

Andrzej Kokoszka<sup>1</sup>, Hubert Krótkiewicz<sup>2</sup>, Agata Rosati<sup>2</sup>, Stanisław Oziemiński<sup>1</sup>, Krzysztof Staniszewski<sup>3</sup>, Jacek Sochacki<sup>4</sup>

<sup>1</sup>II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie

<sup>2</sup>Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

<sup>3</sup>Wojewódzki Szpital Bródnowski w Warszawie

<sup>4</sup>N.Z.O.Z. Ośrodek Psychoterapii Medycznej w Białymstoku

# Ogólny zespół nerwicowy — koncepcja i jej zastosowanie w praktyce klinicznej

General neurotic syndrom — concept and its clinical application

## STRESZCZENIE

Ogólny zespół nerwicowy uważa się za rozwijający się na podłożu genetycznie uwarunkowanej podatności genetycznej zespół współwystępujących objawów: podwyższonego poziomu lęku, słabszego radzenia sobie ze stresem, zaburzeń depresyjnych, niepokoju oraz określonych zaburzeń osobowości. Celem badań była wstępna ocena skali ogólnego zespołu nerwicowego według kryteriów diagnostycznych Tyrera i Johnsona (1998) jako predyktora odpowiedzi na 3-miesięczną psychoterapię w warunkach oddziału dziennego. Nasilenie objawów nerwicowych mierzono skalą S-II Aleksandrowicza, według której normalny poziom objawów nerwicowych u osób zdrowych wynosi poniżej 165 pkt i osiągnięcie takiego wyniku po zakończonej terapii można uznawać za wyleczenie. W pierwszym badaniu częstość objawów nerwicowych obniżyła się do normy u 7 z 10 pacjentów (70%) bez ogólnego zespołu nerwicowego i u 4 z 21 pacjentów (19%) z ogólnym zespołem nerwicowym, natomiast w drugim badaniu u 7 z 13 pacjentów (54%) bez ogólnego zespołu nerwicowego i u 4 z 12 pacjentów (33%) z ogólnym zespołem nerwicowym. Wyniki sugerują, że ogólny zespół nerwicowy może być predyktorem gorszego rokowania dotyczącego skuteczności leczenia zaburzeń nerwicowych.

**Słowa kluczowe:** ogólny zespół nerwicowy, zaburzenia nerwicowe, skuteczność psychoterapii

Adres do korespondencji: prof. dr hab. med. Andrzej Kokoszka  
II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie  
ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa  
tel./faks: (022) 326 58 92  
e-mail: kokoszka@amwaw.edu.pl

Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2005; 4 (5): 153-157  
Copyright © 2005 Via Medica

## ABSTRACT

General neurotic syndrome (GNS) is a construct that denotes coexistence of high trait-anxiety, poor coping, depressive disorders, anxiety disorders and some personality disorders. It is considered as a core syndrome of neuroses, a consequence of genetically determined vulnerability. The scale for diagnosis of general neurotic syndrome by Tyrer and Johnson (1998) were tested, as a predictor of effectiveness of psychotherapy in the daily unit setting. Symptoms relief was measured with the symptoms check list S-II Aleksandrowicz. In the first study, at the end of treatment the intensity of neurotic syndromes, was decreased to the normal level, according to the symptoms check list — S-II, among 7 of 10 patients (70%) without GNS and only in 4 of 21 patients (19%) with the GNS. In the second study, the normal level was achieved by 7 of 13 patients (54%) without GNS and 4 of 12 patients (33%) with GNS. The results suggest that GNS is a predictor of lower probability of complete recovery from the neurotic disorders.

**Key words:** general neurotic syndrome, neurotic disorders, effectiveness of psychotherapy

## Wstęp

Klasyfikacja zaburzeń nerwicowych stanowi przedmiot znaczących kontrowersji. Ich wyrazem są pewne różnice w obowiązujących obecnie klasyfikacjach ICD-10 (*International Classification of Disorders, tenth revision*) oraz DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*), a przede wszystkim stosowanie przez wielu psycho terapeutów psychoanalitycznej klasyfikacji nerwic.

Wydaje się, że również wielu polskich lekarzy, zwłaszcza starszego pokolenia, w klinicznej praktyce posługuje się diagnozami „nerwica lękowa” czy „nerwica histeryczna”.

W ciągu ostatnich 20 lat zasadniczo zmienił się stan wiedzy na temat zaburzeń nerwicowych. Przez niemal cały XX wiek traktowano je jako „psychogenne zaburzenia czynnościowe”, czyli nieposiadające podłoża somatycznego zakłócenia funkcjonowania organizmu, które są konsekwencją rozwoju charakteru danej osoby i sposobu jej reagowania na sytuację życiową, w jakiej się ona znalazła. Zgodnie z takim ujęciem psychoterapię traktowano jako przyczynową metodę leczenia zaburzeń nerwicowych, a farmakoterapię jako przykrą konieczność, wykorzystywaną w przypadkach jej niepowodzenia lub braku możliwości jej stosowania.

Obecnie wiadomo, że większość postaci zaburzeń nerwicowych ma podłoże biologiczne, a ich objawy można szybko złagodzić lub usunąć za pomocą leczenia farmakologicznego. Dobrze udokumentowo występowanie pewnych genetycznych predyspozycji do zaburzeń lękowych oraz wpływu traumatycznych wydarzeń życiowych i stresu na rozwój tych schorzeń [1]. Co więcej, istnieją przesłanki przemawiające za istnieniem ogólnych predyspozycji do występowania zaburzeń nerwicowych i zaburzeń nastroju, których wyrazem jest wysoka współzachorowalność [2]. U zdecydowanej większości chorych, u których wystąpił epizod depresji (duża depresja), można stwierdzić w ciągu życia jedno lub więcej zaburzeń nerwicowych [3–5]. Można uznać, że przypadki osób, u których w ciągu życia występuje jedna postać zaburzeń nerwicowych, stanowią zdecydowaną mniejszość. Powoduje to, że wyniki badań dotyczących skuteczności leczenia poszczególnych postaci zaburzeń nerwicowych mają ograniczoną wartość. Wysoka współzachorowalność stanowi najważniejszą podstawę krytyki aktualnych klasyfikacji zaburzeń nerwicowych. Czy jedna osoba cierpi jednocześnie na kilka zupełnie niezwiązanych ze sobą jednostek chorobowych, czy też istnieje jedna choroba — nerwica, która może się przejawiać w różnorodny sposób?

Zagadnienie to jest bardzo istotne dla lekarzy pierwszego kontaktu, którzy przez wiele lat zajmują się leczeniem swoich pacjentów, spośród których znaczny odsetek choruje w ciągu życia na zaburzenia nerwicowe i zaburzenia depresyjne. Według wyników bardzo poprawnych metodologicznie badań amerykańskich [6] współczynnik rozpowszechnienia okresowego (*period prevalence*) samych zaburzeń lękowych (zaburzenia lękowe z napadami lęku, za-

burzenia lękowe uogólnione, fobie, zaburzenia stresowe pourazowe) wynosił 28,7% w ciągu całego życia i 19,3% w ciągu 12 miesięcy. Można przyjąć, że rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w Polsce jest podobne. Biorąc pod uwagę inne postacie zaburzeń nerwicowych niż zaburzenia lękowe, można szacować, że jakiegokolwiek zaburzenia nerwicowe występują w ciągu życia u około 1/3 populacji ogólnej, a u około 20% w ciągu roku. Jedynie niektórzy pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi osiągają pełną i trwałą remisję po zastosowaniu odpowiedniej terapii. Wiadomo, że znaczna część tych chorych mimo przebytego leczenia psychiatrycznego w specjalistycznych ośrodkach cierpi na przewlekłe objawy nerwicowe o fluktuującym natężeniu. Osoby z zaburzeniami nerwicowymi stanowią znaczną część chorych zgłaszających się z powodu tych i innych schorzeń do lekarzy pierwszego kontaktu. Warto zaznaczyć, że zgodnie z Deklaracją o Ochronie Zdrowia Psychicznego, przyjętą w 2005 roku przez Ministrów Zdrowia Krajów Członkowskich Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia, potrzebne jest „Zapewnienie dostępności wysokiej jakości świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej dla osób z problemami zdrowia psychicznego” (tytuł szóstego rozdziału tej deklaracji) [7]. Należy więc się liczyć ze wzrostem oczekiwań w stosunku do lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie wszechstronnego leczenia osób z zaburzeniami nerwicowymi.

Z tej perspektywy warta popularyzacji jest koncepcja Tyrera i wsp. [8] oraz skala Tyrera i Johnsona [9] ogólnego zespołu nerwicowego, która w nowoczesny sposób opisuje grupę chorych, u których współwystępują zaburzenia nerwicowe, depresyjne i zaburzenia osobowości. Można przypuszczać, że koncepcja ta może być pomocna w różnicowaniu przypadków, w których należy się liczyć z przewlekłym przebiegiem zaburzeń nerwicowych, oraz tych postaci, w których istnieje większa szansa na uzyskanie pełnego ustąpienia objawów [10].

Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie koncepcji ogólnego zespołu nerwicowego oraz wyników dwóch pilotażowych badań, których celem była ocena praktycznej wartości kryteriów ogólnego zespołu nerwicowego.

## Ogólny zespół nerwicowy

### — koncepcja i skala

Pojęcie ogólnego zespołu nerwicowego po raz pierwszy wprowadzili Tyrer i wsp. [8] w 1992 roku. Dzięki swoim obserwacjom klinicznym stwierdzili oni, że u wielu pacjentów objawy lękowe oraz depresyjne współwystępują jednocześnie z określonym typem oso-

bowości nieprawidłowej. Do cech osobowości występujących w tym zespole należą: nadmierna nieśmiałość, niska samoocena, unikanie sytuacji lękotwórczych oraz zależność od innych. Według aktualnych psychiatrycznych klasyfikacji zaburzeń osobowości cechy te dotyczą osobowości unikającej oraz zależnej, a także obsesyjno-kompulsyjnej. Częste współwystępowanie objawów dotyczących oddzielnych rozpoznań psychiatrycznych nasunęło przypuszczenia wspólnego genetycznego podłoża objawów depresyjnych (traktowanych do niedawna głównie jako choroby endogenne) oraz nerwicznych (postrzeganych jako prawie wyłącznie zaburzenia czynnościowe) [10].

Do najważniejszych wyników badań potwierdzających te hipotezy należą rezultaty uzyskane wśród bliźniąt, które wskazują na wspólne genetyczne predyspozycje do dużej depresji i fobii społecznej oraz epizodów dużej depresji i zaburzeń lękowych uogólnionych. Wyniki te oraz powyższe obserwacje przyczyniły się do wprowadzenia pojęcia uogólnionego zespołu nerwicznego jako specyficznego zespołu objawów chorobowych [8].

### Kryteria diagnostyczne ogólnego zespołu nerwicznego

Ogólny zespół nerwiczny należy rozpoznawać, gdy łączny wynik wynosi 4 lub więcej punktów (tab. 1) [9].

### Badania pilotażowe

W celu oceny przydatności klinicznej Skali Ogólnego Zespołu Nerwicznego oceniono przy jej użyciu pacjentów rozpoczynających 3-miesięczną intensywną psychoterapię grupową w warunkach oddziału dziennego, u których zmianę nasilenia objawów chorobowych

oceniano kwestionariuszem objawowym S-II — służącym do pomiaru objawów nerwicznych [11].

W pierwszym badaniu udział wzięło 31 osób — 22 kobiety i 9 mężczyzn w wieku 19–49 lat (średnio 28 lat). U 21 osób (67,7%) stwierdzono ogólny zespół nerwiczny. Oceniając efekty terapii, przyjęto kryterium poprawy do poziomu poniżej 165 pkt w skali S-II, które oznacza osiągnięcie poziomu braku zaburzeń nerwicznych w postaci klinicznej, a więc wyleczenie — w ogólnym tego słowa znaczeniu. Tak duża poprawa wystąpiła u 7 z 10 (70%) pacjentów bez ogólnego zespołu nerwicznego i tylko u 4 spośród 21 pacjentów (19%) z ogólnym zespołem nerwicznym.

Te wyniki zachęciły do realizacji następnego badania, przeprowadzonego w podobnych warunkach jak pierwsze, w którym wzięło udział 25 osób: 19 kobiet i 6 mężczyzn w wieku 19–49 lat (średnio 28,55 roku) (odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] = 8,94). Osobowość oceniano za pomocą ustrukturyzowanego wywiadu (SCID II, *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* [12]). Poza Skalą Ogólnego Zespołu Nerwicznego i kwestionariuszem objawowym S-II, na początku i pod koniec okresu terapii zastosowano następujące skale samooceny: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) [13], polską wersję [14] *Defence Style Questionnaire* (DSQ-40) [15] i Skalę Depresji Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*) [16].

### Wyniki

1. Po zakończeniu psychoterapii poziom objawów nerwicznych mierzonych testem S-II obniżył się

Tabela 1. Skala do diagnozy ogólnego zespołu nerwicznego Tyrera i Johnsona [9]

Table 1. The scale for diagnosis of general neurotic syndrome by Tyrer and Johnson [9]

Cechy pozytywne	Wynik	Cechy negatywne	Wynik
Równoczesna obecność symptomów lęku i depresji, każdy wystarczająco ciężki, aby zakwalifikować go do formalnej diagnozy lęku i depresji, zwykle utrzymujący się przez 2 miesiące lub dłużej	+2		
Przynajmniej jedna zmiana w pierwszeństwie symptomów lęku i depresji w różnych okresach trwania zaburzenia	+3	Symptomy lęku i depresji obecne tylko w okresie miesiąca dużego stresu życiowego lub stresujących wydarzeń	-3
Współwystępowanie symptomów fobii, paniki, obsesji lub hipochondrii o różnym stopniu natężenia	+1		
Zależne lub lękowe (unikające) przedchorobowe zaburzenia osobowości	+3	Zaburzenia osobowości antyspołeczne, histrioniczne impulsywne oraz typu <i>borderline</i>	-3
Anankastyczne (obsesyjno-kompulsywne) zaburzenia osobowości	+1		
Podobne mieszane zaburzenia lękowo-depresyjne u co najmniej jednego krewnego pierwszego stopnia	+2		

**Tabela 2. Porównanie średnich na skali *Defence Style Questionnaire* przed terapią i po terapii wśród pacjentów ze zdiagnozowanym i niezdiagnozowanym ogólnym zespołem nerwicowym**

**Table 2. The comparison of mean scores in *Defence Style Questionnaire* before and after therapy in groups with and without general neurotic syndrom**

Mechanizmy obronne	Przed terapią				Po terapii			
	M <sub>Z</sub>	M <sub>N</sub>	t	p	M <sub>Z</sub>	M <sub>N</sub>	t	P
Dojrzałe	36,00	34,50	-0,49	p > 0,05	41,46	43,83	0,71	p > 0,05
Neurotyczne	<b>40,00</b>	<b>32,00</b>	<b>-2,11</b>	<b>p &lt; 0,05</b>	<b>35,38</b>	<b>25,08</b>	<b>-3,53</b>	<b>p &lt; 0,001</b>
Niedojrzałe	120,77	104,00	-1,66	p > 0,05	<b>108,54</b>	<b>75,50</b>	<b>-3,66</b>	<b>p &lt; 0,001</b>

M<sub>Z</sub> — średnie wyniki pacjentów ze zdiagnozowanym ogólnym zespołem nerwicowym; M<sub>N</sub> — średnie wyniki pacjentów z niezdiagnozowanym ogólnym zespołem nerwicowym

do normy (poniżej 165 pkt.) dla 7 z 13 (54%) pacjentów bez ogólnego zespołu nerwicowego i u 4 z 12 (33%) pacjentów z ogólnym zespołem nerwicowym.

- Pacjenci ze zdiagnozowanym ogólnym zespołem nerwicowym uzyskali wyższe wyniki zarówno przed terapią (M<sub>Z</sub> = 363,77; M<sub>N</sub> = 297,33; t = -1,920; p < 0,05), jak i po niej (M<sub>Z</sub> = 182,58; M<sub>N</sub> = 255,85; t = -1,970; p < 0,05) w Kwestionariuszu Objawowym S-II Aleksandrowicza mierzącym nasilenie objawów nerwicowych. M<sub>Z</sub> oznacza średnie wyniki pacjentów ze zdiagnozowanym ogólnym zespołem nerwicowym. M<sub>N</sub> oznacza średnie wyniki pacjentów z niezdiagnozowanym ogólnym zespołem nerwicowym.
- Osoby ze zdiagnozowanym ogólnym zespołem nerwicowym uzyskały wyższe wyniki na Skali Depresji Becka przed terapią (M<sub>Z</sub> = 31,08; M<sub>N</sub> = 23,17; t = -1,944; p < 0,05) i po terapii (M<sub>Z</sub> = 21,23; M<sub>N</sub> = 13,89; t = -1,841; p < 0,05).
- Pacjenci ze zdiagnozowanym ogólnym zespołem nerwicowym uzyskali wyższe wyniki dotyczące cech mierzonych ISCL zarówno przed terapią (M<sub>Z</sub> = 61,69; M<sub>N</sub> = 55,92; t = -1,918; p < 0,05), jak i po niej (M<sub>Z</sub> = 51,54; M<sub>N</sub> = 44,67; t = -2,202; p < 0,05).
- Pacjenci ze zdiagnozowanym ogólnym zespołem nerwicowym częściej stosowali neurotyczne i niedojrzałe mechanizmy obronne (tab. 2).

## Dyskusja i wnioski

Przeprowadzone badania mają charakter pilotażowy i ze względu na małą liczbę badanych należy ostrożnie interpretować uzyskane wyniki. Są one jednak zbieżne z koncepcją teoretyczną ogólnego zespołu nerwicowego, którego występowanie związane jest:

- z wyższym poziomem szerokiego zakresu objawów psychopatologicznych (nerwicowych, depresyjnych i lęku) w grupie pacjentów z ogólnym zespołem nerwicowym niż w grupie pacjentów bez ogólnego zespołu nerwicowego;
- bardziej niedojrzałą osobowością, czego wyrazem są bardziej niedojrzałe mechanizmy obronne w grupie osób z ogólnym zespołem nerwicowym niż w grupie bez ogólnego zespołu nerwicowego;
- w konsekwencji — z gorszym rokowaniem.

Obserwacje te wymagają weryfikacji w badaniach z udziałem większej populacji, z bardziej szczegółową analizą rozpoznania pacjentów oraz sposobu leczenia.

Wydaje się, że koncepcja ogólnego zespołu nerwicowego może być pomocna w rozumieniu znacznej grupy pacjentów z przewlekłymi i nawracającymi zaburzeniami nerwicowymi.

## PIŚMIENNICTWO

- Loran J.M. Anxiety disorders. Introduction and overview. W: Sadock B.J., Sadock V.A. (red.). Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry. Seventh edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000; 1441–1450.
- Belzer K., Schneier F.R. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment and treatment. *J. Psychiatr. Pract.* 2004; 10: 296–306.
- Kokoszka A. Współzachorowalność zaburzeń depresyjnych i nerwicowych — jej znaczenie w teorii oraz w praktyce lekarskiej. *Przewodnik Lekarza* 2003; 7–8: 90–98.
- Kokoszka A. Zaburzenia nerwicowe: postępowanie w praktyce lekarskiej. Wyd. II. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2004.
- Kokoszka A. Zakres przydatności wenlafaksyny w praktyce klinicznej w kontekście częstego współwystępowania depresji i zaburzeń lękowych. *Przewodnik Lekarza* 2005; 8: 74–80.
- Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. i wsp. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 51: 8–19.
- Biuro Regionalne Dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia. Podjąć wyzwania. Szukać rozwiązań. Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy. Plan Działań na Rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.

8. Tyrer P., Seivewright N., Ferguson B., Tyrer J. The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 1992; 85: 201–206.
9. Tyrer P., Johnson T. A scale for diagnosis of the general neurotic syndrome. Skala otrzymana bezpośrednio od autorów. 1998.
10. Andrews G. Comorbidity and the General Neurotic Syndrome. *Brit. J. Psychiatry* 1996; 168 (supl. 30): 76–84.
11. Aleksandrowicz J.W. Kwestionariusz objawowy S-II. *Psychiatria Polska* 2000; 34: 945–959.
12. First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Benjamin L.S. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). American Psychiatric Press, Waszyngton 1997.
13. Wrześniewski K., Sosnowski T. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI. Podręcznik. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Laboratorium Technik Diagnostycznych im. Bogdana Zawadzkiego, Warszawa 1987.
14. Bogutyn T., Kokoszka A., Pałczyński J., Holas P. Defense mechanism in alexithymia. *Psychol. Rep.* 1999; 84: 183–187.
15. Andrews G., Singh M., Bond M. The Defence Style Questionnaire. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993; 181: 246–256.
16. Beck A.T., Ward CH., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; 4: 53–63.