

Problem nerwic w najnowszych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych a tradycja psychoanalityczna w psychiatrii

The problem of neuroses in recent classifications of mental disorders and the psychoanalytic tradition in psychiatry

JACEK BOMBA

Z Katedry Psychiatrii CM UJ w Krakowie

STRESZCZENIE. Najnowsze klasyfikacje zaburzeń psychicznych DSM-IV i ICD-10 porzucają koncepcję nerwicy jako zaburzenia psychicznego oddzielnego typu. W DSM-IV jest to następstwo całościowego postrzegania zaburzeń psychicznych bez rozdzielania na „części”: somatyczną i psychiczną oraz grupowania ich wokół podstawowych fenomenów psychopatologicznych (myślenie, nastrój, lęk). Kompromisowy charakter ICD-10 wyraża się w braku stanowiska co do natury zaburzeń psychicznych oraz przyjęciu kryterium „pokrewieństwa tematycznego” przy konstruowaniu podziału. W konsekwencji z obu tych systemów usunięto kategorię diagnostyczną nerwicy, pozostawiając jedynie nazwę w ICD-10 – ze względów historycznych. W związku z tym w kryteriach diagnostycznych poszczególnych kategorii, w tym zaburzeń traktowanych dawniej jako nerwicowe ICD-10, mimo zachowania nazwy, nie zawiera żadnych przesłanek odnoszących się do ich patogenetycy, ani mechanizmu powstawania czy utrzymywania się. Być może ułatwia to przypisywanie zaburzeń do poszczególnych kategorii i ułatwia statystykę, jest jednak mało przydatne w planowaniu leczenia i prowadzeniu badań naukowych nad zaburzeniami nerwicowymi. Rozwiązanie takie jest całkowicie obce tradycji psychoanalitycznej w psychiatrii, która ekspozowała znaczenie mechanizmu powstawania nerwic, nie rezygnując równocześnie z całościowego ujmowania człowieka i jego dysfunkcji.

SUMMARY. The most recent classifications of mental disorders (DSM-IV and ICD-10) reject the idea of neurosis as a separate type of mental disorder. In DSM-IV this results from a holistic approach to mental disorders, neither discerning their „somatic” and „psychical” components, nor grouping them around basic psychopathological phenomena (such as thinking, mood, anxiety). A compromise character of the ICD-10 is reflected in the lack of a clear standpoint as to the nature of mental disorders and in adoption of „thematic affinity” as the classification criterion. Consequently, neurosis as a diagnostic category was eliminated from both these classification systems, while the term itself was kept in the ICD-10 for historical reasons only. Thus, despite retaining the term „neurosis”, the ICD-10 diagnostic criteria for particular categories (even those formerly regarded as neurotic disorders) include no premises concerning their pathogenesis and mechanism of onset or persistence. This perhaps may facilitate both the allocation of disorders into particular categories and application of medical statistics, but is of little use for the planning of treatment and for scientific research into neurotic disorders. The solution in question is entirely foreign to the psychoanalytic tradition in psychiatry which emphasized the role of underlying mechanisms of neurosis, without resigning from the holistic approach to man and his dysfunctions.

Słowa kluczowe: nerwice / klasyfikacja / psychoanaliza

Key words: neuroses / classification / psychoanalysis

Jednym z podstawowych problemów medycyny, także psychiatrii, jest przewyższenie utrzymującej się opozycji między podejś-

ciem biologicznym i podejściem psychologicznym. Wydaje się, że współczesna nauka dysponuje już wystarczająco dużym zasobem

informacji pozwalających na przyjęcie jedności zjawisk, które biologia i psychologia badają odmiennymi metodami, opisują w odmiennych kategoriach pojęciowych i ujmują w odrębne i ciągle nie mogące się spotkać teorie i twierdzenia. W naukach stosowanych, do których należy medycyna, przekroczenie rozdziału między biologicznym a psychologicznym wydawałoby się szczególnie pożądane w nadziei na większą skuteczność jej działań. Tak się jednak nadal nie dzieje, a opracowane przez odmiennie podejścia sposoby rozumienia chorób i ich leczenia utrudniają syntezę ponieważ są konkurencyjne względem siebie.

W psychiatrii, zajmującej się przecież zaburzeniami psychicznymi, często podejmowano wysiłki zmierzające do całościowego ujęcia człowieka, odwołujące się do wiedzy biologicznej, psychologicznej i społecznej. Dawne rozróżnienie między tym co organiczne (tzn. strukturalne, biologiczne, anatomiczne), a tym co funkcjonalne (tzn. czynnościowe, psychologiczne), ma stale bardzo silny wpływ na myślenie psychiatrów.

Trudności osiągnięcia syntezy wiedzy o człowieku i zaburzeniach psychicznych, którą zawdzięczamy szczegółowym badaniom opartym na odmiennych założeniach teoretycznych, odmiennym i rywalizującym wzajemnie uogólnieniom i konceptualizacjom są wyraziste przy próbach konstruowania klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Klasyfikacja, jak każde porządkowanie, wymaga przyjęcia kryteriów wg których jest przeprowadzona. Im wyraźniejsze i ściślejsze kryteria, tym bardziej uporządkowana opracowana w oparciu o nie klasyfikacja. Element konkurencyjności sprawia jednak, że taki system klasyfikacyjny ma trudną drogę do powszechnej akceptacji. Antoni Kępiński [10] oparł swój podział nerwic o zasadę objawów osiowych, traktując je jako wyróżniki zaburzeń tego typu spośród innych. Określił w ten sposób wyraźnie ich granice. Potraktował jako objaw osiowy fenomen błędnego koła przyczyn i skutków, będący w istocie mechanizmem powstawa-

nia tych zaburzeń. Ponadto przyjął, że walor objawów osiowych w nerwicach mają też lęk i zaburzenia wegetatywne, co pozwoliło mu zakwestionować celowość wyróżniania nerwic lękowej i narządowych. Popularność tego podziału jest jednak niewielka. Klasyfikacja opracowywana z zamiarem osiągnięcia powszechnego jej stosowania staje przed poważnym zagadnieniem wyłonienia takich kryteriów porządkowania, które nie będą budzić zasadniczego sprzeciwu jej potencjalnych użytkowników. Przykład pokazuje, że takim zapewniającym sukces kryterium jest wyłącznie obraz objawowy zaburzeń.

Psychoanaliza przywiązuje stosunkowo niewielkie znaczenie do zewnętrznych cech zaburzeń psychicznych. Jest natomiast jedną z tych znaczących koncepcji, które podejmują próbę integracji wiedzy o człowieku pochodzącej z różnych dziedzin nauki. Opracowując swój model Freud wykorzystał ówczesną wiedzę: o biologii człowieka, o jego życiu psychicznym oraz o wpływie środowiska na jednostkę. Warto o tym przypominać, głównie ze względu na krytykę psychoanalizy z zewnątrz, jako nadmiernie psychologizującej, a także w obrębie samej myśli psychoanalitycznej, za niedocenywanie znaczenia relacji jednostki ze środowiskiem społecznym [8, 14, 15], czy niewystarczające uwzględnianie potencjału jednostki [11]. Psychoanaliza, a później kierunki określane jako psychodynamiczne, zajmowały się przede wszystkim, chociaż nie wyłącznie [5], dociekaniem psychologicznych mechanizmów rozwoju prowadzącego do zaburzeń psychicznych. Studiując rozwój indywidualny człowieka zaobserwowano, że polega on na pokonywaniu szeregu, następujących po sobie w czasie, trudności. W klasycznej teorii ujmowano je jako konflikt zasady przyjemności i zasady rzeczywistości [6, 7], później przedstawiano też inne znajdujące popularność ujęcia, jak koncepcja kryzysów rozwojowych Eriksona [3]. Dla nazwania procesu przewycięzania tych rozwojowych trudności posłużono się pojęciem nerwicy.

Sam termin pojawił się już wcześniej [2, 12] jako określenie różnorodnych zaburzeń w układzie nerwowym, traktowanych zresztą jako choroby somatyczne (o degeneracyjnej etiologii), później jako zaburzenia funkcjonalne. Wykorzystanie terminu pozostawało w związku z opowiedzeniem się za nieostrością granicy między zdrowiem i chorobą. Nadając pojęciu nerwicy całkowicie nowe znaczenie psychoanaliza przyczyniła się do jego niebywałej popularności. Odrzucono rozumienie nerwicy jako choroby układu nerwowego przedstawiając ją jako (niekoniecznie patologiczny) proces właściwy życiu człowieka w środowisku społecznym. Jego istotą jest rozwiązywanie konfliktu wewnątrzpsychicznego przy pomocy mechanizmów obronnych ego.

Termin nerwica przestał oznaczać zespół objawów psychopatologicznych, a stał się określeniem procesu odpowiedzi jednostki na wydarzenia w toku jej rozwoju. Jednak nie usunęło to klinicznej potrzeby nazywania sytuacji wymagających leczenia. Stała się przyczyną wprowadzania nowych nazw, np. psychonerwicy, nerwicy charakteru, dla oznaczenia sytuacji, w których leczenie jest potrzebne, ale także i innych, jak np. nerwica przeniesieniowa pojawiająca się w toku leczenia, jako jego istotny element.

Model rozwoju psychicznego człowieka i oparcie o niego hipotez powstawania zaburzeń psychicznych wyrażających się objawami psychopatologicznymi pozwolił na przedstawienie i uzasadnienie sposobu leczenia zaburzeń psychicznych, zwłaszcza tych określanych jako nerwicowe. Jest nim psychoterapia analityczna. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż jest to metoda leczenia nierozłącznie związana z postępowaniem diagnostycznym. Teoretyczne opracowanie zależności między klinicznym wyrazem zaburzenia a mechanizmem jego powstawania weryfikowane jest w toku procesu analitycznego. Stwarza to sytuację szczególną: stwierdzenie określonego zespołu objawów (znanych z psychopatologii opisowej) daje przesłanki do domniemania istnienia mechanizmów psychopa-

tologicznych doprowadzających do ich powstania. Ostateczne rozpoznanie możliwe jest dopiero po potwierdzeniu tych przypuszczeń w toku leczenia.

W psychodynamicznie zorientowanej psychiatrii podejmowano mimo to próby wprowadzenia kryteriów mechanizmu powstawania zaburzenia do procesu diagnozy. W polskiej psychiatrii było to cytowane już potraktowanie mechanizmu błędnego koła przyczyn i skutków jako objawu osiowego nerwicy przez Kępińskiego [10]. Innym przykładem jest wymóg Sifneosa [13] czy Davanloo [1] określenia fazy regresji nerwicowej jako kryterium diagnozy rozszerzonej o kwalifikacje do określonej formy psychoterapii. Najbardziej znanym jest wykorzystanie modelu zależności między poszczególnymi etapami rozwoju psychicznego, mechanizmami obronnymi ego a objawami i zespołami psychopatologicznymi w amerykańskiej klasyfikacji diagnostycznej DSM-I [4]. Odwoływanie się w klasyfikacji diagnostycznej zaburzeń psychicznych do, chociażby hipotetycznych, mechanizmów ich powstawania być może nie ułatwia samego procesu stawiania rozpoznania, jest jednak trudną do przecenienia pomocą w ustalaniu zasad postępowania terapeutycznego.

SYSTEM KLASYFIKACJI A FILOZOFIA PSYCHIATRII

Mimo postępu i osiągnięć współczesnej psychiatrii (w tym neurofizjologii i psychofarmakologii) wiele jest w niej nadal pytań bez odpowiedzi, zjawisk nie wyjaśnionych i przekonania opartych bardziej na subiektywnym przekonaniu niż obiektywnie udokumentowanych faktach. Konstruując klasyfikacje diagnostyczne z konieczności musimy odwoływać się do rozwiązań przybliżających. System klasyfikacyjny ma przybliżyć rzeczywistość kliniczną, uporządkować złożoność zjawisk psychopatologicznych. Jego głównym zadaniem jest ułatwienie trafnego rozpoznania po to, aby możliwe było zastosowanie adekwatnego leczenia. Kategorie

diagnostyczne pojawiające się w klasyfikacji muszą odpowiadać rzeczywistości klinicznej. Ich uporządkowanie jest przy tym wynikiem wiedzy o zjawiskach i o samych zasadach porządkowania. W sytuacji, w której wiele jest niewiadomego, odwoływanie się do wcześniej sporządzonych opisów wydaje się zrozumiałe. Miejsce poszczególnych kategorii w systemie i ich wzajemne relacje zależą od wiedzy i przekonań autorów klasyfikacji.

Ale nie tylko tego. Poza usprawnianiem procesu diagnostycznego i programowaniem leczenia klasyfikacje służą jeszcze wielu innym celom: porozumiewaniu się profesjonalistów między sobą, usprawniają badania naukowe, a także uczenie przedmiotu.

DSM-IV i ICD-10

Systemy klasyfikacyjne: Międzynarodowy (ICD), opracowany przez Światową Organizację Zdrowia i Amerykański (DSM) – przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne od wielu lat są względem siebie konkurencyjne. Drugi z nich został opracowany ze względu na niepopularność pierwszego wśród psychiatrów amerykańskich [4]. Oba przechodziły zasadnicze zmiany i ostatnia, czwarta, wersja DSM różni się od ostatniej (dziesiątej) wersji ICD znacząco także ze względu na filozofię zawodową autorów i cele, jakie sobie stawiają.

DSM-IV wykorzystuje aktualne wyniki badań naukowych w psychiatrii, stara się wyciągać z nich wnioski praktyczne dla myślenia klinicznego oraz, co istotne, ma kształtować myślenie zawodowe psychiatrów. ICD-10 także nie wyrzeka się wpływu na sposób myślenia psychiatrów. Ze względu na międzynarodowy charakter (ma być rozpowszechniony w krajach zrzeszonych w WHO) musi brać pod uwagę znacznie bogatszą wielość tradycji myślenia. Negocjacje między tymi tradycjami prowadzą nieuchronnie do rozwiązań kompromisowych. Te zaś z natury nie są radykalne. Autorzy ICD-10 nie czynią sekretu z faktu, że zasadniczym celem unifikacji klasyfikacji diagno-

stycznej jest statystyka. W obu jednak systemach klasyfikacyjnych zaniechano korzystania z poprzednio powszechnie przyjmowanej kategorii diagnostycznej „nerwica”.

CO SIĘ STAŁO Z NERWICAMI?

Nie oznacza to jednak, że zaburzenia nazywane nerwicami przestały pojawiać się w populacji. Przyczyny, dla których zniknęły z klasyfikacji, są bardziej widoczne w historii DSM. Przy konstruowaniu jego pierwszej wersji (DSM-I) wprowadzono jako element porządkujący kategorie diagnostyczne patogenezę zaburzeń psychicznych opartą na teorii psychoanalitycznej. Podejście to zostało zarzucone przy konstruowaniu DSM-III i nie powrócono do niego w kolejnych wersjach DSM [4]. Autorzy DSM-IV jednoznacznie uznali, że diagnostyczne pojęcie nerwicy jest anachroniczne podobnie jak psychodynamiczna koncepcja patogenezy – odrzucili obie. Stwierdzili, że przedłuża jałowe rozważania na temat przewagi biologii bądź psychologii w patogenezie. Jałowość tego sporu wydaje się oczywista wobec wyników badań naukowych wskazujących na jedność zjawisk postrzeganych tylko jako psychologiczne lub biologiczne, zależnie od perspektywy patrzenia. Rezygnując z „psychogennej” nerwicy odrzucono też jako anachroniczne pojęcie „organicznych” zaburzeń psychicznych. Michael First [4] utrzymuje, że jest to także świadoma konsekwencja braku rzetelnej wiedzy o etiologii zaburzeń psychicznych. Tak więc wyciągnięcie konsekwencji z niezajomości etiologii legło u podstaw konstrukcji klasyfikacji opartej o zespoły objawowe zgrupowane wokół fenomenu podstawowego.

ICD-10 nie posunęła się aż tak daleko. Podobnie jak w DSM, przyjęto kryterium opisowe, nie opowiedziano się jednak tak wyraźnie i konsekwentnie za podstawowymi fenomenami psychopatologicznymi (zaburzenia myślenia, nastroju i lęk). Wyróżniono grupę o nazwie: „Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią soma-

tyczną”. W wprowadzeniu autorzy ICD-10 wyjaśniają: „...termin nerwicowy zachowano do okazjonalnego użytku... zaburzenia pogrupowano odpowiednio do pokrewieństwa ich zasadniczej tematyki i opisowego podobieństwa...” [9]. W tę jedną grupę włączono zaburzenia lękowe (fobie, napady lęku), zespół natręctw (nerwicę natręctw), zaburzenia związane ze stresem (w tym zespół po stresie urazowym), zaburzenia dysocjacyjne (łącznie z konwersyjnymi), zaburzenia pod postacią somatyczną (łącznie somatyzacje, hipochondrię i tzw. nerwice narządowe) i liczne inne zaburzenia (np. neurastenię). Podstawą tego kroku jest „...ich historyczne powiązanie z pojęciem nerwicy i związek znacznej (choć trudnej do określenia) części tych zaburzeń z przyczynami psychologicznymi...” [9]. Poszczególne kategorie diagnostyczne oparte są rzeczywiście na kryteriach objawowych, odwołują się więc do psychopatologii opisowej. Wyjątek stanowi grupa kategorii „F43 – Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne”, wyodrębniona ze względu na czynnik sprawczy zaburzenia. Pozostała jako jedyna podgrupa zaburzeń traktowanych jako odpowiedź jednostki na czynnik traumatyczny. Chociaż trwale następstwa urazu klasyfikowane są jako zaburzenia osobowości w oddzielnej grupie. Rzeczywiście nazwa „zaburzenia nerwicowe” pozostała w ICD-10 jako relik, dając zresztą podstawę do wyodrębnienia całej dużej grupy. Takie rozwiązanie nie ma zgoła nic wspólnego z podejściem do nerwic wypracowanym przez psychoanalizę.

Psychiatrzy przyzwyczajeni do rozpoznawania zaburzeń nerwicowych odnajdą je w ICD-10, chociaż nie wszystkie w grupie tak właśnie zbiorczo nazwanej. Na przykład, ci, którzy przywykli do rozpoznawania nerwicy depresyjnej, nie znajdą jej jako odrębnej kategorii diagnostycznej, nie będą jednak mieli większych trudności z użyciem rozpoznania „zaburzenia depresyjnego i lękowego” lub w innej dużej grupie zaburzeń nastroju jako „dystymię”. Nie to zatem stanowi problem. W klasyfikacji ICD-10 całkowicie

zrezygnowano z oparcia procesu diagnostycznego na fenomenach innych niż opisowe. W szczególności z diagnozowania mechanizmu powstawania zaburzenia, co w szkołach wywodzących się z myślenia psychoanalitycznego (choć także w tych, które powstawały w opozycji do niego) stanowiło istotę pozytywnego rozpoznawania nerwicy.

GRANICE ZEWNĘTRZNE ZABURZEŃ NERWICOWYCH

ICD-10 wprowadza nowe, stanowiące wyzwanie dla tradycyjnego myślenia klinycystów rozwiązanie polegające na zarzuceniu rozróżnienia, które, wydawać by się mogło, jest fundamentalne i niewzruszone. Mianowicie „...nie wprowadzono rozróżnienia między nerwicą a psychozą, które było wyraźne w ICD-9...” [9]. W tradycji psychoanalitycznej mimo wyjaśniania powstawania zaburzeń na drodze takiego samego mechanizmu granicę tę wyznaczano jednak wyraźnie. Posługiwano się kryterium oceny realności, zdolnością tworzenia przeniesienia bądź oceną głębokości regresji. Usunięcie rozróżnienia pozbawia ważnej w praktyce klinicznej granicy oddzielającej jedno zaburzenie od drugich.

Dla psychiatrii, nie tylko o orientacji psychodynamicznej, istotnym elementem w diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń nerwicowych jest ich związek z zaburzeniami osobowości. W klasycznym ujęciu psychoanalitycznym nie był on tak ważny. Zaburzenie nerwicowe postrzegane było przecież jako konsekwencja zaburzeń w rozwoju. A jednak, dla wyróżnienia stanów nie mających wyraźnego związku z trudnościami rozwoju, wprowadzono np. pojęcie nerwicy aktualnej. ICD-10 wyodrębnia grupę kategorii diagnostycznych zaburzeń osobowości, ale niektóre z nich włącza do innych grup (schizotypowe w grupie schizofrenii, a cyklotymię w grupie zaburzeń nastroju). W tym miejscu chciałbym jedynie zwrócić uwagę na możliwość diagnozowania zaburzeń osobowości równoległe z rozpoznawaniem zaburzeń innego typu. To podejście znane jako

wielooosiowość diagnozy nie jest zresztą, a szkoda, cechą tej klasyfikacji. Wskazuje to jeszcze raz na opisowy charakter ICD-10.

PODSUMOWANIE

Międzynarodowa klasyfikacja ICD-10 nie nawiązuje zupełnie do psychoanalitycznej tradycji psychiatrii. Pośrednio jedynie można wnosić, że traktuje ją jako jedno z ujęć o znaczeniu historycznym. Można jednak przypuszczać, że wpływ ICD-10 na obecność myślenia inspirowanego psychoanalizą w psychiatrii będzie raczej niewielki. Naczelnym celem tej klasyfikacji jest ułatwienie porównywalnej statystyki, a nie ułatwienie klinicystom pracy diagnostycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Davanloo H.: Short-Term Dynamic Psychotherapy. Jason Aronson, New York 1980.
2. Encyklopedyczny słownik psychiatrii. PZWL, Warszawa 1986, 311.
3. Erikson E.: Childhood and Society. Norton, New York 1950.
4. First M.B.: Tendencje w klasyfikacji psychiatrycznej: od DSM-III-R do DSM-IV. W: Bomba J., de Barbaro B. (red.): Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych. CM UJ, Kraków 1995, 86-93.
5. Freud A.: Normality and pathology in childhood. The Hoggart Press. London 1996.
6. Freud S.: Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1906.
7. Freud S.: New introductory lectures on psychoanalysis. Norton, New York 1933.
8. Horney K.: Nowe drogi w psychoanalizie. PWN, Warszawa 1987.
9. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków-Warszawa 1997.
10. Kępiński A.: Nerwice. PZWL, Warszawa.
11. Rogers C.: On becoming a person. Constable, London 1967.
12. Rycroft C.: A critical dictionary of psychoanalysis. Penguin Books, Harmondsworth 1986.
13. Sifneos P.E.: Short-term anxiety provoking psychotherapy: its history, technique, outcome and instructions in Form of Brief Therapy. Guilford Press, New York 1981.
14. Stierlin H.: Separating parents and adolescents. Jason Aronson, New York 1981.
15. Sullivan H.: Conceptions of modern psychiatry. Norton, New York 1953.

*Adres: Prof. Jacek Bomba, Katedra Psychiatrii CM UJ,
ul. Kopernika 21, 31-501 Kraków*