

Nerwice – koncepcja, diagnoza, terapia¹

Neuroses – conceptions, diagnosis and treatment

MARIA SIWIAK-KOBAYASHI

Z Kliniki Nerwicy Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Na tle aktualnych dyskusji dotyczących pojęcia i klasyfikacji zaburzeń nerwicowych, praca w zwięzły sposób informuje o współczesnych poglądach na zagadnienia związane z rozpoznawaniem i leczeniem tych zaburzeń (red.).*

SUMMARY. *Current views on the issues of neurotic disorders diagnostics and treatment are briefly outlined on the background of ongoing discussions concerning conceptions and classifications of these disorders (Ed.).*

Słowa kluczowe: nerwice / klasyfikacja / diagnostyka / leczenie

Key words: neuroses / classifications / diagnostics / treatment

Pojęcia „nerwica”, „nerwicowy” czy „neurotyczny” są powszechnie przyjęte w naszej tradycji kulturowej – zarówno w języku potocznym, w literaturze pięknej, jak i w psychiatrii. Jednak pojęcie to nie jest tak stare jak inne określenia zaburzeń psychicznych (np. „histeria” czy „melancholia” pochodzące z czasów Hipokratesa). Termin *neurosis* ma dopiero niewiele ponad dwieście lat. Został wprowadzone przez Cullena na oznaczenie jednej z czterech grup wyodrębnionych przez niego chorób układu nerwowego – obok śpiączek (*comas*), drgawek (*convulsions*) i szaleństwa (*vesania, insanity*). Zrobił – jak widać – dużą karierę, zyskując prawo obywatelstwa w różnych dziedzinach życia i kultury na całym świecie. Może to wynikać z tego, że treść, jaką mu przypisywano, była dość oczywista jako zjawisko czy grupa zjawisk przezeń opisywanych.

W ciągu tych dwóch stuleci treść ta jednak zmieniała się, a właściwie zmieniało się to, co

uważano za najbardziej istotne dla zjawiska opisywanego jako nerwica czy nerwice.

Początkowo – jak widzimy z propozycji Cullena – dominowało kryterium klasyfikacyjno-objawowe, czyli to, w jaki sposób objawy nerwicy różniły się od objawów innych zaburzeń psychicznych czy nerwowych. Choć klasyfikacja Cullena dawno się zdezaktualizowała, to jednak ten typ kryteriów opisu nerwic utrzymał się aż do ICD-9 włącznie. Nerwice są tam bowiem scharakteryzowane jako „Zaburzenia psychiczne o symptomatologii psychicznej i somatycznej występujące bez uchwytnych zmian organicznych. Od psychoz odróżnia je zachowany krytycyzm. Zachowanie, choć może być znacznie zaburzone, mieści się zwykle w granicach społecznie dopuszczalnych”. Widoczny jest tu więc niejako „negatywny” opis nerwic poprzez wyliczenie, czym one nie są, a więc odróżnienie ich od zaburzeń organicznych i od psychoz.

Nie dziwi nas takie ujęcie sprawy, ponieważ wiemy, że objawy charakterystyczne dla nerwic, jak np. lęk, natręctwa, różne objawy somatyczne czy zaburzenia nastroju mogą

¹ Zmieniona wersja wykładu wygłoszonego na Konferencji Szkoleniowej Ordynatorów pt: *Zaburzenia nerwicowe*, w Warszawie, 1 kwietnia 1998 r.

występować zarówno w innych zaburzeniach psychicznych i somatycznych, jak też i w stanach normy psychicznej. Przeanalizowanie takich kryteriów nawet już w świetle aktualnej wiedzy, nie mówiąc już o tej, jaką niewątpliwie przyniesie niedaleka już przyszłość, pokazuje nam, jak są one niewystarczające. Czy można bowiem mówić o „braku uchwytnych zmian organicznych”, gdy obecna wiedza mówi nie tylko o zmianach na poziomie neuroprzeżytkowości, ale wkrótce być może będą dla nas uchwytnymi zmiany na poziomie wewnątrzjądrowym, genowym? Jednak właśnie z kryterium braku uchwytnych zmian patologicznych, „morfologicznych” wypłynęło nazywanie tych zaburzeń „czynnościowymi”, „funkcjonalnymi”. Obecnie niektórzy [Aleksandrowicz 1997] rozumieją termin „funkcjonalność” nie tylko w znaczeniu braku podstaw morfologicznych, ale też przede wszystkim jako odzwierciedlenie zaburzenia funkcji psychicznych i fizycznych, co stanowi istotę tej grupy diagnostycznej. Kryteria zachowanego krytycyzmu oraz odniesienia do norm zachowania mogą być z kolei podważone w związku z tym, że normy te zmieniają się równoległe do zmian kulturowych i społecznych.

Opisu nerwic na poziomie wyłącznie objawowym można było dokonać właściwie tylko poprzez taki właśnie „negatywny” opis, tzn. podkreślenie, czym i dlaczego nie są.

Wydaje się jednak, że określenie „nerwica” i „nerwicowy” przyjęło się tak powszechnie nie ze względu na kryteria objawowe tego zjawiska (czy grupy zjawisk), ale na kryteria patogenetyczne, przyczynowe, które podkreślały treści zgodne z powszechnym doświadczeniem i z obserwacjami klinicznymi.

Warto zauważyć, że kryteria przyczynowe stosowano do poszczególnych rodzajów nerwic już w starożytności, czego klasycznym przykładem jest histeria. Dopatrywanie się przyczyny zaburzeń w „wędrowaniu macicy” może nas dzisiaj rozbawiać, ale musimy docenić trafność obserwacji starożytnego uczonego dotyczącej związku objawów histerycznych z seksualnością. Jednak w czasach nam bliższych różni badacze próbowali podejść do

przyczyn nerwic w sposób bardziej racjonalny i systematyczny.

Warto tu wspomnieć o doświadczeniach Charcota z tzw. magnetyzmem zwierzęcym, czyli ze zjawiskiem hipnozy. Doświadczenia te wpłynęły potem na Janeta i jego pojęcie dysocjacji jako mechanizmu podstawowego dla hysterii. Spór pomiędzy Janetem a Bernheimem zwrócił uwagę na grę przyczyn biologicznych i psychicznych w powstawaniu nerwic. Wreszcie, prace Freuda zwróciły uwagę na rolę emocji negatywnych, takich jak lęk, i na znaczenie nieświadomej motywacji w kształtowaniu zachowań człowieka, w tym również – zachowań nerwicowych. Freud podkreślał znaczenie lęku jako podstawowego wyróżnika nerwic. Lęk i obronę przed nim rozumiał zarówno jako objaw, jak i przyczynę innych objawów nerwicowych. Choć obecne klasyfikacje psychiatryczne, począwszy od DSM-III, odżegnują się od wpływu tej teorii, nie przestano postrzegać lęku jako czynnika kształtującego i przenikającego objawy nerwicowe. Przeżywanie silnych emocji negatywnych – przede wszystkim lęku – uważa się obecnie za jedną z podstawowych cech klinicznych zaburzeń nerwicowych.

Następcy Freuda coraz bardziej zwracali uwagę na działanie czynników społecznych i negatywnych doświadczeń życiowych w kształtowaniu zaburzeń nerwicowych.

Wiele badań dostarczało argumentów uzasadniających psychologiczno-rozwojowy charakter przyczyn zaburzeń nerwicowych. Przykładem są tu doniesienia Raskina [1982] dotyczące roli zaburzonego środowiska i lęku separacji w historii życia pacjentów neurotycznych. Poszukiwano też osobowościowych korelatów tych zaburzeń, wskazując np. na wyższy poziom introwersji mierzonej testem Eysencka.

Z kolei odkrycia Selyego dotyczące fizjologicznej reakcji na stres, a następnie „odkrycie” stresu psychologicznego, czyli subiektywnej reakcji psychicznej na sytuacje stresowe i tzw. mechanizmów radzenia sobie ze stresem, przyczyniły się do głębszego rozumienia przyczyn zaburzeń zwanych nerwicami.

Odkrycia farmakologiczne również wpływały na teorię i praktykę psychiatryczną, także w odniesieniu do nerwic. Początkowo w zaburzeniach nerwicowych – zresztą tak, jak i w innych zaburzeniach psychicznych – stosowano głównie leki sedatywne. Odkrycie specyficznie przeciwłękowego działania benzodiazepin i ich skuteczności w zmniejszaniu objawów uważanych za „nerwicowe” potwierdziło znaczenie lęku jako podstawowej emocji w tych zaburzeniach. Wprowadzenie pierwszych leków przeciwdepresyjnych i odkrycie ich skuteczności w niektórych postaciach lęku (doniesienie Kleina o skuteczności imipraminy w leczeniu lęku napadowego) spowodowało bardziej szczegółowy opis zespołów lękowych i kryteriów ich rozróżniania, m.in. w celu dokładniejszego ustalania wskazań do podawania leków jednej lub drugiej grupy (przeciwdepresyjnych lub przeciwłękowych). W DSM-III nie tylko więc zrezygnowano z pojęcia „nerwica”, ale też wprowadzono lęk napadowy jako odrębny zespół.

Badania z zakresu psychoneuroimmunologii, choć wyniki są często niejednoznaczne, rzucają światło na wzajemne powiązania pomiędzy układem nerwowym a hormonalnym i immunologicznym poprzez działanie mechanizmów osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej. Wyniki tych badań rozszerzają poglądy na zjawisko stresu i reakcji na stres poza pierwotną teorię zespołu ogólnej adaptacji wyrażoną przez Selyego w kategoriach fizjologicznych. Wiadomo już, że „sieci informacyjne” wymienionych trzech układów obejmują podobne receptory w różnych funkcjonalnie i morfologicznie komórkach i posługują się tymi samymi substancjami przekaźnikowymi – przede wszystkim takimi jak katecholaminy. Istotne znaczenie w tych mechanizmach mają hormony przysadki, jak prolaktyna i hormon wzrostu, a na poziomie immunologicznym – cytokiny (np. interleukiny, interferony czy inne neuropeptydy). Odkrycia psychoneuroimmunologii dostarczają więc informacji na temat mechanizmów wzajemnego wpływu układu nerwowego i somatycznych zjawisk chorobowych. Warto pamię-

tać jednak, że badania te dostarczają coraz to nowych informacji potwierdzających przede wszystkim różnorodność, dwukierunkowość i wzajemność tych powiązań. Zarówno pobudzenie w zakresie układu nerwowego wpływa na układ hormonalno-immunologiczny, jak i odwrotnie – chorobowe zmiany w układach hormonalnym i immunologicznym wpływają na działanie układu nerwowego, zwłaszcza napęd, nastrój, poziom lęku itd.

Dostrzeganie i docenianie wzajemnych uwarunkowań zjawisk psychologicznych i zjawisk somatycznych dotyczących zdrowia i choroby wpłynęło na rozumienie chorób – zarówno tych dotychczas uważanych za somatyczne, psychosomatyczne i tzw. czynnościowe (czyli nerwice).

PROBLEMY KLASYFIKACJI NERWIC

W obecnych klasyfikacjach psychiatrycznych, zarówno DSM-IV jak i ICD-10, grupę zaburzeń nerwicowych (czynnościowych) próbuje się opisywać uwzględniając zarówno kryteria objawowe, jak i przyczynowe. W ICD-10 zaklasyfikowane są one w rozdziale: „Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48)”. Zaburzenia te charakteryzują się różnorodnymi objawami psychicznymi i somatycznymi. Objawy psychiczne mogą obejmować: nasilony lęk, smutek, rozdrażnienie, nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne, myśli i czynności natrętne, zaburzenia uwagi, pamięci i inne. Objawy somatyczne – to m.in.: bóle głowy, inne bóle, zaburzenia czynności układu wegetatywnego, dolegliwości ze strony różnych układów ciała, męczliwość, zaburzenia snu, zaburzenia czucia i ruchu.

Charakterystyczny jest brak przyczyn somatycznych lub ich niewspółmierność w stosunku do objawów, jeśli przyczyny takie istnieją. Istotne jest też nasilenie i długotrwałe utrzymywanie się objawów oraz przeżywanie ich jako choroby.

Część kategorii diagnostycznych omawianej grupy zaburzeń wyodrębniono w ICD-10 na podstawie kryterium objawowego. Są to:

zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne oraz zaburzenia występujące pod postacią somatyczną. Wydaje się dość jasne, że stanowią one wyraz nasilonego przeżywania lęku, a różnią się one między sobą sposobem przejawiania go – czasem bardziej a czasem mniej oczywistym dla samego pacjenta czy dla lekarza.

Natomiast na podstawie kryterium przyczynowego wyodrębniono kategorię: zaburzenia związane ze stresem. Wydaje się, że kryterium to zastosowano nie tylko ze względu na stopień oczywistości powiązania zachorowania z sytuacją doraźnego lub przewlekłego stresu, ale z uwagi na znaczenie poznanych już neurofizjologicznych skutków działania stresu.

Symptomatologia tych zaburzeń może być różnorodna, analogicznie do wymienionych powyżej innych zaburzeń nerwicowych. W ostrej reakcji na stres – często zbliżona do zaburzeń dysocjacyjnych, w reakcjach o charakterze przewlekłym – najczęściej ma postać mieszanych zespołów depresyjno-lękowych.

Psychologiczno-społeczne i fizjologiczne mechanizmy innych zaburzeń z tej grupy, nie związanych przez twórców ICD-10 bezpośrednio z sytuacjami stresowymi, wydają się podobne, choć ich przejawy mogą być rozmaite, a dominujący zespół objawów – często bardziej określony. Mechanizmy psychologiczne zaś mogą być zdecydowanie trudniejsze do wyśledzenia i proces ten wymaga często długiej i mozolnej pracy ze strony samego pacjenta oraz psychiatry lub psychoterapeuty.

ZASADY ROZPOZNAWANIA ZABURZEŃ NERWICOWYCH

Jak wynika z powyższych rozważań, czynniki etiopatogenetyczne zaburzeń nerwicowych są wielorakie. Obejmują one:

- czynniki psychologiczne (dyspozycje osobowościowe, konflikty wewnętrzne)
- czynniki społeczno-sytuacyjne
- predyspozycje biologiczne

Objawy charakterystyczne dla tych zaburzeń mogą występować nie tylko w nerwicach, lecz pojawiają się również w różnych innych zaburzeniach psychicznych i somatycznych oraz w stanach prawidłowych reakcji emocjonalnych (np. w obiektywnych sytuacjach zagrożenia czy utraty). Dlatego też rozpoznanie zaburzeń nerwicowych powinno obejmować co najmniej trzy grupy zjawisk:

-
-
- objawy nerwicowe,
 - cechy psychiczne i cechy sytuacji psychospołecznej pacjenta,
 - staranną diagnozę różnicową, wykluczającą inne zaburzenia psychiczne i somatyczne.
-
-

Ostatni z tych punktów jest często trudny, ponieważ różnicowanie wymaga czasem przeprowadzenia specjalistycznych badań dodatkowych, co często koliduje z tym, że równocześnie chcemy uniknąć pogłębiania u pacjenta poczucia zagrożenia i ciężkiej choroby somatycznej. Dlatego też proces diagnozy różnicowej musi być przeprowadzony możliwie szybko. Należy też dbać o informowanie pacjenta o celu i zakresie badań, jak również udzielać informacji co do wyników. Jest to – pamiętajmy – ważny element psychoterapii podtrzymującej, pozwalającej pacjentowi poradzić sobie z lękiem, poczuciem zagrożenia i niepewności.

Ujmując zagadnienie diagnozy w kategoriach problemu do rozwiązania, ustalenie trafnej diagnozy i wybór właściwego wyboru postępowania terapeutycznego wymaga określenia następujących problemów pacjenta: medycznego, osobowościowego, sytuacyjnego.

Problem medyczny stanowią różnorodne objawy psychiczne i somatyczne. Charakterystyczny jest wspomniany już poprzednio brak przyczyn somatycznych lub niewspółmierność objawów do nich, jeśli przyczyny somatyczne istnieją. Istotne dla rozpoznania

nerwicy jest też nasilenie i długotrwałe utrzymywanie się objawów oraz ich przeżywanie jako choroby.

Problemy osobowościowe mogą stanowić cechy zaburzonej osobowości, czyli stałej, powtarzającej się tendencji do przejawiania określonych, nieprawidłowych sposobów przeżywania, działania, kontaktowania się z innymi. Mogą to być cechy:

- osobowości lękliwej – charakteryzującej się stałym poczuciem napięcia i niepewności, mniejszej wartości, niższości w stosunku do innych, z nadwrażliwością na przejawy odrzucenia i krytyki ze strony innych i potrzebą bezwarunkowej akceptacji oraz z unikaniem istotnych kontaktów społecznych z obawy przed odrzuceniem, jak również ograniczaniem stylu życia z powodu potrzeby zapewnienia sobie bezpieczeństwa fizycznego
- osobowości zależnej – pozwalającej lub zachęcającej inne osoby do przejęcia odpowiedzialności za główne dziedziny życia, nadmiernie podporządkowującej swoje potrzeby potrzebom tych osób, od których jest uzależniona, unikającej stawiania im jakichkolwiek wymagań, postrzegającej siebie jako bezradnego, nieporadnego, przeżywającej nadmierną obawę przed opuszczeniem przez osobę, od której jest uzależniona, mającej złe samopoczucie w sytuacji osamotnienia i często poczucie bezradności i klęski w przypadku zakończenia zależnościowego związku
- osobowości anankastycznej – cechującej się nadmiarem wątpliwości i ostrożności, trudnościami w podejmowaniu decyzji, perfekcjonizmem, nadmiernym skupianiem się na szczegółach, pedanterią, sztywnością i uporem, nadmierną sumiennością i skrupulatnością z zaniedbywaniem przyjemności i związków międzyludzkich, czasem pojawianie się niechcianych myśli czy impulsów, ale w nasileniu mniejszym niż w nerwicy natręctw

- osobowości histrionicznej – cechującej się tendencją do dramatyzowania siebie, teatralności, przesadnej ekspresji emocjonalnej, sugestywnością, chwiejną uczuciowością, potrzebą znajdowania się w centrum uwagi i bycia docenianym przez innych, również wyrażającą się w nadmiernej koncentracji na atrakcyjności fizycznej

Warto pamiętać, że najczęściej znajdziemy u pacjenta jedynie pewne cechy osobowości charakterystyczne dla określonej kategorii klasyfikacyjnej. Określone cechy wiążą się z tendencją do reagowania określonymi objawami nerwicowymi. Jednakże dość rzadko cechy te występują w takim nasileniu, że usprawiedliwiają postawienie również rozpoznania określonego zaburzenia osobowości poza zaburzeniem nerwicowym.

Dla wyboru odpowiedniego postępowania terapeutycznego ważne jest dostrzeżenie roli tych cech w utrudnianiu właściwego przystosowania i funkcjonowania pacjenta, a w rezultacie w kształtowaniu zaburzenia nerwicowego.

Problemy sytuacyjne. W wywiadzie często można stwierdzić przewlekłą sytuację konfliktową. Może to być konflikt zewnętrzny (np. konfliktowa sytuacja rodzinna) lub wewnętrzny (np. konflikt między własnymi normami a wymaganiami związanymi z pełnioną rolą).

Często stwierdza się też występowanie czynnika wywołującego – sytuacji trudnej czy nagromadzenie sytuacji trudnych w niedawnej przeszłości (w przypadku zaburzenia stresowego pourazowego – w przeszłości odległej).

POSTĘPOWANIE LECZNICZE I REHABILITACYJNE

Zasadnicze elementy tego postępowania są następujące.

Prawidłowy kontakt terapeutyczny z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (p.o.z.), stanowiący podstawę terapii podtrzymującej.

Psychoterapia krótkoterminowa, zorientowana na problem, prowadzona przez lekarza p.o.z., obejmująca m.in. elementy terapii behawioralnej (techniki relaksacyjne, stopniową ekspozycję na bodźce lękorodne).

Farmakoterapia obejmująca:

-
- preparaty ziołowe o działaniu przeciwlękowym, uspokajającym,
 - pochodne benzodiazepiny (lepiej o krótkim okresie półtrwania) zgodnie z požądanym u danego pacjenta dominującym działaniem przeciwlękowym lub nasennym przez okres nie dłuższy niż dwa tygodnie, w okresie dużego nasilenia objawów lub doraźnie, gdy np. pacjent ma się znaleźć w sytuacji prowokującej lęk,
 - leki anksjolityczne o budowie innej niż benzodiazepiny (np. hydroksyzyna, buspiron),
 - leki przeciwdepresyjne, wskazane zwłaszcza w leczeniu nerwic z objawami mieszanymi lęku i depresji. Należy jednak pamiętać o braku doraźnego efektu anksjolitycznego (w przypadku leków trócyklicznych), o opóźnionym o ok. 1 tydzień początku tego działania i o początkowym efekcie nasennym (w przypadku leków czteropierścieniowych) oraz o możliwości wystąpienia początkowego okresu rozdrażnienia, nasilenia niepokoju (w przypadku leków blokujących wchłanianie zwrotne serotoniny).
-

Przyczynowe postępowanie terapeutyczne w nerwicach wiąże się z systematyczną psychoterapią, stosowaną w różnych formach (indywidualnej, grupowej, rodzinnej) przez odpowiednio przygotowane osoby (psychiatrów, psychologów, innych osób wyszkolonych w prowadzeniu psychoterapii). Częstotliwość sesji i długość trwania procesu terapeutycznego oraz łączenie go z innymi formami leczenia (np. z farmakoterapią) zależy od potrzeb pacjenta i szkoły terapeutycznej reprezentowanej przez terapeutę.

WARUNKI I MIEJSCE LECZENIA

Większość pacjentów leczy się w poradniach ogólnych (p.o.z.) lub też u innych specjalistów (nie-psychiatrów). Są to najczęściej pacjenci spełniający kryteria diagnostyczne dla następujących kategorii: (1) zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48), (2) zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50-F59), (3) zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69). Pacjenci z tymi zaburzeniami stanowią także dużą proporcję chorych leczących się w rejonowych poradniach zdrowia psychicznego, jak również w prywatnych gabinetach psychiatrycznych i neurologicznych.

W związku z tym istotne wydaje się tworzenie w poradniach zdrowia psychicznego jednostek zajmujących się pacjentami z zaburzeniami nerwicowymi, spełniających funkcje konsultacyjne, diagnostyczne i terapeutyczne. Wydaje się, że szczególnie istotna jest dla nich funkcja konsultacyjno-diagnostyczna w stosunku do pacjentów leczących się w innych placówkach opieki zdrowotnej i kierowanych na konsultację. Podstawową metodą terapeutyczną w takich poradniach winna być psychoterapia. Wynikają z tego określone wymogi kadrowe i organizacyjne, przede wszystkim zatrudnienie odpowiedniej liczby kwalifikowanych psychoterapeutów (psychiatrów i psychologów) oraz uwzględnienie czasu pracy koniecznego dla prowadzenia sesji terapeutycznych i wywiadów diagnostycznych. Wobec konieczności zajmowania się pacjentami z zaburzeniami związanymi ze stresem, a więc często znajdującymi się w sytuacji kryzysowej, jednostka taka powinna zatrudniać pracownika socjalnego i pielęgniarkę. Kierować nią powinien specjalista psychiatra posiadający certyfikat psychoterapeuty lub szkolony w psychoterapii, spełniający funkcje konsultacyjne.

Innymi jednostkami właściwymi do leczenia chorych na nerwicę są oddziały dzienne.

Oddziały takie w mniejszym stopniu pełnią zadania diagnostyczne, skupiając się na terapii i dydaktyce w stosunku do personelu wyższego i średniego uczącego się psychoterapii. Mogą być usytuowane w szpitalach klinicznych, w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych, albo też w rejonowych poradniach zdrowia psychicznego. Służą leczeniu pacjentów kierowanych przez jednostki psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, z już ustalonym rozpoznaniem, bez potrzeby oddzielenia od środowiska a wymagających intensywnego oddziaływania psycho- i socjoterapeutycznego oraz ewentualnie również leczenia farmakologicznego. Kierować takim oddziałem powinien specjalista psychiatra lub psycholog kliniczny z certyfikatem psychoterapeuty. Mając na względzie funkcje dydaktyczne warto też pamiętać o zatrudnianiu psychoterapeutów z uprawnieniami do superwizji.

W stosunku do całej populacji pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, stosunkowo nieliczna jest grupa tych, którzy wymagają leczenia szpitalnego w całodobowych oddziałach dla chorych na nerwice. Zaliczają się do niej pacjenci, u których istnieją wątpliwości diagnostyczne (tych należy kierować do ośrodków klinicznych) lub u których dotychczasowe leczenie ambulatoryjne okazało się nieefektywne, albo też charakter zaburzeń wymaga bardzo intensywnego postępowania terapeutycznego. Wydaje się, że leczenie szpitalne należy zarezerwować dla pacjentów szczególnie trudnych, czy to ze względów diagnostycznych, czy terapeutycznych. Wskazaniem dla leczenia szpitalnego może być też konieczność okresowego, służącego terapii oddzielenia pacjenta od jego zwykłych warunków. Oddziały takie powinny być organizacyjnie przynależne do: szpitali klinicznych AM, szpitali szkolących (ogólnych i psychiatrycznych mających uprawnienia do prowadzenia szkolenia specjalistycznego w psychiatrii i psychologii klinicznej, ośrodków sanatoryjno-rehabilitacyjnych. Winny one wykonywać zadania diagnostyczne, terapeutyczne, dydaktyczne,

a także badawcze, przynajmniej w sensie wykonywanych co kilka lat badań efektywności stosowanych metod leczniczych.

Zależnie od usytuowania oddziału zadania te wykonywane byłyby w pełnym zakresie lub też z naciskiem na określoną grupę zadań. I tak, oddziały należące do dużych ośrodków klinicznych lub szpitalnych mają większe możliwości wykorzystania bazy diagnostycznej, zaś znajdujące się w ośrodkach sanatoryjnych zajmują się wszechstronną terapią pacjentów już zdiagnozowanych i wymagających, poza psychoterapią i farmakoterapią, postępowania rehabilitacyjnego. Postępowanie lecznicze winno charakteryzować się znaczną intensywnością, tzn. mieć przede wszystkim charakter bardzo intensywnej, krótkoterminowej psychoterapii, najlepiej kompleksowej, obejmującej zarówno pracę indywidualną, jak i grupową oraz uwzględniającej różnorodne oddziaływania psycho- i socjoterapeutyczne, jak np. terapia zajęciowa, muzykoterapia, terapia ruchem, artoterapia. Istotnym elementem jest działanie oddziału na zasadzie społeczności terapeutycznej. W przypadku stwierdzenia takich wskazań stosowane winny być: farmakoterapia i zabiegi rehabilitacyjne. Kierownikiem oddziału całodobowego winien być specjalista psychiatra, posiadający certyfikat psychoterapeuty oraz, w miarę możliwości, stopień doktora.

Oddział leczenia nerwic, w którym z założenia podstawową metodą leczenia jest psychoterapia, musi zatrudniać więcej niż ma to miejsce w innych oddziałach psychiatrycznych personelu z wyższym wykształceniem (lekarze-psychiatry i psychologowie kliniczni) z uprawnieniami do prowadzenia psychoterapii. Zależnie od stosowanych dodatkowych metod psychoterapeutycznych, powinni też tam być zatrudnieni terapeuci zajęciowi i inni specjaliści. Obsada pielęgniarska winna zapewnić opiekę całodobową. Wobec zasady samoobsługi pacjentów, personel niższy może być ograniczony do minimum zapewniającego podstawowe funkcjonowanie oddziału. Stosowanie zasad

społeczności terapeutycznej wymaga umożliwienia pacjentom działania w samorządzie i realizację demokratycznego sposobu podejmowania decyzji w stopniu większym niż w innych oddziałach psychiatrycznych. Tryb przyjmowania pacjentów – ciągły (grupy otwarte) lub turnusowy (grupy zamknięte) – należy pozostawić decyzji kierownictwa oddziału, zależnie od zakresu zadań i stosowanych metod psychoterapeutycznych. Przy organizacji takich oddziałów należy uwzględnić nie tylko specyficzne wymagania co obsady i czasu pracy, ale dbać o zapewnienie odpowiedniej liczby pomieszczeń do terapii indywidualnej i grupowej, jak również innych warunków związanych z prowadzeniem zajęć terapeutycznych.

Jak widać, problemy związane z diagnozą i terapią zaburzeń nerwicowych obejmują nie tylko zagadnienia kliniczne, ale stanowią poważne wyzwanie organizacyjne dla kadry kierowniczej placówek służby zdrowia, a szczególnie dla jednostek lecznictwa psychiatrycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Aleksandrowicz J.W.: Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (wg ICD-10) – psychopatologia, diagnostyka i leczenie. CM UJ, Kraków 1997.
2. Casey P.R.: A Guide to Psychiatry in Primary Care. Wrightson Biomedical Publ. Ltd, Petersfield U.K. 1993.
3. DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Ed. American Psychiatric Association, Washington DC 1994.
4. Ellison J.M. (red.): Integrative treatment of anxiety disorders. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC 1996.
5. Gelder M., Gath D., Mayou R.: Oxford Textbook of Psychiatry. Third Ed. Oxford Univ. Press, Oxford 1996.
6. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków – Warszawa 1997.
7. Leder S. (red.): Elementy psychiatrii i psychologii medycznej w praktyce ogólnolekarskiej. Regionalny Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych, Warszawa 1987.
8. Leder S.: Nerwice. W: Dąbrowski i wsp. (red.): Psychiatria. Tom 1. PZWL, Warszawa 1987, 160–210.
9. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja Dziesiąta. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1994.
10. Pużyński S., Beręsewicz M. (red.): Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. IPiN, Warszawa 1993.
11. Siwiak-Kobayashi M.: Leczenie nerwic. Biul. Leków 1996, 5, 4, 3–14.
12. Siwiak-Kobayashi M.: Lęk w życiu człowieka. Lęk i Depresja 1996, 1, 8–15.
13. Siwiak-Kobayashi M.: Depresja a lęk. W: Przewlocka B. (red.): Depresja i leki przeciwdepresyjne 10 lat później. XII Zimowa Szkoła Instytutu Farmakologii PAN, Mogilany 1996. Inst. Farm., Kraków 1996.
14. Siwiak-Kobayashi M.: Zaburzenia nerwicowe. W: Wciórka J. (red.): Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego. IPiN, Warszawa 1992.
15. Siwiak-Kobayashi M.: Nerwice – ICD-10 – a praktyka psychiatryczna. Biul. IPiN 1997, 4.
16. Snaith P.: Clinical neurosis. Second Ed. Oxford Univ. Press, Oxford N.Y., Tokyo 1991.
17. Stahl S.M.: Phenomenology of Anxiety Disorders: Clinical Heterogeneity and Comorbidity. W: Westenberg, Den Boer and Murphy (red.): Advances in the Neurobiology of Anxiety Disorders. Wiley, Chichester 1996, 21–38.

*Adres: Doc. Maria Siwiak-Kobayashi, Klinika Nerwic IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*