

## Czy rzeczywiście nie ma zaburzeń nerwicowych?

*Are there really no neurotic disorders?*

JERZY W. ALEKSANDROWICZ

Z Zakładu Psychoterapii Katedry Psychiatrii CM UJ w Krakowie

**STRESZCZENIE.** Autor dyskutuje z dominujących we współczesnych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych poglądem poddającym w wątpliwość potrzebę posługiwania się pojęciem nerwicy i wyodrębniania takiej kategorii diagnostycznej. Przedstawia własną koncepcję rozumienia tego pojęcia (red.).

**SUMMARY.** The author argues with the view predominating in current classifications of mental disorders that the term „neurosis” is useless and there is no need to distinguish such a diagnostic category. His own conception of neurotic disorders is presented (ed.).

---

**Słowa kluczowe:** nerwice / koncepcje / klasyfikacja  
**Key words:** neuroses / conceptions / classification

---

Współczesne klasyfikacje zaburzeń psychicznych unikają określenia „nerwica”. W DSM [4] w ogóle zrezygnowano z tego pojęcia, w ICD-10 [5] określenie „zaburzenia nerwicowe” obwarowane jest licznymi zastrzeżeniami typu: „zaburzenia uważane za nerwice przez tych, którzy używają tych pojęć”. Podobnie pojęcie „psychogeneza” zostało bardzo zawężone. Jest używane jedynie do zasygnalizowania przeświadczenia, że „wydarzenia i trudności życiowe mają istotne znaczenie w genecie zaburzeń”. Obecnie, do dotychczasowych wątpliwości (np. pytania o to, czy istnieje wiele zaburzeń nerwicowych, czy też tylko jedna choroba – „nerwica” – przejawiająca się rozmaitymi syndromami) dołączyły się nowe. Na przykład: czy pojęcie „jednostki chorobowej” jest w ogóle zasadne – a jeśli tak, to czy „zaburzenia lękowe”, „zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne” itp. są takimi jednostkami? Czy „zaburzenia nerwicowe” są czymś innym, niż „zaburzenia związane ze stresem” i „zaburzenia przebiegające pod postacią somatyczną”? Czy rzeczywiście nerwica depresyjna (dystymia), „zaburzenia

adaptacyjne”, niektóre „zespoły behawioralne” i „związane z przyczynami emocjonalnymi” jakościowo różnią się od zaburzeń nerwicowych?

Obszar niepewności w diagnostyce i terapii zaburzeń, uważanych do tej pory za „psychogenne”, w gruncie rzeczy znacznie się zwiększył. Nadal niezmiernie rzadko spotyka się chorych, których objawy rzeczywiście odpowiadają opisom i pojęciom zawartym w klasyfikacjach. Na ogół, jeśli nie zawsze, ich dolegliwości – to zespoły, złożone z elementów wielu różnych zaburzeń. Co więcej, deklarowane założenie dotyczące „ograniczenia się do opisu” nie jest w ICD-10 i DSM-IV konsekwentnie stosowane. W definicjach pojawiają się kryteria etiopatogenetyczne (np. „zaburzenia związane ze stresem”), kryteria związane z przebiegiem choroby itp. Trudno jednak się dziwić, skoro – jak informują autorzy ICD-10 – tworzono ją, odwołując się do „opinii większości”.

Tak więc, wydaje się konieczne dalsze poszukiwanie odpowiedzi na pytania o istotę zaburzeń określanych jako „nerwicowe”, o sens określenia „psychogeneza” i o optymalne

sposoby leczenia. Jedną z możliwych dróg takich poszukiwań jest przedstawiony niżej fragment próby wyjaśniania zjawiska „psychogennych zaburzeń czynnościowych”, opartej na podejściu systemowym [3, 8].

Odpowiadając na tytułowe pytanie: zgodnie z tą koncepcją wydaje się zasadne zachowanie pojęcia, wyrażającego wspólną specyfikę („istotę”) tych zaburzeń i wyodrębniającego je spośród zaburzeń psychicznych. Wszystko jedno, jaką nazwą określi się to pojęcie. Mimo oczywistych obciążeń rozmaitością znaczeń, na razie – chociażby tylko na użytek tego tekstu – niech pozostanie dotychczasowa: „zaburzenia nerwicowe”.

Istnienie takiej specyficznej, wyróżniającej jakości wydaje się oczywiste. Określenie jej nie jest jednak proste. Być może właśnie to powoduje trudności klasyfikacji, a nawet pojawianie się hipotez twierdzących, że te zjawiska są powszechnymi elementami ludzkiego losu, a nie elementem psychopatologii.

Nie ma tu miejsca na rozważanie, czy prawdziwa jest teza, że „wszyscy mamy nerwicę, a przynajmniej „neurotyczną” (jeśli nie „psychotyczną” lub „perwersyjną”) strukturę osobowości – ani na dyskusję z poglądem, proponującym rozpatrywanie zaburzeń nerwicowych jako przedmiotu psychologii raczej, niż psychopatologii. Należy jednak przynajmniej zasygnalizować istnienie argumentów, że stojący za tymi przekonaniem koncept „kontinuum między normą a patologią” utrudnia dostrzeżenie cech jakościowych, odróżniających chorobę od zdrowia.

Osoby, u których występują zaburzenia nerwicowe, uważają je za chorobę. Lekarze nie zawsze podzielają to przekonanie. Sądzę, że dzieje się tak, gdyż jest to choroba odmienna od innych zaburzeń zdrowia z przynajmniej dwóch powodów.

Po pierwsze, w odróżnieniu od tych innych, zaburzenie nerwicowe zazwyczaj nie jest konsekwencją przejściowego lub trwalego uszkodzenia jakiegoś – uprzednio sprawnego – narządu, układu lub ich funkcji. Po drugie, zaburzenie nie sprowadza się do zakłóceń tego, co dzieje się „w chorym” (jego

narządach ciała, psychice itp.), lecz dotyczy także – a nawet przede wszystkim – relacji między jednostką i jej otoczeniem społecznym. Jest to więc – w odróżnieniu od innych chorób – zjawisko, którego istoty należy poszukiwać „poza” chorym.

Analizy specyfiki, kontekstu i przebiegu zaburzeń upoważniają do sformułowania hipotezy, że zespoły objawów nerwicowych i integralnie związane z nimi dysfunkcje osobowości (podobnie jak „zespoły behawioralne” i inne „psychogenne” zaburzenia) są względnie trwałymi, wewnątrznie zintegrowanymi sposobami funkcjonowania w środowisku społecznym. Mają one wszystkie cechy „systemu”, organizowanego i podtrzymywanego przez jego specyficzną „strukturę” [8].

Zaburzenia te stanowią formę komunikacji, mającej doprowadzić do zaspokojenia potrzeb, które można zaspokoić tylko w kontakcie z innymi ludźmi (realnymi osobami lub obiektami jedynie wyobrażalnymi) – np. ich obecności, doświadczenia, ich zainteresowania sobą, miłości itp. – także potrzeb seksualnych. Wydaje się zasadne określenie ich nazwą „potrzeb psychospołecznych”.

Sposoby, jakimi posługuje się jednostka, by osiągnąć zaspokojenie tych potrzeb, zależą od rodzaju „mechanizmów radzenia sobie” oraz „mechanizmów obrony ego”, ukształtowanych w toku rozwoju osobniczego i socjalizacji, przede wszystkim drogą uczenia sprawczego.

Różnorodność i elastyczność takiego zestawu umiejętności radzenia sobie z konfliktami w obszarze przeżywania oraz z sytuacjami życiowymi jest warunkiem świadomej, możliwie realistycznej oceny sytuacji społecznych. Sprawia, że zakres wątków, które muszą zostać wyparte, jest względnie ograniczony. Zarazem, jest warunkiem sprawnego posługiwania się świadomym myśleniem opartym na pojęciach, wyrażanych w słowach wspólnego języka. Komunikowanie potrzeb psychospołecznych i prowokowanie do reakcji zaspokajających je, dokonuje się wówczas w języku właściwym dla danej kultury (werbalnym i niewerbalnym)

i nie ma potrzeby powstawania zaburzeń czynnościowych.

W przypadku okoliczności uniemożliwiających powstanie tych umiejętności, niedostatecznego wykształcenia różnych cech osobowości („deficyty”) i kompensacyjnego przerostu innych cech, ukształtowania się błędnych schematów poznawczych, dominacji myślenia operacyjnego („aleksytymii” [7]) itp. – powstaje niesprawność systemu aktywności prowadzącej do zaspokojenia potrzeb psychospołecznych. Jednostka nie potrafi zaspokoić swoich potrzeb w relacjach interpersonalnych ani poradzić sobie z napięciami, jakie powstają w jej życiu psychicznym. Konsekwencją jest wypieranie, unieświadomianie przykrych przeżyć. Może wówczas dojść do uruchomienia innego systemu tej aktywności – zaburzeń nerwicowych.

Struktura takiego systemu zaburzeń jest analogiczna do struktury języka [1, 2]. Co więcej, także struktura nieświadomości – której rola w powstawaniu zaburzeń nerwicowych wydaje się oczywista – okazuje się taka sama jak struktura języka, którym od dzieciństwa posługuje się jednostka [6]. Być może dlatego specyficzne dla języka (np. polskiego) sposoby tworzenia i wyrażania pojęć znajdują odbicie w rodzaju objawów, tworzących system zaburzeń nerwicowych.

Wydaje się, że odwołanie się do tych założeń umożliwia pełniejsze zrozumienie istoty zaburzeń nerwicowych i powiązanie rozmaitych informacji o ich naturze. Przede wszystkim pozwala wyjaśnić specyfikę objawów. Zarazem, nadaje inny sens klasyfikowaniu zespołów ze względu na kryteria opisowe.

W zaburzeniach nerwicowych, rozumianych jako system komunikacji, elementami tego systemu aktywności jednostki są objawy – zaburzenia czynności somatycznych, zaburzenia przeżywania i zakłócenia zachowania w sytuacjach społecznych przekazujące informacje o istnieniu potrzeb psychospołecznych i stanowiące bodźce, prowokujące do pożądanego odpowiedzi otoczenia. Stąd też zjawisko „symboliki” tych objawów.

Poszczególne zaburzenia czynnościowe, składające się na zespół zaburzeń nerwicowych, są także objawami innych chorób (np. somatycznych, organicznych uszkodzeń o.u.n. i in.). Być może właśnie dlatego są używane jako elementy systemu komunikacji (doświadczenie istnienia „społecznej roli chorego”). Bywają również chwilowymi zakłóceniami rozmaitych funkcji, zdarzającymi się u zdrowych osób. Ani wówczas, ani w przypadku choroby somatycznej, nie mają jednak takiej jakości, jak objawy nerwicowe.

Symptomy chorób somatycznych informują wprawdzie o istnieniu procesu chorobowego i komunikat ten powinien być czytelny dla lekarza. Jest to jednak zupełnie inne zjawisko, niż użycie takiego samego zakłócenia funkcji do przekazania informacji, w toku interakcji (realnej lub wyimaginowanej) z bliskimi, „znaczącymi” osobami.

Jak w każdym systemie, także w zespole zaburzeń nerwicowych poszczególne elementy systemu (tu – objawy) wzajemnie na siebie oddziałują. Niewątpliwie, związki między jednymi z nich są ściślejsze, innymi odleglejsze. Równoczesne lub naprzemienne występowanie lęku i przyspieszonej akcji serca, równoczesnych myśli i czynności natrętnych itp. jest bardziej prawdopodobne, niż np. natręctw i dysocjacyjnego osłupienia. Wydaje się jednak, że żadne z zaburzeń nie ma większego znaczenia od innych, że są one ekwiwalentnymi elementami systemu. Wyróżnianie pewnych objawów (tzw. „osiowych”) – lęku, napięcia, obniżenia nastroju itp. – wynika raczej ze specyfiki procedur diagnostycznych i z powszechnych w medycynie konstruktów poznawczych, niż z cech opisywanej rzeczywistości.

Na aktualny obraz zaburzeń nerwicowych wpływają – z jednej strony – reakcje otoczenia, odbiorców komunikatu, z drugiej – wzajemne oddziaływania elementów systemu, a ponadto procesy przebiegające poza świadomością (także uczynnianie kompleksów nieświadomych przeżyć przez pozornie obojętne lub „stresowe” wydarzenia zewnętrzne). Wszystkie te czynniki powodują

zmiennosc zespołu zaburzeń w toku życia jednostki, a nawet z chwili na chwilę.

Zmiany takie mogą ograniczać się do wahań nasilenia – wówczas, co jakiś czas inne objawy wysuwają się na pierwszy plan. Mogą też polegać na pojawianiu się nowych objawów – ataków paniki, nowej myśli natrętnej itp., a nawet daleko idących zmian obrazu zespołu zaburzeń – z np. lękowego w depresyjny lub hipochondryczny.

Przekształcenia w obrębie zespołu zaburzeń nerwicowych – zmiany rodzaju i nasilenie objawów – są wyrazem dynamiki, związanej z strukturą systemu zaburzeń. Struktura taka wymaga wymiany elementów w obrębie systemu. Jej źródłem są przede wszystkim reakcje środowiska – systemy tego typu sterowane są głównie sprzężeniami zwrotnymi. „Nieuprawniony” gniew przekształca się np. w afonię, brak oczekiwanej reakcji otoczenia na np. informację o bólu serca, może spowodować zastąpienie go przez ataki omdlenia itp. Zmiany takie mogą być również wynikiem procesów przebiegających w życiu psychicznym, zwłaszcza procesów nieświadomych. Być może niektóre spośród tzw. „mechanizmów obrony ego” pełnią rolę reguł, określających kierunki tych transformacji (np. konwersja, somatyzacja, racjonalizacja). Inne – takie jak mechanizmy wypierania, symbolizacji itp. – mogą pełnić rolę sprawczą w formowaniu się zaburzeń czynnościowych.

Transformacje tego rodzaju podtrzymują istnienie systemu, wzmacniają posługiwanie się objawami w interakcjach z otoczeniem. Wynikiem przekształceń może być jednak także odczucie poprawy – np. wtedy, gdy „rozlany” lęk zostaje zastąpiony przez fobię lub, gdy w wyniku sugestii zawartej w interpretacji, objaw zostanie zastąpiony przez „problem”. Na ogół takie „problemy” (często łączące się z poczuciem „bogactwa” i „skomplikowania” psychicznego) są również symptomami.

Systemy posługiwania się zaburzeniami nerwicowymi, spostrzegane u pacjentów, można – jak się wydaje – podzielić na trzy

rodzaje, różniące się relacją między sprawnością mechanizmów zaspokajania potrzeb psychospołecznych a trudnościami w tym zaspokajaniu stwarzanymi np. przez impulsy popędowe, aktualne okoliczności życiowe i tym podobne czynniki.

(1) U wielu osób umiejętności funkcjonowania są tak bardzo nieadekwatne do realnych wymogów sytuacji społecznej, że zaburzenia nerwicowe nabierają charakteru chronicznego. Utrzymują się, praktycznie bez przerwy, przez całe życie, zmieniając jedynie swój obraz. Zazwyczaj obecne są również, związane z zaburzeniami nerwicowymi, zakłócenia (zwłaszcza deficyty) osobowości.

Uniemożliwia to radzenie sobie nawet ze zwyczajnymi trudnościami stwarzanymi przez środowisko socjokulturowe. Co więcej, często wymusza to także przekształcenia potrzeb psychospołecznych w specyficzne „potrzeby nerwicowe”. Potrzeba związku i bliskości przybiera np. kształt potrzeby uzależnienia się, potrzeba uznania zamienia się np. w potrzebę nieustannego uzyskiwania potwierdzenia znaczenia – a objawy stanowią apel o zaspokojenie tych nerwicowych, zastępczych potrzeb.

(2) U innych osób umiejętności te okazują się wystarczające w przeciętnych warunkach – pozostając jednak na granicy wydolności jednostki. Każde nasilenie trudności w zaspokajaniu potrzeb psychospołecznych powoduje przekroczenie tej granicy i uruchomienie systemu funkcjonowania poprzez zaburzenia nerwicowe. Stąd w szczególnych etapach życia, takich jak przejście od adolescencji do dorosłości, urodzenie się potomstwa, zakończenie aktywności zawodowej itp., mogą pojawiać się zaburzenia nerwicowe, nieobecne w innych okresach.

(3) „Zaburzenia związane ze stresem”, zwłaszcza „ostre”, szybko przemijające reakcje, powstają w nieco innych okolicznościach. Do takich zaburzeń nerwicowych dochodzi u osób, które – dysponując dużymi umiejętnościami radzenia sobie – napotyka ją na szczególnie trudne sytuacje życiowe (katastrofy, klęski żywiołowe itp.). Zaburze-

nia te („nerwice reaktywne”) są w swojej istocie tym samym, co inne zespoły nerwicowe: posługiwaniem się zakłóceniami funkcji w celu zaspokojenia potrzeb psychospołecznych. Konieczność użycia tego sposobu nie jest jednak wówczas wynikiem braku umiejętności, lecz niezwykle i zazwyczaj krótkotrwałych okoliczności. Składną, następstwa tych wydarzeń mogą powodować powstanie przewlekłych zaburzeń.

Rodzaj objawów powstających w tych trzech różnych sytuacjach, jak się wydaje, zależy przede wszystkim od treści konfliktów i problemów, jakie zostały wyparte i od mechanizmów, jakimi jednostka potrafi się posługiwać. Zależy jednak także od reakcji otoczenia, które czynią jedne zaburzenia bardziej, inne mniej adekwatnymi – tzn. umożliwiającymi jednostce zaspokojenie swoich potrzeb.

W zaburzeniach związanych z niewydolnością sposobów radzenia sobie w sytuacjach społecznych, system („styl” [10]) neurotycznego funkcjonowania jest zazwyczaj silnie zintegrowany.

Hipoteza niedostatecznej integracji, „nie-dojrzałości”, często stosowana w wyjaśnianiu zaburzeń nerwicowych (i zaburzeń osobowości), jest jednym z powszechnych nieporozumień. Nawet przetrwanie w dorosłym życiu dziecięcych sposobów radzenia sobie nie oznacza „nie-dojrzałości” ani braku integracji. Dowodzi co najwyżej, że sposób ukształtowania osobowości odbiega od tego wzorca, który – w naszych warunkach socjokulturowych – uważa się za optymalny i „dojrzały”.

Integracja systemu „neurotycznego funkcjonowania” sprawia, że chorzy nie wykorzystują nowych doświadczeń życiowych, nie uzyskują nowych ani nie korygują istniejących mechanizmów nieskutecznej aktywności w interakcjach, a „samowyleczenie” jest mało prawdopodobne. Nie należy przy tym mylić ustąpienia objawów w sytuacji zmniejszenia trudności życiowych ani dobrego samopoczucia w przypadku uzyskiwania pożądanej odpowiedzi na zawarte w ob-

jawach komunikaty, ze wzrostem sprawności mechanizmów umożliwiających zaspokojenie potrzeb psychospołecznych.

Wszystko to skłania do przyjęcia, że w rzeczywistości mamy do czynienia z jedną tylko jednostką chorobową, manifestującą się w rozmaity sposób, zależnie od okoliczności towarzyszących. Z punktu widzenia „hierarchii systemów”, zespoły zaburzeń – takie, jak np. opisane w klasyfikacji ICD-10 – są zarazem „podsystemami” ogólnego systemu zaburzeń nerwicowych. Podobnie jak w obrębie syndromu jeden „objaw” pociąga za sobą powstanie innych lub może być zastąpiony przez inny, tak samo jeden rodzaj zaburzeń może zostać zastąpiony przez inny.

Tłumaczy to zarówno zmienność obrazu zaburzeń u poszczególnych chorych, jak i znikanie, w rozmaitych epokach, jednych form zaburzeń nerwicowych (np. „ataków histerycznych”), a pojawianie się, w ich miejsce, nowych zespołów zaburzeń nerwicowych.

Pojęcie „psychogenezy” nie daje się więc sprowadzić do prostego wpływu trudności i wydarzeń życiowych – tak jak to proponują współczesne systemy klasyfikacyjne. Wydaje się przy tym, że słuszniej byłoby mówić o „psychosocjogenezie” zaburzeń nerwicowych. Konieczność uruchomienia zaburzeń czynnościowych wynika bowiem z niedostatku w przebiegu uczenia sposobów zaspokajania potrzeb psychospołecznych. Jest konsekwencją wychowania i wzrastania w określonych warunkach socjokulturowych. W tym znaczeniu „rodzina” i otoczenie, będące źródłem wzorców funkcjonowania i dostarczające możliwości uzyskiwania doświadczeń radzenia sobie, są w znacznej mierze odpowiedzialne za powstawanie tych zaburzeń.

Tak więc, zaburzenia nerwiczne mają w istocie podobny charakter do tych, które określane są jako „behawioralne” czy uwarunkowane przeżywaniem („emocjonalnie”). Przyczyną powstawania zaburzeń czynności są przeżycia, związane z niemożnością poradzenia sobie z okolicznościami zachodzącymi w relacjach międzyludzkich, niemożnością satysfakcjonującego zaspokajania potrzeb,

które mogą zostać zaspokojone jedynie przez inne osoby lub ich wyobrazeniowe reprezentacje. Wiążące się z tym przykre przeżycia są najczęściej nie uświadamiane, co jest najczęstszą przyczyną trudności poradzenia sobie z wywołującymi je okolicznościami.

Posługiwanie się zaburzeniami czynnościowymi jest jednak nie tylko „systemem”. Jak każdy „system”, jest to zarazem „podsystem” – element ogólniejszego systemu – w tym przypadku system funkcjonowania jednostki w środowisku. Obok zaburzeń, jednostka dysponuje zawsze – przynajmniej śladowo – innymi systemami komunikowania się. Interakcje między tymi „podsystemami” mogą wzmacniać lub rozbijać strukturę systemu zaburzeń. Do tego ostatniego sprowadza się leczenie, oparte na „przeuczaniu”.

Przedstawiona powyżej próba uporządkowania rozmaitych obserwacji klinicznych i związanych z nimi hipotez, może łatwo okazać się wyjaśnieniem pozornym i niepełnym. Teorie etiopatogenezy są zależne od nowych odkryć w zakresie patologii. Tak więc każdy nowy fakt może gruntownie zmienić poglądy na istotę zaburzeń nerwicowych.

Nie wydaje się jednak, by takimi właśnie były informacje o istnieniu zaburzeń neurotransmisji i sposobach korygowania ich środkami psychofarmakologicznymi. Mogą one najwyżej zwiększyć naszą wiedzę

o możliwości redukcji poszczególnych objawów – np. napięcia – będącej jednym ze sposobów pobudzania transformacji w obrębie systemu „neurotycznego stylu” komunikowania się, a więc wzmacniania jego siły i podtrzymującego jego istnienie.

## PIŚMIENNICTWO

1. Aleksandrowicz J.W.: Możliwości konstrukcji teorii zaburzeń nerwicowych w oparciu o pojęcia struktury dynamicznej i pola psychospołecznego. *Psychiatr. Pol.* 1979, 2, 145–151.
2. Aleksandrowicz J.W.: Neurosis as a Dynamic Structure of Communication in a Psychosocial Field. *Dynamic Psychiatry* 1984, 1, 72–84.
3. Bertalanffy L.: *Ogólna teoria systemów*. PWN, Warszawa 1984.
4. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*. A.P.A., Washington 1994.
5. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. *Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków–Warszawa* 1997.
6. Lacan J.: *Ecrits*. Ed. du Seuil, Paris 1966.
7. Nemiah J.C.: *Foundations of Psychopathology*. Univ. Press, New York 1981.
8. Piaget J.: *Strukturalizm*. PWN, Warszawa 1972.
9. Rosenhan D.L., Seligman M.E.P.: *Psychopatologia*. PTP, Warszawa 1994.
10. Shapiro D.: *Neurotic Styles*. Basic Books, New York 1965.

*Adres: Prof. Jerzy W. Aleksandrowicz,  
Zakład Psychoterapii Katedry Psychiatrii CM UJ, ul. Kopernika 21, 31-501 Kraków*