworzenia się ich zespołu) są wartościowym obszarem dalszych badań.

Wprowadzenie

Definicja ogólnego zespołu nerwicowego – pojęcia po raz pierwszy wprowadzonego przez Petera Tyrera i wsp., którzy zaproponowali też jego kryteria¹ – określa go jako zespół współwystępujących objawów: zwiększonego lęku, gorszego radzenia sobie ze stresem, zaburzeń depresyjnych, niepokoju, określonych zaburzeń osobowości, związanych z podatnością genetyczną. Do dowodów statystycznych na współwystępowanie takich właśnie elementów obrazu – objawów nerwicy – dodawane są też argumenty wskazujące na podłoże genetyczne – analizy współchorobowości, występowania rodzinnego oraz badania bliźniąt – oraz inne przesłanki istnienia ogólnych predyspozycji do nerwicy (i zaburzeń nastroju), których wyrazem jest duża współchorobowość.^{2,3}

Pytanie postawione w tytule okazuje się niezmiernie ważne, ponieważ jest powiązane z zagadnieniami trafności całej koncepcji zaburzeń nerwicowych, na przykład obecnie proponowanej przez rozdział F4 klasyfikacji ICD-10. Szczególnie dla najmłodszych, współczesnych diagnostów koncepcja rozdzielnych zaburzeń (kodowanych wg ICD-10 jako F4x.y) jest czymś oczywistym, jedyną lub główną siatką pojęciową narzucaną na grupę, najliczniejszych skądinąd, zaburzeń psychicznych. Ci z nas, którzy są psychoterapeutami (wszyscy terapeuci wychodzą przecież od rozpoznania), ale także farmakoterapeutami (tu również lekarze niebędący psychiatrami), stają się nieuchronnie zaleźni od koncepcji „oddzielnych zaburzeń” także

w swoim postępowaniu leczniczym, zmierzając do standardów typu „w zaburzeniu F4x.y podawać preparat Z przez 4 tygodnie”).

Można tu, być może nieco przewrotnie, zapytać o „istnienie zaburzeń nerwicowych” w sensie ich odrębności⁴ albo o to „czy istnieje jedna nerwica, czy jest ich wiele?”. Celem tego artykułu nie jest jednoznaczne rozstrzygnięcie tej kwestii, warto jednak zauważyć, że niezależnie od obowiązującej klasyfikacji w codziennej praktyce, szczególnie wśród lekarzy niepsychiatrów, utrzymują się niezmiennie tradycyjne pojęcia „nerwica”, „nerwicowy”, podobnie jak „histeria”, „nerwica depresyjna”.

Kolejnym wartym zapamiętania aspektem koncepcji ogólnego zespołu nerwicowego jest domniemanie, że u niektórych pacjentów zaburzenia są bardziej nasilone niż u innych. Koncepcja ta nie oferuje jednak przekonującego wyjaśnienia, dlaczego tak miałyby być, a jedynie dowody z obserwacji klinicznych i ich analiz statystycznych.

Znaczenie ogólnego zespołu nerwicowego – rozpoznanie zaburzenia vs współchorobowość

Chociaż klasyfikacja ICD-10 zakłada wielość odrębnych zaburzeń nerwicowych różniących się zestawami objawów, codzienne doświadczenie wskazuje, że często nerwice mają charakter wielobjawowych, mieszanych, zmiennych zespołów.⁵⁻⁷ Także pacjenci sygnalizują: „zarazanie się” od innych pacjen-

tów, bohaterów filmów itp., „spontaniczne” zmiany zestawu objawów, „dopasowują” objawy do osób badających (konkretyzacja zaburzeń⁸), a inne zbiorcze analizy potwierdzają częste zmiany składu zespołu nawet w okresie pozostawania bez leczenia.⁹ Niektórzy badacze stwierdzają wręcz, że „przypadki osób, u których w ciągu życia występuje jedna postać zaburzeń nerwicowych, stanowią zdecydowaną mniejszość”, w związku z czym „wyniki badań dotyczących skuteczności leczenia poszczególnych postaci zaburzeń nerwicowych mają ograniczoną wartość”, ponadto podkreślają, że „wysoka współzachorowalność stanowi najpoważniejszą podstawę krytyki aktualnych klasyfikacji”^{3,10,11}

Warto zauważyć, że podstawową metodą uzyskiwania informacji o obrazie zaburzeń nerwicowych jest obecnie statystyka – oceniająca współwystępowanie, oparta na badaniach kwestionariuszowych, prowadzących do wniosków w rodzaju: „Pacjenci z zaburzeniami lękowym lub depresją cechują się zwiększonym ryzykiem innego takiego zaburzenia... (objawy i) odrębne przyczyny tych schorzeń agregują się bardziej niż jest to prawdopodobne (gdyby były niezależne)”^{3,12,13}

W rezultacie, obok pytań formalnych w rodzaju: „czy jedna osoba cierpi jednocześnie na kilka zupełnie niezwiązanych ze sobą jednostek chorobowych?”, pojawiają się znacznie ważniejsze i bardziej adekwatne pytania: „czy istnieje jedna choroba – nerwica, która może się przejawiać w różnorodny spo-

Pracownia Diagnostyki Zaburzeń Nerwicowych i Behawioralnych Katedry Psychoterapii UJ Collegium Medicum

Adres do korespondencji: dr n. med. Jerzy A. Sobański, Pracownia Diagnostyki Zaburzeń Nerwicowych i Behawioralnych Katedry Psychoterapii UJ CM, ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków; e-mail: molocko@poczta.fm

W pracy wykorzystano częściowo wyniki badań prowadzonych w ramach programu statutowego K/ZDS/000422 (2007-2009r.) pt. „Związki obrazu zaburzeń nerwicowych, cech osobowości i sytuacji życiowej pacjentów z wynikami ich leczenia w oddziale dziennym”. Konflikt interesów: brak.

sób?” oraz „czy rozpoznanie danego zaburzenia albo obecności ogólnego zespołu nerwicowego wpływa na prawdopodobieństwo skuteczności terapii”.

Ogólny zespół nerwicowy a przewidywanie wyników leczenia

Z jednej strony „nie ma przekonujących dowodów, że nowe (szczegółowe) rozpoznania (np. GAD, dystymia) zwiększają skuteczność terapii”,¹⁴ co sugeruje, że – być może nie tylko z powodu nietrafności rozpoznań szczegółowych – idea „what works for whom” (tytuł monografii sztandarowej dla podejścia dobierającego metody terapii do rodzajów zaburzeń¹⁵) nie sprawdza się w praktyce. Podobne spostrzeżenia mieli także polscy autorzy.¹⁶ Ponieważ codzienne doświadczenie kliniczne pokazuje, że jak stwierdza Kokoszka: „Jedynie niektórzy pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi osiągają pełną i trwałą remisję [...] większość mimo leczenia cierpi na przewlekłe objawy o fluktuującym natężeniu [...] ogólny zespół nerwicowy może być predyktorem gorszego rokowania dotyczącego skuteczności leczenia”.³ W takiej sytuacji powszechność ogólnego zespołu nerwicowego (występuje on zdaniem Knerera i wsp. aż u 1/3 badanych¹⁷) jako „wyznacznika silniejszego zaburzenia” lub „podatności osobowości” albo „zwiększonych kosztów leczenia”¹⁷ stwarza zarazem możliwość wypracowania skuteczniejszych oddziaływań w leczeniu nerwic pod warunkiem ich odpowiedniego dostosowania.

Specyfika obrazu ogólnego zespołu nerwicowego

W badaniu Kokoszki i wsp.³ ogólny zespół nerwicowy, podobnie jak w badaniach Tyrera i wsp., wiązał się z istotnie większym nasileniem, zarówno przed terapią, jak i po niej, objawów nerwicowych (sprawozdanych w kwestionariuszu KS-II J.W. Aleksandrowicza), objawów depresyjnych (w Skali depresji Becka) oraz cech osobowości mierzonych Inwentarzem stanu i cechy lęku (ISCL), a także z częstszym stosowaniem neurotycznych i niedojrzałych mechanizmów obronnych (Defence Style Questionnaire). Podsumowując, wiązał się z większym nasileniem szerokiego zakresu objawów, mniej dojrzałą osobowością (mechanizmy obronne), w konsekwencji z gorszym rokowaniem.

Szczegółowa analiza przytoczonej przez Kokoszkę³ skali ogólnego zespołu nerwicowego (wg Tyrera i Johnsona) wskazuje między innymi na takie aspekty jak: „równoczesna obecność objawów lęku i depresji (każdy wystarczająco ciężki, dla formalnego rozpoznania lęku i depresji, zwykle utrzymujących

się powyżej 2 miesięcy), ich zmiany w pierwszeństwie w różnych okresach trwania zaburzenia” (niekiedy zwane też transformacjami objawowymi), a ponadto skala ta osobno uwzględnia „współwystępowanie objawów fobii, paniki, obsesji lub hipochondrii o różnym nasileniu”. Prowadzi to do spostrzeżenia, że współwystępowanie objawów jest najważniejszym aspektem ogólnego zespołu nerwicowego, a może nawet każdej postaci nerwicy/zespołu nerwicowego.

Zaburzenia osobowości jako podłoże ogólnego zespołu nerwicowego (a być może także każdego zaburzenia nerwicowego?)

W zakresie osobowości, w skali Tyrera i wsp.³ wymagane są dla zwiększenia prawdopodobieństwa rozpoznania ogólnego zespołu nerwicowego „zależne lub unikające przedchorobowe zaburzenia osobowości”, wymienione zostają – także jako zwiększające prawdopodobieństwo rozpoznania – „anankastyczne zaburzenia osobowości oraz podobne mieszane zaburzenia u przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia”. (Tyrer i wsp. zalecają też wykluczenie takich zaburzeń osobowości jak: antyspołeczne, histrioniczne, impulsywne oraz borderline). Podkreślany tu związek z zaburzeniami osobowości każe w konsekwencji liczyć się z przewlekłym przebiegiem niektórych zaburzeń nerwicowych i tłumaczyć mniejsze szanse na uzyskanie pełnego ustąpienia objawów w ogólnym zespole nerwicowym.

Wielu innych autorów także utrzymuje, że objawy i zaburzenia w populacji ogólnej oraz wśród pacjentów wskazują na istnienie „ogólnego czynnika uwrażliwiającego związanego z osobowością” – głównie z lękiem-cechą i słabym radzeniem sobie z trudnościami, który odpowiada za większość współchorobowości, jest genetycznie uwarunkowany, ale może być przedmiotem leczenia. Na marginesie warto zaznaczyć, że koncepcja ogólnego zespołu nerwicowego jako konsekwencji predyspozycji osobowościowej zarazem jednoznacznie determinuje obszar jego leczenia przyczynowego – psychoterapią, a nie lekami.

Także inne badania, nieprowadzone zgodnie z koncepcją ogólnego zespołu nerwicowego i nieużywające skali zaproponowanej przez Tyrera, wskazują na nadmierną nieśmiałość, niską samoocenę, unikanie (sytuacji lękotwórczych) oraz zależność od innych (cechy m. in. osobowości unikającej, zależnej etc, zatem specyficznych zaburzeń osobowości dostrzeganych z kolei przez autorów koncepcji ogólnego zespołu nerwicowego) – takie wyniki testów osobowości wykonywanych

u pacjentów z nerwicą pokazują np. badania polskich autorów wykorzystujących następujące narzędzia (kwestionariusze osobowości) i rozmaite koncepcje:¹⁶ PF Cattella,¹⁶ KON-2006,¹⁸ NEO-PI-R (Costa P & McCrae R, adaptacja polska¹⁹), co wystarczająco potwierdza istnienie „osobowościowej składowej” ogólnego zespołu nerwicowego, a może nawet osobowościowe podłoże zaburzeń nerwicowych/nerwicy.

W dalszej części niniejszej pracy skoncentrowano się na zweryfikowaniu tylko jednego aspektu ogólnego zespołu nerwicowego – współwystępowania objawów. Drugim, powiązaniem zamiarem było określenie reguł grupowania się objawów, w sensie ich obecności, współwystępowania u tych samych pacjentów. Kolejnym kierunkiem badań było odniesienie wyników do potencjalnego istnienia ogólnego zespołu nerwicowego, zespołów objawowych lub innej „struktury łączącej/porządkującej objawy”.

Cele badania

1. Analiza współwystępowania objawów zaburzeń nerwicowych (fragment opisu ogólnego zespołu nerwicowego).

2. Próba określenia jego reguł – prawidłowości statystycznych.

3. Odpowiedź na pytanie, czy takie reguły rzeczywiście istnieją, czy jest to zjawisko przypadkowe?

Założenia

Niniejsze badanie oparte jest na wielkogrupowej analizie obecności i współwystępowania objawów, zanedbującej czas trwania zaburzeń/objawów – jednym z założeń jest uznanie informacji z kwestionariusza objawowego KO₀” dotyczących zeszłego tygodnia za dostatecznie wiarygodne (a samego kwestionariusza objawowego za narzędzie wystarczająco rzetelne i trafne). Pominięto w tej analizie współistnienie zaburzeń osobowości (często towarzyszących zaburzeniom nerwicowym), nie oceniano też dziedziczenia (rodzinnego występowania zaburzeń nerwicowych ani depresyjności – wykluczono bowiem z badania nielicznych pacjentów cierpiących na zaburzenia nastroju inne niż dystymia). Zastosowanie statystyki wielkogrupowej jako głównego narzędzia wiązało się z niemożliwością zweryfikowania (w kilkudziesięciu grupie badanej) indywidualnego rozumienia brzmienia poszczególnych zmiennych kwestionariusza. W omówieniu wyników wykorzystano skrótowe brzmienie zmiennych – nieco odmienne niż sformułowanie pytań kwestionariusza. Ograniczenie do grupy kobiet podyktowane zostało względami praktycznymi – ograniczoną objętością niniejszego tekstu oraz znaczącą przewagą kobiet wśród pacjentów psychoterapeutycznego oddziału dziennego.

Badani i metody

Badano historie chorób 2582 pacjentek, w tym kwestionariusz objawowy KO„0” wypełniany przed leczeniem. Grupę badaną stanowiły 2582 kobiety, leczone w latach 1980-2002. U 62% badanych głównym rozpoznaniem było zaburzenie nerwicowe, u pozostałych towarzyszyło ono zaburzeniom osobowości (25%) lub rzadziej zaburzeniom zachowania. Wyłączono pacjentki z zaburzeniami psychotycznymi, a także leczone ponownie oraz nieliczne niekompletne zbiory danych. Wartości globalnego nasilenia objawów (OWK KO„0”) wyniosły średnio 391 pkt. (mediana 382 pkt.).

Główną metodą była analiza współwystępowania i nasilenia wybranych objawów zgłoszonych w kwestionariuszu objawowym KO„0” zawierającym 135 zmiennych typu Likerta, który opisuje występowanie objawu (0 vs nie-0) oraz jego nasilenie (a-b-c - nieznacznie-średnio-bardzo), podczas tygodnia poprzedzającego wypełnienie kwestionariusza.²⁰ Analiz nieprzypadkowości współwystępowania par objawów i prawdopodobieństwa tego zjawiska dokonano za pomocą oszacowania wartości chi kwadrat oraz ilorazów szans (OR, odds ratio).

Wyniki badań

Objawy najczęstsze w zaburzeniach nerwicowych

Pierwszy etap analiz dotyczył częstości występowania objawów w pierwszym badaniu kwestionariuszowym (i do pewnego stopnia stanowił powtórzenie znanych analiz częstości objawów nerwicowych dokonanych przez Aleksandrowicza²¹). Okazało się, że najczęstszymi objawami - obecnymi u ponad 90% badanych w ciągu tygodnia poprzedzającego wypełnienie kwestionariusza były: uczucie napięcia, obniżenie nastroju i niepokój. Następną grupę objawów bardzo częstych wśród 2582 pacjentek (zgłoszonych przez ponad 80% badanych), tworzyły: uczucie zmęczenia rano, intensywne przykre przeżywanie wydarzeń, brak pewności siebie, utrata wiary w swoje siły, trudności koncentracji, uczucie zmęczenia, trema przed spotkaniami. Tu nasuwa się przypuszczenie, że być może wymienione powyżej objawy najczęstsze i bardzo częste stanowią jądro zespołu nerwicowego z towarzyszącymi objawami rzadszymi. Zostanie ono sprawdzone w następnym etapie analiz.

Objawy typowe dla zaburzeń nerwicowych

W tym artykule wykorzystano arbitralnie wybrane spośród zmiennych kwestionariusza KO„0” dziesięć objawów: dziewięć typowych dla kilku zaburzeń nerwicowych i dystymii odpowiadających najważniejszym cechom odrębnych zaburzeń z ICD-10, mianowicie:

lęk w otwartej przestrzeni (F40.0 agorafobia), niepokój przed spotkaniami (F40.1 fobia społeczna), napady paniki (F41.0 lęk napadowy), sprawdzanie wykonania czynności (F42 zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne), chwilowy niedowład rąk lub nóg (F44.4 dysocjacyjne zaburzenia ruchu), biegunki (F45.0 zaburzenia somatyzacyjne), bóle w okolicy serca (F45.0 zaburzenia somatyzacyjne), przekonanie o ciężkiej chorobie somatycznej (F45.2 zaburzenia hipochondryczne), pesymizm, przewidywanie niepowodzeń (F41.1 GAD lub F34.1 dystymia)²² oraz dodatkowo niezadowolone z życia seksualnego reprezentujące objaw dysfunkcji seksualnej często towarzyszący zaburzeniom nerwicowym.

Współwystępowanie napięcia z objawami typowymi

W wyniku analiz przeprowadzonych dla objawu napięcia, przedstawionych na rysunku 1, okazało się, że częściej towarzyszącymi - „najbliższymi napięciu” objawami spośród grupy „objawów typowych”, były: trema przed spotkaniami, ataki paniki, pesymizm, niezadowolenie z życia seksualnego (wszystkie trzykrotnie częściej, niż gdyby były występującymi niezależnie, niepowiązanymi), naj-

mniej związane okazały się biegunki i chwilowy niedowład (jednak nadal istotnie częściej występowały wspólnie z napięciem). Wszystkie dziesięć objawów, choć w różnym stopniu, częściej współwystępowało z objawem napięcia, niż nie współwystępowało. Wstępne wyniki dalszych przygotowywanych do druku analiz potwierdzają przypuszczenie, że także inne poszczególne objawy nerwicowe częściej współwystępują niż nie współwystępują zarówno z objawami najczęstszymi - rdzeniowymi, jak i ze sobą (ryc. 1).

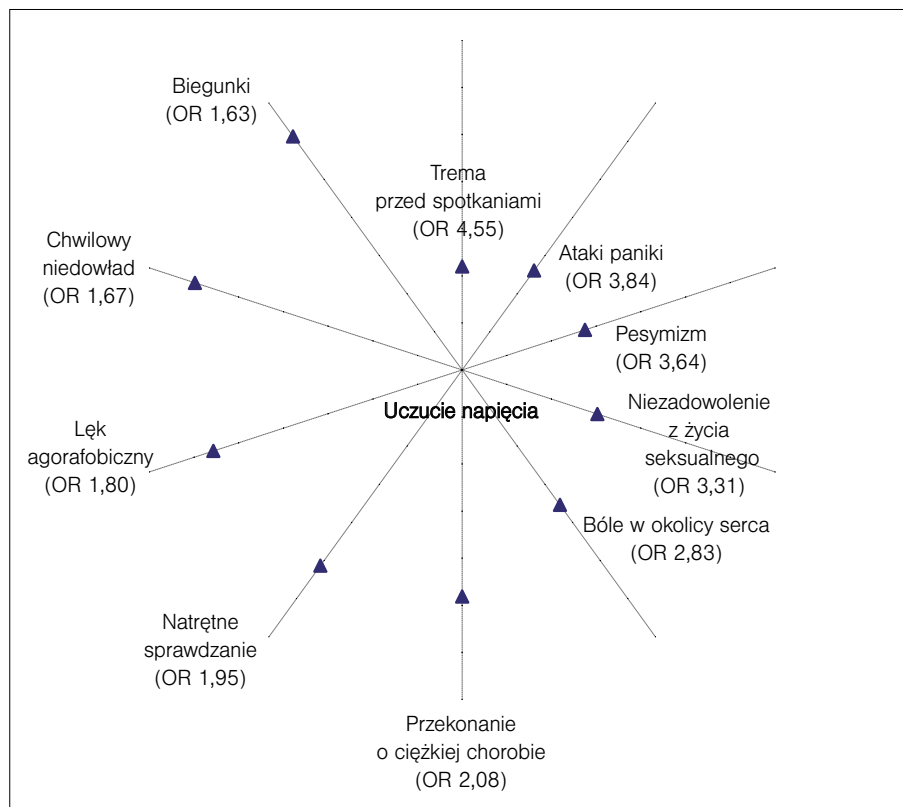
Współwystępowanie ze sobą objawów typowych

Następny etap analiz objął ocenę powiązań między wszystkimi parami 10 objawów uznanych za typowe dla wybranych zaburzeń nerwicowych. Okazały się one w większości mocno powiązane ze sobą (współwystępujące w sposób nieprzypadkowy), choć w różnym stopniu. Ze względu na interesujące konsekwencje tych różnic zilustrowano wzajemne powiązania za pomocą grafu-diamentu na rycinie 2.

Z ryciny 2 wynika, że szczególnie silne powiązania między zaproponowanymi „objawami typowymi dla zaburzeń” stwierdzono dla

RYCINA 1

Współwystępowanie z nim wybranych 10 objawów „typowych” z zespołem napięcia psychicznego w grupie 2582 kobiet



Odległość od centrum wykresu jest odwrotnie proporcjonalna do współczynnika OR, określającego współwystępowanie napięcia z jednym z objawów typowych.

par objawów: 1) lęku agorafobicznego i chwilowego niedowładu kończyn, 2) niedowładu i napadów paniki (co odzwierciedla rzeczywistość kliniczną opisywaną przez pacjentów) oraz 3) napadów paniki i lęku agorafobicznego (to powiązanie usankcjonowali twórcy ICD-10 w kategorii „agorafobia z napadami paniki” F40.01), 4) bólów serca i przekonania o ciężkiej chorobie (co może wskazywać na spodziewany przebieg hipochondryzacji wtórnej do somatyzacji, zjawiska dobrze znanego z wywiadu pacjentów z dolegliwościami przypisanymi do rozdziału F45). Inne wyrażone powiązania dotyczyły: tremy przed spotkaniami i pesymizmu (być może tremy z powodu pesymistycznego przewidywania niepowodzeń?).

Współwystępowanie zbioru 134 objawów z wybranym objawem: dysocjacyjnego zaburzenia ruchu (chwilowego niedowładu kończyn)

Analizy współwystępowania objawów przeprowadzone w szerszej grupie wszystkich objawów opisanych zmiennymi kwestionariusza KO„0” dostarczyły kolejnych interesujących danych pozwalających na wnioskowanie o prawidłowościach grupowania się – współwystępowania – poszczególnych objawów. Z oczywistych względów ograniczono się do przedstawienia tylko jednego zbioru spośród 135 grup powiązań (wnioski z szerszych analiz obejmujących także podgrupy mężczyzn przygotowywane są obecnie do publikacji).

Dane o współwystępowaniu zawarte w tabeli są kolejnym przykładem podstaw dla wnioskowania o istnieniu reguł grupowania

się objawów zaburzeń nerwicowych. Widoczne powiązania dowodzą trafności konstruktu zespołu objawów (albo zaburzenia nerwicowego) o typie konwersyjno-dysocjacyjnym – najsilniej powiązany z objawem chwilowego niedowładu jest objaw (dysocjacyjnych) zaburzeń czucia bólu lub dotyku oraz wiele innych objawów z tego kręgu: okresowa utrata wzroku lub słuchu zasłabnięcia, okresowa afonia, zaburzenia równowagi, omdlenia, szum w uszach. Natomiast silnie powiązane (współwystępujące) z analizowanym objawem są także objawy typowe dla innych zespołów/zaburzeń nerwicowych mianowicie: z grupy fobii – lęki w otwartej przestrzeni, lęk w pojazdach – pociągach, autobusach itp., lęk powstający w zamkniętych pomieszczeniach oraz z grupy innych zaburzeń lękowych – ataki paniki, silny, uporczywy, uogólniony lęk, a także z kręgu najbliższego somatyzacji (lub objawów towarzyszących lękom): brak tchu, duszność, nieokreślone, „wędrujące” bóle.

Zastanawiająco częste jest współwystępowanie z niedowładami objawów fizjologicznie przeciwnych, mianowicie skurczów mięśni: skurcz przy wykonywaniu czynności (np. pisaniu), skurcze mięśniowe, skurcz zmuszający do stałego skręcania głowy, być może wyjaśniane przez mechanizm nieprawidłowej regulacji napięcia mięśniowego (nieodstatecznego lub nadmiernego, skutkującego uczuciem męczliwości, osłabienia, lub przeciwnie przykurczami, skurczami) wspólny dla tych grup objawów. Wynik ten jest spójny z tradycyjnymi obserwacjami psychiatrów pochodzącymi jeszcze z czasów przed Freudem, podkreślającymi szczególną nadpo-

budliwość mięśniową w postaci nerwicy ówczynie określanej mianem hysterii.²³

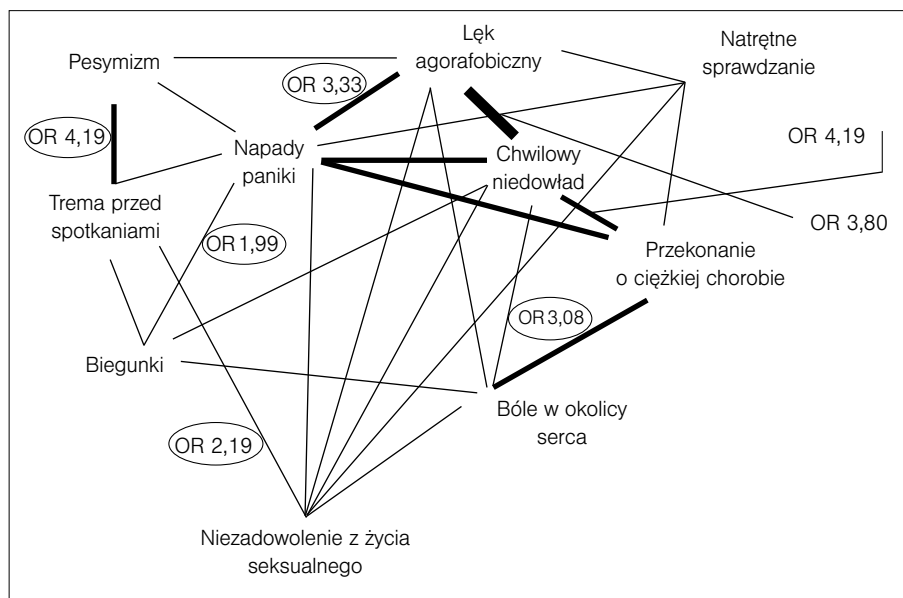
Najsłabsze powiązania między objawami (tabela) również dostarczają interesujących informacji: z objawem niedowładu kończyn nie wiążą się tak szczególnie często objawy mające charakter „relacjonowania wprost” stanów takich jak: niepokój, pesymizm, obniżenie nastroju, utrata wiary we własne siły oraz uczucie zmęczenia, podobnie niewielki związek (nieznacznie częstsze współwystępowanie) stwierdzono dla podobnych objawów: niska samoocena, brak pewności siebie oraz dla poczucia braku energii – co razem można odczytywać jako obraz zespołów dystymiczno-depresyjnych. Także objaw trudności koncentracji potencjalnie mogący być skargą na dysfunkcję z grupy dysocjacji wydaje się zatem bliższy zaburzeniom towarzyszącym objawom depresji/dystymii. Inne słabo powiązane objawy to nadużywanie alkoholu – mogące nie być dobrze reprezentowane w grupie pacjentek oddziału dziennego (nieprzyjmującego do terapii podgrupy uzależnionych oraz części byłych uzależnionych od alkoholu) oraz uczucie napięcia będące jednym z objawów najczęstszych, a zatem zapewne (jak wydaje się także na podstawie wiedzy klinicznej) nieswoistych.

Wydaje się zatem, że w przedstawionym materiale można dostrzec podstawowy element ogólnego zespołu nerwicowego: częste współwystępowanie wielu objawów, ponadto obecność częstych i bardzo częstych objawów (u prawie wszystkich pacjentek), którym często towarzyszą objawy nieco rzadsze, typowe dla poszczególnych zaburzeń. Reguły łączenia się tych ostatnich objawów z pozostałymi wydają się dwojakie: 1) objawy „podobne częściej łączą się z podobnymi” (w obrębie obrazu zespołu lub zaburzenia np. konwersyjne z konwersyjnymi), 2) niektóre „niepodobne” objawy nie łączą się częściej lub współwystępują tylko nieco częściej (pomimo częstszego współwystępowania prawie wszystkich objawów), co może oznaczać odmienne mechanizmy ich powstawania.

Wnioski

1. Współwystępowanie – powiązania objawów zaburzeń nerwicowych są nieprzypadkowe. Zaobserwowano następujące statystyczne reguły tych powiązań:
2. Objawy nerwicowe prawie zawsze częściej łączą się ze sobą niż wynikałoby ze statystyki.
3. Często łączą się z objawami najczęstszymi.
4. Zazwyczaj najsilniejsze, najbardziej swoiste nieprzypadkowe powiązania tworzą się w obrębie zespołu „podobnych objawów” (zaburzenia, zespołu „intuicyjnej skali”) zbliżonego do zespołów objawów, używanych na

RYCINA 2
Powiązania dziesięciu typowych objawów w grupie 2582 kobiet



długo przed wprowadzeniem klasyfikacji ICD-10 i po części przez tę klasyfikację wykorzystanych.

5. Niekiedy widoczne silne powiązania objawów z różnych zespołów („niepodobnych”) są sensowne i klinicznie istotne – informują o istotnych patomechanizmach, mogą też wyjaśniać współcześnie szeroko komentowane zjawisko współchorobowości (comorbidity). Objawy niosą zatem informację np. o zrozumiałym hipochondrycznym zaprzęgnięciu pacjenta bólem serca etc.

6. Najsłabsze powiązania i braki powiązania (czyli współwystępowania nieczęstsze istotnie, czyli nieodzwierciedlające powiązań) również są sensowne – odpowiadają rzeczywistości klinicznej i można je interpretować np. jako informacje o przeciwstawności ogólnych, nieświadomych

wyborów przeżywania odpowiadających za formowanie objawów: np. na drodze symbolicznej konwersji czy somatyzacji *versus* komunikowania wprost obniżenia nastroju i samooceny.

Podsumowanie

Odrębność poszczególnych zaburzeń nerwicowych (np. odpowiadających kodom ICD-10) nie jest w pełni popierana nawet przez analizy statystyczne. Tradycyjne pojęcie nerwicy jako konglomeratu objawów nie straciło na użyteczności i na podstawie uzyskanych wyników można uznać je za potwierdzone.

Znane z codziennej praktyki klinicznej i doniesień badawczych współwystępowanie objawów, ich transformacje – zamiany składników zespołu objawowego, płynność jego obrazu, współchorobowość, konkretyzacja

zaburzeń w procesie diagnozy (czyli przekształcanie zestawu objawów pod wpływem m.in. zachowań i widocznych cech osób badających), nawracanie zaburzeń w nieco innej postaci (także w wyniku leczenia) mogą nasuwać ważne wnioski co do etiopatogenezy zaburzeń nerwicowych. Wielu klinicystów i badaczy od dawna postuluje ich zakorzenienie w zaburzeniach osobowości, podkreślając m.in. obecność specyficznych zaburzeń osobowości w ogólnym zespole nerwicowym (Tyler i wsp.), inni proponują nawet rozpoznawanie odrębnego zaburzenia – osobowości nerwicowej (np. Aleksandrowicz i wsp. 2006), mogące wyjaśnić „wspólny pień” wielu pozornie odrębnych zaburzeń zwanych niegdyś (a tradycyjnie i po dziś dzień) nerwicą.

Piśmiennictwo na str. 54

TABELA

Objawy najsilniej i najsłabiej powiązane z objawem chwilowego niedowładu kończyn (dysocjacyjnego zaburzenia ruchu), zmienne uszeregowane wg wartości chi kwadrat (grupa 2582 kobiet)

	chi ²	p	n obserwowane współwystępowanie (ile osób zgłosiło oba objawy)	Reszta (o ile osób więcej niż oczekiwano)	OR	95% przedział ufności dla OR
43. Chwilowy niedowład rąk lub nóg						
23. Okresowa utrata czucia bólu lub dotyku	413,98	p < 0,0001	361	195	6,97	5,71 8,50
13. Skurcz przy wykonywaniu czynności (np. pisaniu)	253,39	p < 0,0001	432	170	4,68	3,83 5,71
93. Skurcze mięśniowe	214,70	p < 0,0001	425	157	4,11	3,38 5,01
63. Okresowa utrata wzroku lub słuchu	210,29	p < 0,0001	369	150	3,90	3,22 4,71
83. Zastąpienia	204,56	p < 0,0001	335	143	3,83	3,17 4,63
73. Okresowa afonia	202,28	p < 0,0001	287	133	3,93	3,23 4,78
61. Lęki w otwartej przestrzeni	196,62	p < 0,0001	300	135	3,80	3,13 4,61
123. Zaburzenia równowagi	193,85	p < 0,0001	465	150	4,12	3,35 5,08
51. Omdlenia	183,73	p < 0,0001	219	112	4,11	3,32 5,09
103. Brak tchu, duszność	179,45	p < 0,0001	507	141	4,50	3,56 5,68
41. Lęk w pojazdach - pociągach, autobusach itp.	177,64	p < 0,0001	391	141	3,52	2,91 4,26
117. Nieokreślone, wędrujące bóle	175,79	p < 0,0001	446	143	3,72	3,04 4,55
135. Szum w uszach	172,53	p < 0,0001	392	139	3,46	2,86 4,19
133. Skurcz zmuszający do stałego skręcania głowy	139,62	p < 0,0001	181	91	3,70	2,95 4,64
71. Lęk powstający w zamkniętych pomieszczeniach	139,61	p < 0,0001	382	126	3,04	2,52 3,67
44. Ataki paniki	136,26	p < 0,0001	435	126	3,15	2,58 3,84
24. Silny, uporczywy, uogólniony lęk	135,48	p < 0,0001	490	122	3,53	2,83 4,41
Pominięte zmienne o pośrednich wartościach chi kwadrat						
102. Poczucie braku energii	9,27	p < 0,005	535	24	1,53	1,16 2,01
66. Trudności koncentracji	8,42	p < 0,005	555	20	1,59	1,16 2,18
112. Nadużywanie alkoholu	7,52	p < 0,01	78	18	1,48	1,12 1,97
16. Uczucie napięcia	3,75	p < 0,1	589	8	1,67	0,99 2,82
75. Niska samoocena	3,55	p < 0,1	483	17	1,24	0,99 1,55
35. Brak pewności siebie	2,88	p < 0,1	551	11	1,31	0,96 1,78
64. Niepokój	2,58	ns	557	-9	0,75	0,54 1,06
82. Pesymizm	1,86	ns	505	11	1,18	0,93 1,51
86. Uczucie zmęczenia	1,55	ns	529	9	1,19	0,90 1,56
2. Obniżenie nastroju	0,32	ns	588	2	1,16	0,66 2,05
42. Utrata wiary we własne siły	0,22	ns	528	3	1,07	0,79 1,44

W tej tabeli wartości chi kwadrat można uznać za odpowiednik siły związku między dwoma zmiennymi (nieprzypadkowości ich współwystępowania)