

Artur Januś

## UŻYTECZNOŚĆ OPISU KONFIGURACJI OBJAWÓW NERWICOWYCH DLA POTRZEB DIAGNOZY I PROCESU TERAPII

### USEFULNESS OF THE CHECK-LIST METHOD IN DIAGNOSING AND MONITORING PSYCHOTHERAPY

Katedra Psychoterapii CM UJ  
Kierownik: prof. dr hab. Jerzy W. Aleksandrowicz

**neurosis  
diagnosis  
therapy**

*Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie, w jakim zakresie pomocne dla terapeuty może być posługiwanie się wywiadem i metodą kwestionariuszową w opisie zaburzeń nerwicowych. Autor wskazuje na możliwe źródła trudności diagnostycznych napotykanych u pacjentów z tymi zaburzeniami, takie jak współwystępowanie poszczególnych syndromów oraz brak wyraźnej przewagi któregośkolwiek z nich, czy zmienność obrazu objawowego zaburzeń nerwicowych. Zwraca też uwagę na ograniczenia opisu obrazu tych zaburzeń opartego o wywiad, zwłaszcza w kontekście procesu terapii pacjentów z tymi zaburzeniami.*

**Summary:** The structure of symptoms was assessed in 3130 neurotic patients with the use of scales of the symptom check-list "0". The high comorbidity of symptoms characteristic for different neurotic syndromes was found. The author discusses the usefulness of the check-list method in the process of diagnosing and monitoring psychotherapy.

Pomimo znacznego rozpowszechnienia zaburzeń nerwicowych, szacowanego przez niektórych autorów na 20–30% populacji [1], wiedza o nich jest wciąż bardzo ograniczona. Nie istnieje ani spójna koncepcja etiologiczna [2–5], ani nie ma zgody, gdzie przebiega granica między tymi zaburzeniami a normą [6] oraz innymi jednostkami chorobowymi [7, 8]. Kolejne klasyfikacje nerwic są wciąż przedmiotem wielu polemik [1–4, 6, 9,10].

Mimo iż diagnoza jest jedynie hipotezą stale weryfikowaną w trakcie kontaktu z pacjentem, nazwanie choroby powinno pozwalać na określenie jej przypuszczalnej patogeny [2, 3, 10], co jest pomocne w wyborze metod terapii, przewidywaniu jej długości i rokowaniu. W przypadku tych zaburzeń postawienie diagnozy spełniającej to kryterium jest bardzo trudne.

Istnieje wiele badań łączących poszczególne zespoły objawów z różnorodnymi i w większości mało specyficznymi czynnikami etiologicznymi. Próby tłumaczenia patogeny nawiązują do różnych koncepcji teoretycznych, między innymi psychoanalitycznej, behawioralnej, poznawczej, systemowej; ponadto coraz częściej zwraca się uwagę na rolę czynników biologicznych [1–5, 8, 11–13]. Z drugiej strony wiadomo, że objawy należące do różnych grup z reguły współwystępują u danego pacjenta [1, 5, 7, 14–18]. Oznacza to,

że ani żaden z czynników etiologicznych nie determinuje określonego obrazu nerwicy, ani na podstawie objawów nie można jednoznacznie wnioskować o patogenezie. Dlatego większość podziałów tych zaburzeń opiera się na kryteriach fenomenologicznych. W obecnie obowiązujących klasyfikacjach, DSM-IV i ICD-10, zaburzenia te traktowane są jako grupa podobnych, ale względnie niezależnych chorób [14]. Równocześnie wciąż w powszechnym użyciu jest termin nerwica. Dzieje się tak nie tylko z przyzwyczajenia do tej nazwy, ale przede wszystkim dlatego, że oddaje ona określoną rzeczywistość kliniczną [2–4, 17–19]. W tym ujęciu nerwica rozumiana jest jako odrębna jednostka nozologiczna, w której skład wchodzi różne zespoły objawów. Żaden z nich nie jest charakterystyczny dla nerwicy i może być elementem obrazu wielu chorób, zarówno psychicznych, jak i somatycznych. Niektórzy rozgraniczają tak rozumianą nerwicę i wspomniane zespoły objawów (syndromy) [3].

Na podstawie dominujących syndromów tworzono różne klasyfikacje nerwic [2, 4, 9, 12, 19, 20, 21], na przykład Kępiński [18] wyróżniał nerwicę neurasteniczną, histeryczną, hipochondryczną, anankastyczną i depresyjną, a lęk, zaburzenia wegetatywne, egocentryzm i „nerwicowe błędne koło” zaliczał do objawów osiowych, czyli wspólnych. W wielu przypadkach trudno jednak rozstrzygnąć, które symptomy są pierwszoplanowe [1, 3, 5, 14], co zmusza do stawiania rozpoznań wielocłonowych, np. nerwica hipochondryczno-depresyjna. Jednak nawet takie diagnozy są daleko idącym uproszczeniem. Informacje o obrazie zaburzenia nerwicowego uzyskuje się zwykle na podstawie wywiadu, testów psychologicznych lub obu tych metod łącznie.

Celem tej pracy jest próba odpowiedzi na pytanie, w jakim zakresie pomocne dla terapeuty może być posługiwanie się wywiadem i metodą kwestionariuszową w opisie tych zaburzeń.

### Material i metody

Do oceny występowania i nasilenia objawów nerwicowych wykorzystano kwestionariusze objawowe „O” wypełnione przed rozpoczęciem leczenia przez osoby, które w latach 1979–2001 zgłosiły się do ambulatoriów Zakładu Psychoterapii oraz Wojewódzkiego Ośrodka Leczenia Nerwic w Krakowie. Kryterium włączenia do badanej grupy był ogólny wynik kwestionariusza objawowego przekraczający o przynajmniej 10% granice normy [15, 22, 23], a więc wynoszący co najmniej 182 pkt. u mężczyzn i 220 pkt. u kobiet. Grupa osób, u których stosując opisaną procedurę stwierdzono nerwicę, liczyła 1086 mężczyzn i 2044 kobiety. W badaniu użyto skal opracowanych przez A. Rewer w 2001 r. [23], dostosowanych do zespołów opisywanych w klasyfikacji ICD-10.

Współwystępowanie grup objawów, z których większość odpowiada pojęciu syndromów [14], stanowiących o stopniu jednorodności skali głównej kwestionariusza, badano za pomocą współczynnika  $\alpha$  Kronbacha. Zgodność poszczególnych podskal, reprezentujących grupy objawów z pozostałą częścią skali, sprawdzono za pomocą korelacji i regresji liniowej.

Analizy te wykonano, używając pakietu statystycznego Stata 5.0.

Ponadto sprawdzono, u jakiego odsetka pacjentów jest możliwe określenie dominującej grupy objawów za pomocą najbardziej wysyczonej skali, przyjmując za kryterium nasilenie badanej skali większe kolejno o 1 sten i 2 steny od nasilenia którejkolwiek z pozostałych. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabelach 1–5 (patrz aneks).

### Opis wyników

Przeprowadzone obliczenia wskazują, że zespoły objawów opisywane przez poszczególne skale różnią się od innych (współczynnik  $\alpha$  Kronbacha osiąga wartości w zakresie 0,8716–0,8872), chociaż w znacznym stopniu są powiązane z pozostałymi – najbardziej zaburzenia lękowe, somatyzacyjne i konwersyjne, najmniej zaburzenia snu, seksualne i hipochondryczne. Tłumaczy to, dlaczego tylko u 12% kobiet i 7% mężczyzn zaobserwowano przewagę jednej ze skal wynoszącą co najmniej 2 steny. Złagodzenie kryteriów do różnicy wynoszącej co najmniej 1 sten pozwala wyznaczyć dominującą skalę u połowy pacjentów, wydaje się jednak, że tak mała różnica nie jest istotna klinicznie. Świadczy to o współwystępowaniu poszczególnych syndromów i w większości przypadków o braku przewagi któregośkolwiek z nich.

### Dyskusja i wnioski

Uzyskane wyniki wskazują, że jeśli pacjent na podstawie ogólnego wyniku kwestionariusza spełnia kryterium zaburzeń nerwicowych, co w większości przypadków koresponduje z klinicznym obrazem nerwicy [15], to prezentuje on objawy należące do różnych grup, z których zwykle żadna wyraźnie nie dominuje [5, 6, 14]. Tylko u 11% pacjentów przy zastosowaniu wyżej wymienionych kryteriów (tzn. różnicy przynajmniej 2 stenów) udało się wyodrębnić dominujący zespół objawów.

Praktyka kliniczna oraz wyniki badań wskazują, że natężenie i konfiguracja poszczególnych objawów cechują się dużą zmiennością [5, 6, 14, 24]. Na przykład ten sam pacjent może na jednej sesji prezentować, jako najbardziej nasilone objawy, lęki agorafobijne, na następnej bezsenność, a na kolejnej somatyzację. Oznacza to, że diagnoza postawiona na podstawie najbardziej nasilonego syndromu może być nieaktualna już następnego dnia.

W odróżnieniu od metody kwestionariuszowej, oparcie rozpoznania na wywiadzie prowadzi zwykle do wyodrębnienia jednego lub co najwyżej kilku głównych syndromów [3, 11, 10, 14, 18,]. Diagnosta uwzględnia dynamikę objawów na przestrzeni dłuższego czasu i na tej podstawie może określić syndromy najbardziej charakterystyczne dla danego pacjenta, ale w istocie dokonuje on arbitralnego wyboru spośród wielu współwystępujących objawów [14]. Stąd też rozpoznanie postawione na podstawie wywiadu zwykle obarczone jest dużym błędem. Błąd ten związany jest nie tylko z samą koniecznością dokonania takiego wyboru, ale także z tym, że pod wpływem wzajemnych wyobrażeń i oczekiwań pacjenta i badającego, w wyniku ich interakcji, dochodzi do selekcji objawów — jedne są bardziej eksponowane, a inne pomijane [18, 24]. Na przykład, wobec psychologa pacjent może mieć tendencje do uwydatniania zaburzeń przeżywania, a wobec lekarza – somatycznych. Zauważono, że im bardziej ustrukturuowany jest wywiad, tym więcej stwierdza się współwystępujących objawów [17]. O wysokim stopniu subiektywności diagnozy opartej na wywiadzie świadczy fakt, że rozpoznania stawiane w zaburzeniach nerwicowych przez tak zwanych sędziów kompetentnych są zgodne co najwyżej w 40% [14].

Postawienie rozpoznania na podstawie wywiadu oznacza redukcję całej gamy różnorodnych i występujących w specyficznej konfiguracji objawów. Nazwanie choroby, a przez to myślenie o niej na przykład jako o zaburzeniach somatyzacyjnych, może sprzyjać koncentrowaniu się na tych objawach i pomijaniu innych [10]. Jest to poważny problem, zwłaszcza w warunkach terapii krótkoterminowej lub skoncentrowanej na problemie, szczególnie w sytuacji, kiedy inna osoba zajmuje się diagnostyką, a inna leczeniem, co jest zjawiskiem

częstym w instytucjach prowadzących psychoterapię. Być może rozpoznanie „nerwica” lepiej opisuje rzeczywistość kliniczną i zapobiega skupianiu się na jej fragmentach.

Pomimo znacznych różnic w rozumieniu mechanizmów powstawania tych objawów [2–5, 11, 20], przedstawiciele większości szkół terapeutycznych zgadzają się, że są one pochodną trudności w społecznym funkcjonowaniu jednostki [1, 11, 14, 18], w związku z tym obserwowanie zmian obrazu zaburzeń, podobnie jak ogólnego nasilenia objawów nerwicowych, może być pomocne w określeniu obszarów dysfunkcji pacjenta oraz w monitorowaniu postępów terapii [15, 22].

Budowanie pełnego obrazu obecnych zaburzeń pacjenta nie jest w praktyce możliwe na podstawie informacji uzyskiwanych na sesjach. Odpytywanie pacjenta czy wysłuchiwanie sprawozdania na temat bieżących dolegliwości byłoby czymś sztucznym, zbyt strukturującym sesję i nadmiernie koncentrującym jego uwagę na objawach, poza tym taka procedura pochłaniałaby wiele czasu. Praca nad objawami dotyczy zwykle tych spośród nich, które wpisują się w aktualnie omawiany problem, są najbardziej dokuczliwe, w sposób wyraźny nasiliły się czy wygasły. Jest to zawsze wynik mniej lub bardziej świadomego wyboru dokonanego przez pacjenta lub terapeutę. Dokonanie takiego wyboru wiąże się z utratą informacji o dynamice innych objawów. Dlatego bardziej obiektywna, i pozbawiona wspomnianych ograniczeń, metoda kwestionariuszowa, pozwalająca na szybkie zebranie potencjalnie użytecznych danych tak w zakresie ogólnego nasilenia zaburzenia, jak i poszczególnych objawów czy ich grup, może być cennym narzędziem pomagającym w optymalizacji procesu terapii [15].

Podsumowując, wydaje się, że określanie konfiguracji objawów nerwicowych na potrzeby diagnostyczne ma mniejsze znaczenie praktyczne niż wykorzystywanie tych informacji w toku późniejszej terapii.

#### Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J.W. Zaburzenia nerwicowe. Warszawa: PZWL, 1998.
2. Bomba J. Problem nerwic w najnowszych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych a tradycja psychoanalityczna w psychiatrii. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997; 6: 417–422.
3. Fortuna D. Spór o adekwatność diagnozy nozologicznej w nerwicy. *Psychoter.* 1977; XXI: 11–25.
4. Orwid M. Uwagi na temat klasyfikacji zaburzeń psychicznych z perspektywy klinicznej psychiatrii młodzieżowej zorientowanej systemowo. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997; 6: 431–434.
5. Wolniewicz-Grzelak B. Doświadczenia dziecięce a nerwice wieku dorosłego (praca doktorska) 1975. Biblioteka IPiN.
6. Aleksandrowicz JW. Czy rzeczywiście nie ma zaburzeń nerwicowych? *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997; 6: 411–416.
7. Angst J. Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1993; suppl. 8: 21–25.
8. Frosch J. *Psychodynamic psychiatry: Theory and practice*. Madison: International Universities Press, Inc., 1990.
9. First MB. Tendencje w klasyfikacji psychiatrycznej: od DSM-III-R do DSM-IV. W: Bomba J, de Barbaro B, red. *Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. Kraków: CM UJ 1995; 86–93.
10. Siwiak-Kobayashi M.M. Nerwice – ICD-10 a praktyka psychiatryczna. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997; 6: 397–402.
11. Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Maryland: Williams & Wilkins; 1998.
12. Leder S. Poglądy na nerwice w ujęciu historycznym. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997; 6: 403–409.
13. Potoczek A. Lęk napadowy (panic disorder). Najnowsze koncepcje etiologiczne i diagnostyczne. *Psychiatr.*

Pol. 1997; XXXI: 437–448.

14. Aleksandrowicz JW. Zarys teorii struktury zaburzeń nerwicowych (praca habilitacyjna). Biblioteka Medyczna CMUJ, Kraków; 1978.
15. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Filipiak J, Kowalczyk E, Martyniak J, Mazoń S, Meus J, Niwicki J, Paluchowski J, Pytko A, Romeyko A. Kwestionariusze objawowe „S” i „O” – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych. *Psychoter.* 1981; XXXVII: 1981; 11–27.
16. Aleksandrowicz JW, Świątek L. Częstość występowania zaburzeń nerwicowych. *Psychoter.* 1985; LIV: 21–26.
17. Andrews G. Comorbidity and the general neurotic syndrome. *Brit. J. Psychiatry.* 1996; 68, supl.30: 76–84.
18. Kepiński A. *Psychopatologia nerwic.* Kraków: Wyd. Literackie; 2002.
19. Jaroszyński J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. *Psychiatria.* Warszawa: PZWL; 1987.
20. Aleksandrowicz JW. Możliwości konstrukcji teorii zaburzeń nerwicowych w oparciu o pojęcia struktury dynamicznej i pola psychospołecznego. *Psychiatr. Pol.* 1979; XIII: 145–151.
21. Leder S. Nerwice. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. *Psychiatria.* Warszawa: PZWL; 1987, s. 160–210.
22. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i w badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. *Psychiatr. Pol.* 1994; XXVIII: 667–676.
23. Rewer A. Skale kwestionariusza objawowego „O”. *Psychiatr. Pol.* 2000; XXXIV: 931–943.
24. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K. Metodologiczne problemy diagnozy zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości. *Psychoter.* 1980; XXXIV: 39–45.
25. Ferguson GA, Takane Y. *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice.* Warszawa: PWN, 1997.

Adres: Katedra Psychoterapii CM UJ

ANEKS

Tabela 1

Wartości współczynnika  $\alpha$  Kronbacha dla poszczególnych skal

	Skala ogólna	Kobiety	Mężczyźni
1	zaburzenia lękowe	0,656	0,660
2	inne zaburzenia lękowe	0,719	0,719
3	zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	0,752	0,750
4	konwersja	0,756	0,764
5	zaburzenia somatyczne z zaburzeniami lękowymi lub bez nich	0,740	0,766
6	zaburzenia somatyczne	0,730	0,735
7	zaburzenia hipochondryczne	0,620	0,600
8	neurastenia	0,752	0,740
9	zespół depresjonalny – depresjonalny	0,767	0,760
10	mieszane zaburzenia osobowości – unipolarny zespół	0,703	0,701
11	mieszane zaburzenia osobowości – impulsywno-afekt-histeryczny	0,774	0,788
12	niezdiagnozowane zaburzenia	0,600	0,600
13	czynnik depresyjny	0,653	0,672
14	czynnik	0,790	0,794

Tabela 2

Współczynniki korelacji między poszczególnymi podskalami skali nerwicowej a wynikami pozostałej części skali wraz z istotnością statystyczną – kobiety

	Skala	Współczynnik regresji liniowej $\beta$	Współczynnik korelacji $r^2$	Istotność statystyczna
1	zaburzenia lękowe	5,470411	0,3076	$p < 0,001$
2	Inne zaburzenia lękowe	6,263046	0,3824	$p < 0,001$
3	zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	7,283476	0,4763	$p < 0,001$
4	konwersje	3,260967	0,2059	$p < 0,001$
5	zaburzenia autonomiczne związane z sercem i układem sercowo-naczyniowym	5,421523	0,3053	$p < 0,001$
6	zaburzenia somatyczne	4,503524	0,2465	$p < 0,001$
7	zaburzenia hipochondryczne	5,374671	0,2972	$p < 0,001$
8	neurastenja	4,757800	0,2739	$p < 0,001$
9	zespół depersonalizacji – derealizacji	5,214922	0,2901	$p < 0,001$
10	mieszan e zaburzenia osobowości – unikalnie zależność	4,216364	0,2671	$p < 0,001$
11	mieszan e zaburzenia osobowości – impulsywność i skłonność do	5,710064	0,3357	$p < 0,001$
12	nieorganizowane zaburzenia snu	6,476471	0,4166	$p < 0,001$
13	dysfunkcje seksualne	4,500055	0,2566	$p < 0,001$
14	dystymia	5,259376	0,2759	$p < 0,001$

Tabela 3

Współczynniki korelacji między poszczególnymi podskalami skali nerwicowej a wynikami pozostałej części skali wraz z istotnością statystyczną – mężczyźni

	Skala	Współczynnik regresji liniowej $\beta$	Współczynnik korelacji $r^2$	Istotność statystyczna
1	zaburzenia lękowe	5,66	0,31	$p < 0,001$
2	Inne zaburzenia lękowe	6,66	0,38	$p < 0,001$
3	zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	6,30	0,36	$p < 0,001$
4	konwersje	3,32	0,20	$p < 0,001$
5	zaburzenia autonomiczne związane z sercem i układem sercowo-naczyniowym	4,61	0,26	$p < 0,001$
6	zaburzenia somatyczne	4,76	0,26	$p < 0,001$
7	zaburzenia hipochondryczne	4,64	0,26	$p < 0,001$
8	neurastenja	4,64	0,26	$p < 0,001$
9	zespół depersonalizacji – derealizacji	6,16	0,36	$p < 0,001$
10	mieszan e zaburzenia osobowości – unikalnie zależność	3,50	0,22	$p < 0,001$
11	mieszan e zaburzenia osobowości – impulsywność i skłonność do	6,36	0,36	$p < 0,001$
12	nieorganizowane zaburzenia snu	6,69	0,41	$p < 0,001$
13	dysfunkcje seksualne	4,14	0,20	$p < 0,001$
14	dystymia	5,64	0,29	$p < 0,001$

Tabela 4

Rozpoznania postawione na podstawie dominującej skali – kobiety

	Skala	Różnica 1stetn		Różnica 2-stetn	
		M	%	M	%
1	zaburzenia lękowe	30	4,9%	20	3,1%
2	Inne zaburzenia lękowe	31	1,1%	1	0,1%
3	zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	41	2,2%	11	0,3%
4	konwersje	40	1,2%	2	0,2%
5	zaburzenia autonomiczne z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego	43	2,7%	5	0,3%
6	zaburzenia somatyczne	45	3,3%	2	0,1%
7	zaburzenia hipochondryczne	17	5,3%	46	2,3%
8	neurastenja	42	3,0%	2	0,1%
9	zespół depresyjny – depresja	45	3,3%	1	0,1%
10	mięsne zaburzenia osobowości – uniłtarne i zalegające	14	3,1%	7	0,1%
11	mięsne zaburzenia osobowości – impulsywność i skłonność	33	4,4%	7	0,1%
12	nieorganizowane zaburzenia snu	55	4,2%	23	1,1%
13	dysfunkcje seksualne	23	4,1%	35	2,3%
14	dystymia	55	4,2%	11	0,3%
	razem	1061	61,2%	200	2,1%

Tabela 5

Rozpoznania postawione na podstawie dominującej skali – mężczyźni

	Skala	Różnica 1stetn		Różnica 2-stetn	
		M	%	M	%
1	zaburzenia lękowe	40	3,1%	3	0,2%
2	Inne zaburzenia lękowe	5	0,1%	2	0,1%
3	zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	34	3,1%	2	0,1%
4	konwersje	25	2,3%	5	0,2%
5	zaburzenia autonomiczne z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego	32	2,4%	3	0,1%
6	zaburzenia somatyczne	31	2,5%	3	0,1%
7	zaburzenia hipochondryczne	12	0,2%	7	0,2%
8	neurastenja	20	2,1%	4	0,2%
9	zespół depresyjny – depresja	35	3,2%	1	0,1%
10	mięsne zaburzenia osobowości – uniłtarne i zalegające	30	3,3%	5	0,2%
11	mięsne zaburzenia osobowości – impulsywność i skłonność	33	3,3%	6	0,5%
12	nieorganizowane zaburzenia snu	55	5,4%	5	0,2%
13	dysfunkcje seksualne	55	1,1%	2	0,1%
14	dystymia	25	2,1%	5	0,2%
	razem	660	60,8%	31	1,2%

