

„Zaburzenia” czy „zaburzenie” nerwicowe?

Neurotic “disorders” or “disorder”?

Jerzy W. Aleksandrowicz

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychoterapii

Summary

Aim: To check the legitimacy of the presumption that there are many “neurotic” disorders.

Methods: Taxonomic analyzes by single linkage method, unweighted pair-group average and Ward’s method, also *k*-means clustering.

Material: The material in the pilot study used the information obtained from the Symptom Checklist “O”, completed before treatment by 4,649 patients, who applied for treatment due to various functional disorders. The basic study used questionnaires filled in by 288 patients with diagnosed neurotic disorders and by 95 not-neurotic persons, constituting a control group.

Results: The results suggest that the symptoms of functional disorders constitute one set (syndrome), thus the conviction of the multiplicity of neurotic disorders seems unjustified.

Słowa kluczowe: nerwica, syndromy, analizy taksonomiczne

Key words: neurosis, syndromes, taxonomic analyses

Wprowadzenie

Psychopatologia zaburzeń nerwicowych oparta jest przede wszystkim na opisie objawów i ich zespołów obserwowanych u pacjentów. Są to podstawowe „twarde” dane decydujące o rozpoznaniu, obok (już nie tak oczywistego) braku jakichkolwiek „materialnych” przyczyn powstawania tych zakłóceń w procesach psychicznych, funkcjach somatycznych i zachowaniu jednostki.

Pojęcie nerwicy (Cullen, 1769 r.), pierwotnie obejmujące rozmaite schorzenia (zwłaszcza układu nerwowego) „niemające fizjologicznego wyjaśnienia”, bliższe było temu, co obecnie określa się – szerzej – terminem „zaburzenia funkcjonalne” [1]. W XX wieku klasyfikacja nerwic, nieostro definiowanego pojęcia odnoszącego się do najczęściej występującej formy tych zaburzeń, dość często się zmieniała, między innymi z powodu arbitralnego tworzenia konstruktów mających określać ich typy i kategorie. Nazywane obecnie „zaburzeniami”, (skądinąd analogiczne do większości

zakłóceń procesów psychicznych) syndromy nerwicowe uzyskały status odrębnych bytów, nozologicznych jednostek klasyfikacyjnych.

Wzbogacenie wiedzy hipotezami dotyczącymi okoliczności ich powstawania, znaczenia stresu, procesów nieświadomych, uwarunkowań osobowościowych i rozmaitych „mechanizmów obronnych”, procesów neurofizjologicznych itp. przełożyło się na wielowymiarowe rozumienie i formułowanie diagnozy. Wynikające z tego korzyści są jednak w praktyce ograniczone trudnościami wynikającymi ze złożoności procedur diagnostycznych. W konsekwencji rozpowszechniła się upraszczająca tendencja do np. rozpoznawania zaburzeń osobowości w miejsce zaburzeń nerwicowych i do sprowadzania pojęcia „psychogenezy” wyłącznie do oddziaływania stresu. Ponadto uwzględnienie w kategoryzacji zaburzeń czynników etiopatogenetycznych nieraz zmusza do zmierzenia się z dylematem, czy należy rozpoznać np. zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane (F41.2), czy zaburzenie adaptacyjne (F43.2)¹.

Niemniej w praktyce klinicznej rodzaj objawów jest nadal czynnikiem decydującym o diagnozie i o przekonaniu o istnieniu różnych rodzajów zaburzeń nerwicowych, traktowanych w klasyfikacjach jako odrębne kategorie² [2–9]. Ich liczba się nieustająco zwiększa, między innymi z powodu „medykalizacji” powszechnych i często przejściowych dysfunkcji, a także ze względu na potrzeby statystyki medycznej.

W praktyce kategorie klasyfikacyjne najczęściej pełnią jedynie funkcję etykiety wykorzystywanej przede wszystkim w badaniach epidemiologicznych i w kontaktach z instytucjami ubezpieczeniowymi, a mało użytecznej w diagnostyce i terapii. Granice między tymi kategoriami są nieostre, ich opisy zaś na ogół nie przystają do realnego obrazu dostrzeganego u pacjenta. Często skłania to do formułowania diagnoz składających się z nazw różnych jednostek nozograficznych (np. „zaburzenie lękowo-konwersyjno-obsesyjno-somatoformiczne u osobowości niedojrzałej”), do rozpoznawania zaburzenia „nieokreślonego” albo „innego” lub do przyjmowania współistnienia kilku rodzajów tych zaburzeń (*comorbidity*), konceptu coraz częściej spotykającego się z krytyką [10–14].

Trudność dopasowania symptomów obserwowanych u pacjenta do jakiegokolwiek kategorii diagnostycznej powoduje też niekiedy niedostrzeżenie lub nawet świadome pomijanie elementów obrazu klinicznego niemieszczących się w opisie tych kategorii. Jak się wydaje, dotyczy to przede wszystkim badań z zakresu psychopatologii i terapii zaburzeń funkcjonalnych, na ogół wymagających formowania grup o identycznej diagnozie, i jest jednym z głównych powodów ograniczonej trafności prac badawczych [15].

Niewystarczająca homogenność badanych grup, konstruowanych na podstawie kategorii DSM lub ICD, jest najprawdopodobniej główną przyczyną wieloznaczności wyników badań (także neuropsychiatrycznych; Hyman za: [14]), skutkującą ograniczonym zaufaniem do ich wartości i niewielkim wpływem na praktykę kliniczną. Skłania to do rozważania zasadności metodologii [14–18] oraz do podejmowania kolejnych

¹ To znaczy będących reakcją na trudne, ale nie ekstremalnie stresujące okoliczności życiowe. Powszechność takich doświadczeń jest jednym z powodów wątpliwości, czy sprowadzanie pojęcia „psychogenezy” wyłącznie do reakcji na psychospołeczny stres jest rzeczywiście uzasadnione.

² Wprawdzie „jnostki nozograficzne” są jedynie opisami, nieprzesądzającymi o zasadności uznawania opisywanych zakłóceń stanu zdrowia za odrębne schorzenie, skłania to jednak w praktyce (przez analogię do innych dziedzin medycyny) do traktowania „zaburzeń” tak, jakby były różnymi rodzajami chorób.

prób rewizji definicji poszczególnych kategorii i założeń systemu klasyfikacyjnego [19–24]. Motywuje także do poszukiwania wspólnych elementów zaburzeń nerwicowych, np. „ogólnego syndromu nerwicowego” [25–29]. Za owe „ogólne” i powszechne cechy wszystkich rodzajów zaburzeń nerwicowych uznaje się najczęściej symptomy depresyjne i lękowe (np. *cothymia* [25]), związane z dysfunkcjami osobowościowymi.

Tak więc niejako na marginesie głównego nurtu współczesnej psychopatologii nerwic utrzymuje się pogląd, że rezygnacja z traktowania „nerwicy” jako samodzielnej jednostki nozograficznej (a być może także etiopatogenetycznej) jest nieuzasadniona [30]. Pogląd ten wynika z przekonania, że wspólne cechy różnych odmian zaburzeń nerwicowych są znacznie istotniejsze od tego, co je różni, a przyjmowanie wielości zaburzeń nerwicowych jest artefaktem, wynikającym z błędnych interpretacji obserwacji klinicznych.

W próbach zrozumienia zaburzeń nerwicowych oraz w dążeniach do wyjaśnienia psychopatologii i określenia ukrytego czynnika odpowiedzialnego za jej powstawanie, znaczącą rolę odgrywają procedury statystyczne, w szczególności analizy czynnikowe [12, 13, 20, 22, 23, 31]. Niektóre z owych analiz posługują się pojęciem „wymiarów”. W pierwszym z tych wymiarów – objawowym – stwierdzano wyjątkowo silne korelacje między jego elementami [32]. Mogą one wyjaśniać znaczną zmienność obrazu klinicznego zaburzeń funkcjonalnych.

Do zastępowania jednych symptomów przez zupełnie inne może dochodzić nawet w ciągu kilku minut, a utrzymywanie się jednego syndromu przez dłuższy czas jest relatywnie rzadkie. Także w miarę upływu lat dochodzi do znaczących zmian rodzaju symptomów – np. w miejsce syndromów konwersyjnych („histerycznych”), dominujących na przełomie XIX i XX wieku, obecnie najpowszechniejsze wydają się zespoły depresyjno-lękowe [33, 34]. Skoro objawy zaburzeń nerwicowych i innych zaburzeń „funkcjonalnych” nie są – odmiennie od schorzeń organicznych – zewnętrznym wyrazem toczącego się w ukryciu procesu chorobowego, ich niestabilność może być konsekwencją zmienności „tego, co objawiają”.

W poszukiwaniu eksperymentalnych podstaw, pozwalających uniknąć arbitralności konstruktów pojęciowych tworzących systemy klasyfikacyjne, użyteczne wydaje się badanie współwystępowania symptomów nerwicowych metodami analizy taksonomicznej. Może ono odpowiedzieć na pytanie, czy występujące u chorych dysfunkcje (symptomy) rzeczywiście grupują się w zespoły, odpowiadające kategoriom „zaburzeń”, czy też kategorie te są raczej artefaktami.

Material i metoda badań

Podstawowy materiał badawczy stanowiły *Kwestionariusze objawowe „O”* [35], w których badani opisywali występowanie i nasilenie 135 dolegliwości i dysfunkcji (objawów nerwicowych), do jakich odnoszą się zmienne (pytania) tego kwestionariusza³, w okresie poprzedzających badanie siedmiu dni.

³ Badani opisują zarówno występowanie, jak i nasilenie dolegliwości, uznając je za nieznaczne (szacowane na 4 punkty, mierne – 5 lub znaczne – 7 punktów). Suma punktów stanowi wielkość Ogólnej Wartości Kwestionariusza. Granice normy OWK wynoszą 200 punktów dla kobiet i 165 dla mężczyzn.

Przedmiotem analiz były trzy grupy: (1) pilotowa – wszystkie dostępne kwestionariusze pacjentów zgłaszających się do leczenia, (2) zasadnicza – kwestionariusze wypełnione wyłącznie przez pacjentów, u których rozpoznano zaburzenia nerwicowe, oraz grupa kontrolna (3). W badaniach pilotowych wykorzystano informacje zawarte w bazie danych Katedry Psychoterapii UJ CM, gromadzącej informacje o pacjentach od blisko dwudziestu lat⁴. Materiał badawczy stanowiło 4649 kwestionariuszy, wypełnionych przez 3216 kobiet i 1433 mężczyzn zgłaszających się do leczenia w latach 2000–2016. Rozpoznawano u nich któreś z zaburzeń funkcjonalnych (nerwicowe lub/i zaburzenie osobowości, także zespoły behawioralne), była to więc grupa zróżnicowana pod względem rodzaju obserwowanych zaburzeń. Analiza ta umożliwiła uzyskanie wstępnej orientacji w cechach struktury współwystępowania dysfunkcji będących symptomami zaburzeń czynnościowych.

Grupę stanowiącą główny przedmiot analiz tworzyło 288 osób: 204 kobiety i 84 mężczyzn, w wieku średnio około 30 lat, zgłaszających się do leczenia w okresie od września 2014 do grudnia 2017 roku⁵, u których we wstępnym badaniu rozpoznano jedno z zaburzeń nerwicowych. Uznano to za kryterium konstrukcji grupy badanej, mające zapewnić jej przynajmniej relatywną homogenność. Średnia wartość OWK w populacji kobiet wyniosła 361,0, u mężczyzn 305,5 punktu (w całej populacji 344,8). Wykorzystywano tylko te kwestionariusze, w których nie brakowało odpowiedzi na żadne pytanie i nie było podstaw do tego, aby wątpić w rzetelność ich wypełnienia (zgodne odpowiedzi w trzech parach identycznych zmiennych).

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z diagnozą: zaburzenia „depresyjnego i lękowego mieszanego” (F41.2 – ok. 38%), „inne mieszane zaburzenia lękowe” (F41.3 – ok. 10,4%), dysfunkcji autonomicznych (F45.3 – ok. 5,9%), fobii społecznych (F40.1 – ok. 8,7%), agorafobii (F40.0 – ok. 6,3%), zaburzeń adaptacyjnych o rozmaitych obrazach klinicznych (F43.2 – ok. 4,9%), zaburzenia lękowego uogólnionego (F41.1 – ok. 3,8%), zaburzeń lękowych z napadami lęku (F41.0 – ok. 3,5%), OCD z przewagą myśli natrętnych (F42.0 – ok. 2,8%), OCD mieszane (F42.2 – ok. 2,8%) i OCD z przewagą czynności natrętnych (F42.1 – ok. 2,4%). Pozostałe około 10,5% to rozpoznania: F43.1, F45.0, F45.2, 48.5 i inne (po 1–5 osób).

Grupę kontrolną stanowiły kwestionariusze wypełnione anonimowo w latach 2004–2006 przez 95 studentów medycyny oraz stażystów i pracowników Katedry Psychoterapii, deklarujących pełne zdrowie fizyczne i psychiczne. Tworząc ją, pominięto zarówno kwestionariusze niespełniające omówionego wyżej wymogu rzetelności, jak i te, w których wielkość OWK – mimo deklaracji zdrowia – mogła świadczyć o istnieniu zaburzenia nerwicowego.

Spośród różnych procedur grupowania obiektów (taksonomii) najlepszym sposobem poszukiwania odpowiedzi na pytanie o współwystępowanie objawów zaburzeń nerwicowych wydają się techniki aglomeracyjne, których wynikiem jest hierarchia

⁴ Baza danych użytych do badań zawierała – poza zapisem odpowiedzi na pytania kwestionariuszy i kategorią diagnostyczną „F” – jedynie informacje o płci i wieku, zachowując pełną anonimowość respondentów.

⁵ Ograniczono się do kwestionariuszy pacjentów podejmujących leczenie w okresie ok. 2 lat w celu minimalizacji wpływu zmian rodzaju symptomów, zachodzących w związku z warunkami socjokulturowymi.

skupień przedstawiana w postaci dendrytu. Powstaje ona z zastosowaniem algorytmu identyfikującego skupienia bez jakichkolwiek wcześniejszych założeń (np. o różnorodności syndromów). Spośród metod aglomeracyjnych dostępnych w pakiecie Statistica 13 wybrano metody: pojedynczego wiązania (najbliższego sąsiedztwa), metodę średnich połączeń i metodę Warda. Ta ostatnia jest szczególnie rekomendowana do określania związków między zmiennymi o różnej specyfice jakościowej [38].

Skupienia są tworzone zależnie od odległości wiązań – wyznacza ona zarówno liczbę skupień, jak i ich zawartość. Im większa jest odległość, tym słabszy związek między skupieniami. Ustalanie liczby skupień (i wynikającego z tego rodzaju tworzących je zmiennych) wymaga podjęcia decyzji dotyczących punktu odcięcia, czyli określenia wartości (odległości) wiązania, powyżej której wyróżnianie skupień jest bezzasadne. Wartość ta decyduje zarazem o liczbie wyróżnianych skupień. Decyzja w tym wypadku jest często arbitralna, gdyż statystyka matematyczna nie daje obiektywnych kryteriów umożliwiających podjęcie jej w sposób jednoznaczny [37, 38]. „Decyduje intuicja, doświadczenie i merytoryczna znajomość badanych obiektów”. Rekomendowana jest procedura oceny różnic odległości między kolejnymi węzłami i dokonywanie podziału dendrytu w miejscach, w których ta odległość jest duża [38]. Pomocne w podejmowaniu takiej decyzji mogą być analizy wykresów przebiegu aglomeracji oraz pomocnicze kryteria statystyczne.

Z pośród wielu z nich wybrano kryterium Mojeny wraz z jego modyfikacjami (punkt odcięcia wynika ze wzoru [38], w którym występuje parametr k ; z zakresu od 2,75 do 3,5 lub – zgodnie z sugestią Milligana i Cooper – przyjmujący wartość 1,25), a także kryterium oparte na różnicy odległości między kolejnymi węzłami dendrytu (maksymalna wartość różnicy jest punktem odcięcia) oraz kryterium oparte na ilorazie odległości pomiędzy kolejnymi węzłami (punktem odcięcia jest maksymalna wartość ilorazu) [37, 38]. Wadą tego ostatniego jest częste występowanie maksimum dla początkowych odległości, co utrudnia podjęcie decyzji [38] – w takim wypadku wydawało się celowe rezygnowanie z użycia tego kryterium. Trafność wyznaczenia skupień sprawdzano procedurą grupowania metodą k -średnich.

Sprawdzono użyteczność rozmaitych miar podobieństwa („metryk”) – euklidesowej, odległości Czebyszewa i innych – oraz różnych metod hierarchicznej analizy skupień i grupowania zmiennych. Analizy taksonomiczne przeprowadzono wielokrotnie, między innymi porównując wyniki w podgrupach kobiet i mężczyzn, podgrupach pacjentów ze znacznym i nieznacznym nasileniem zaburzeń, biorąc pod uwagę jedynie występowanie dolegliwości (odpowiedziom na pytania kwestionariusza nadawano wartości 0 – „dolegliwość nie występowała” albo 1 – „dolegliwość występowała”) lub także jej nasilenie (wartości: 4, 5, 7) itp. Przeanalizowano również małe zgrupowania tworzone przez bezpośrednio sąsiadujące z sobą zmienne. Niektóre z tych analiz przedstawiono poniżej.

Znaczna liczba uzyskanych informacji uniemożliwia ich opis w jednej publikacji. W związku z tym w omówieniu badań ograniczono się do przedstawienia najważniejszych wyników uzyskiwanych za pomocą którejś spośród stosowanych metod, pozostałe prezentując jedynie w skrócie (zwłaszcza w przypadku ich zgodności).

Wyniki badań

Badanie pilotowe

Wyniki analizy rozkładu zmiennych przeprowadzonej metodą Warda – punkt odcięcia określony według kryterium Mojeny (odległość 2,85) – sugerują istnienie dwóch skupień odpowiadających dwóm ramionom dendrytu, nieróżniących się rodzajem sąsiadujących ze sobą zmiennych, odnoszących się zarówno do dysfunkcji somatycznych, zaburzeń przeżywania, jak i zakłóceń zachowania. Natomiast określenie tego punktu na podstawie maksymalnej wartości różnicy odległości między węzłami (6,31) i maksymalnej wartości ich ilorazu (3,21) każe przyjąć, że wszystkie zmienne tworzą jedno skupienie. Analiza przeprowadzona metodą pojedynczego wiązania, przy przyjęciu kryterium Mojeny ($k = 2,75$) lokująca punkt odcięcia w odległości 0,357, analiza metodą średnich połączeń (przy $k = 3,5$, punkt odcięcia w odległości 0,499), a także maksymalna wartość różnicy odległości między węzłami wynosząca 0,064, również wskazują na tworzenie jednego skupienia przez wszystkie zmienne⁶ [36].

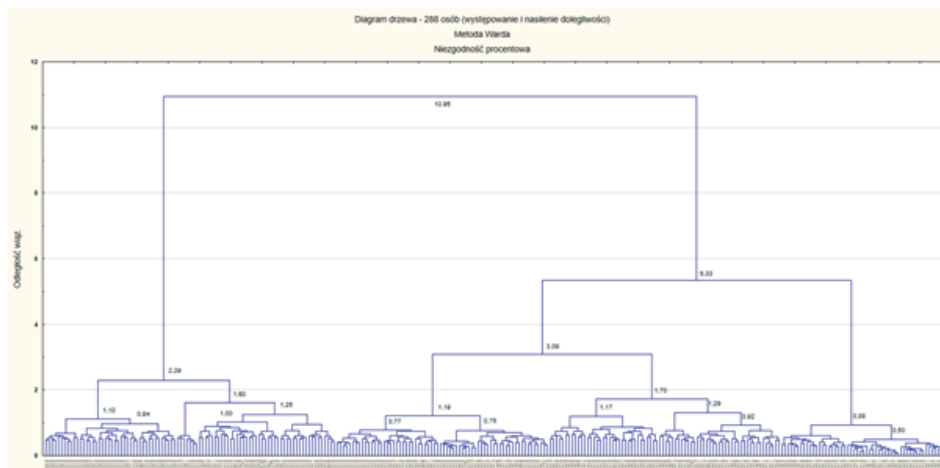
Badanie zasadnicze

Pierwszą serię analiz taksonomicznych przeprowadzono w celu sprawdzenia, czy kwestionariusze objawowe 288 osób z rozmaitymi rodzajami zaburzeń nerwicowych tworzą skupienia odpowiadające kategoriom diagnostycznym („F” w klasyfikacji ICD-10). Uwzględniano nie tylko samo stwierdzenie występowania dolegliwości, ale także ocenę ich nasilenia. Posłużono się metodą Warda oraz metodami pojedynczego wiązania i metodą średnich połączeń.

Przy zastosowaniu metody Warda (patrz wykres 1) podział dendrytu na dwie gałęzie nastąpił przy odległości 10,95. Prawe ramię dzieli się dalej w odległości 5,33, jedna z jego części związana jest węzłem w odległości 3,09. Posługując się kryterium Mojeny, przy $k = 3,5$ za punkt odcięcia należy przyjąć odległość mniejszą od 2,53. Taka wielkość (2,3) występuje trzy miejsca poniżej pierwszego węzła (odległości wynoszącej 10,95). Sugeruje to istnienie czterech skupień, z których jedno łączy wyniki 94 osób (węzeł w odległości 2,29), drugie – 67 osób (węzeł 1,19), trzecie – 73 osób (węzeł 1,70), a czwarte – 54 osób (węzeł w odległości 0,88). Jednak w żadnym z tych domniemyanych skupień nie zgromadziły się wszystkie (ani też nie stanowiły wyraźnej większości) osoby z diagnozą któregoś z rodzajów zaburzeń. Nie stwierdzano też najbliższego sąsiedztwa kwestionariuszy osób o identycznych diagnozach. Poza tym punkt odcięcia wynikający z największej odległości między węzłami wynosił 5,62. Inaczej niż przy zastosowaniu kryterium Mojeny, pozostawia to wszystkie węzły poniżej tej odległości i sugeruje, że niezależnie od rodzaju diagnozy wszystkie osoby tworzą – ze względu na rodzaj objawów – tylko jedno skupienie.

Wyniki analizy tej grupy kwestionariuszy przeprowadzone metodą pojedynczego wiązania także wskazują na istnienie tylko jednego skupienia. Największa odległość

⁶ Fragmenty wyników i wniosków z tej wstępnej analizy kwestionariuszy przedstawiono w referacie na XVIII Kongresie WADP, Florencja 2017.



Wykres 1

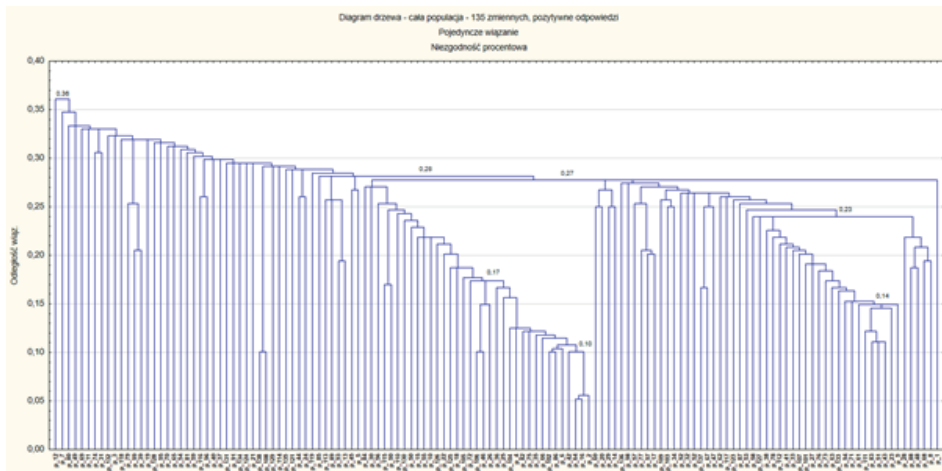
między węzłami wynosiła 0,60 (dla $k = 2,75$ za punkt odcięcia należy przyjąć wartość mniejszą od 0,72), a największa różnica między średnimi wynosiła 0,015 i dotyczyła ostatniej odległości. Analogiczne są wyniki analizy metodą średnich połączeń: największa odległość między węzłami wynosiła 0,728 (przy $k = 3,5$ za punkt odcięcia należy przyjąć wartość mniejszą od 0,736). Największa różnica między średnimi wynosiła 0,04 i dotyczyła ostatniej odległości. Podane wyniki także sugerują, że kwestionariusze wszystkich osób tworzą jedno skupienie, mimo różnic w diagnozach rodzaju zaburzeń.

Kolejne analizy miały na celu określenie związków między zmiennymi odnoszącymi się do dostrzegania dysfunkcji i odczuwania dolegliwości, które mogą świadczyć o występowaniu powodujących je objawów nerwicowych. Pierwsza z nich dotyczyła tylko występowania dolegliwości (nie uwzględniając ich nasilenia) w całej badanej grupie.

W przedstawionych na wykresie 2⁷ rezultatach obliczeń metodą pojedynczego wiązania (najbliższego sąsiedztwa), stosując kryterium Mojeny, przy $k = 2,75$ za punkt odcięcia należy przyjąć wartość mniejszą od 0,42, w tym wypadku wynoszącą 0,36. Największa różnica odległości między węzłami wynosiła 0,014, dla ostatniej odległości. Oznacza to, że wszystkie zmienne (135) tworzą jedno skupienie. Wykres sugeruje jednak, że mimo wskazań (uznanych za decydujące) kryteriów matematycznych należy uwzględnić możliwość istnienia dwóch, a może nawet trzech zgrupowań, z których jedno liczy 83 zmienne (od nr 12 do nr 2 oraz zmienna nr 1), drugie zaś – 52 zmienne i zawiera względnie wydzielone zgrupowanie pięciu zmiennych odnoszących się do objawów derealizacji i depersonalizacji.

Wyniki obliczeń metodą średnich połączeń także wskazują na tworzenie jednego skupienia przez wszystkie 135 zmiennych. Największa odległość między węzłami

⁷ Opis zmiennych i ich miejsca w skupieniu przedstawiono w aneksie.



Wykres 2

wynosi 0,49, przy $k = 2,75$ za punkt odcięcia należy przyjąć wartość mniejszą od 0,54; maksymalna różnica odległości między węzłami – 0,055 – odnosi się do ostatniej wartości. Jednakże podobnie do wyników analizy metodą pojedynczego wiązania wykres sugeruje możliwość istnienia dwóch zgrupowań (liczących 44 zmienne i 91 zmiennych).

Natomiast w analizie metodą Warda stwierdzono podział dendrytu na dwie gałęzie w odległości 8,62. Prawe ramię dendrytu dzieli się dalej przy odległości skupienia 3,59. Największa odległość między wiązaniami (8,62), podobnie jak kolejna – 3,59, są większe od punktu odcięcia wynikającego z kryterium Mojeny (przy $k = 3,5$ odległość wynosi 3,21). Dopiero trzecia z odległości – 1,34 – jest mniejsza od punktu odcięcia (dla $k = 1,25$ odległość wynosi 1,4). Sugeruje to podział całego zbioru na trzy skupienia. Pierwsze z nich, w którym zmienne są związane węzłem w odległości 1,18, to całe lewe ramię dendrytu (34 zmienne), dwa pozostałe – w odległości węzłów 1,33 (74 zmienne) i 0,54 (27 zmiennych) – wynikają z podziału prawego ramienia przy węzle w odległości 3,58. Największa różnica odległości między wiązaniami wynosi 5,03, przyjęcie takiego punktu odcięcia prowadzi do uznania całego zbioru zmiennych za jedno skupienie, natomiast największy iloraz odległości występuje przy przedostatniej z wartości – co oznacza wyróżnienie dwóch skupień. Żadne z tych skupień nie gromadzi zmiennych odnoszących się tylko do jednego rodzaju dysfunkcji, w każdym z nich sąsiadują zmienne dotyczące objawów somatycznych, zakłóceń przeżywania i zachowania.

Wyniki te sprawdzono grupowaniem metodą k -średnich. Przy założeniu istnienia dwóch skupień uzyskano zbioru liczące 60 i 75 zmiennych, przy założeniu trzech skupień – liczące 61, 46 i 28 zmiennych. Te liczebności (a także rodzaj zmiennych wchodzących w skład skupień) nie są spójne z wynikami analiz metodą pojedynczego wiązania, średnich połączeń ani metodą Warda.

W podgrupie 204 kobiet w analizie metodą pojedynczego wiązania (pomijającej nasilenie dolegliwości) punkt odcięcia wystąpił przy największej odległości węzła,

wynoszącej 0,35 (dla $k = 2,75$ granicą jest 0,42). W analizie metodą średnich połączeń podobnie: największa odległość – 0,49 – była mniejsza od granicznej odległości 0,51 (dla $k = 2,75$), a największa różnica (dla ostatniej odległości) wynosiła 0,053. Wyniki analizy metodą Warda ujawniły, że największa odległość 8,97 i druga z kolei – wynosząca 3,64 – były większe od punktu odcięcia (dla $k = 3,5$ wynoszącego 3,29). Sugeruje to istnienie trzech skupień. Największa różnica odległości między węzłami wynosiła 5,3 dla ostatniej wartości, a największy ilorz 2,87 uzyskano dla przedostatniej z odległości.

W podgrupie 84 mężczyzn metodą pojedynczego wiązania stwierdzono największą odległość 0,33 (przy $k = 2,75$ punkt odcięcia wyniósł 0,38), a największa różnica odległości wynosiła 0,024 dla ostatniej odległości. Analiza metodą średnich połączeń wykazała największą odległość 0,51 (punkt odcięcia 0,57 przy $k = 3,5$), największa różnica odległości wyniosła tutaj 0,076 dla ostatniej odległości, a największy ilorz 1,17 uzyskano dla ostatniej odległości. W analizie metodą Warda największa odległość wynosiła 9,09, kolejna – 2,86, punkt odcięcia przy $k = 3,5$ wynosi 3,31 – co sugeruje istnienie dwóch skupień odpowiadających ramionom dendrytu. Największa różnica odległości wynosiła 6,23, największy ilorz odległości – 3,18, a obie te wartości odnoszą się do ostatniej odległości – wskazuje to, że wszystkie zmienne tworzą jedno skupienie.

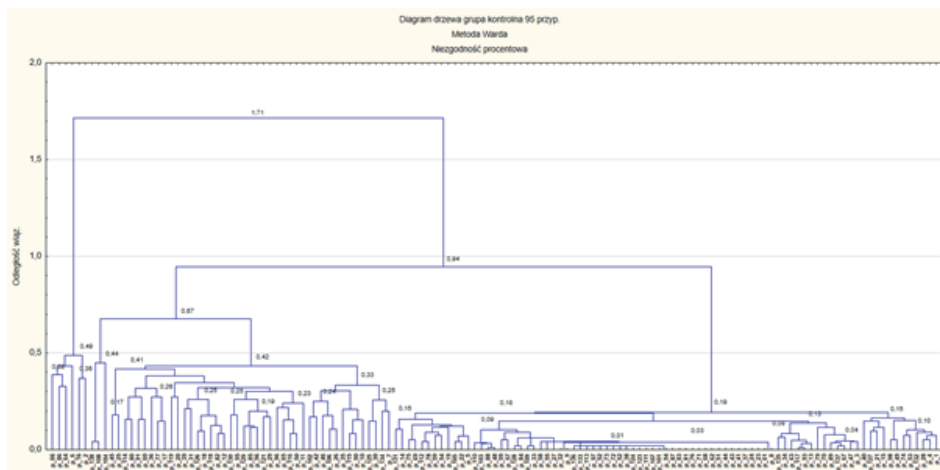
Analizy, w których uwzględniano nasilenie dolegliwości

Dotyczące całej populacji wyniki obliczeń metodą pojedynczego wiązania są następujące: największa odległość 0,55 (przy $k = 2,75$ punkt odcięcia wynosi 0,67), największa różnica odległości 0,017. Wyniki obliczeń metodą średnich połączeń: największa odległość 0,7, dla $k = 1,25$ punkt odcięcia wynosi 1,42, największa różnica odległości 0,067 odnosi się do ostatniej wartości. Oznacza to, że wszystkie 135 zmiennych należy traktować jak jedno skupienie. Natomiast wyniki analizy metodą Warda, w których stwierdzono podział dendrytu przy odległości 7,63, a kolejne węzły przy odległościach 2,67 i 2,08, wskazują na istnienie dwóch skupień odpowiadających ramionom dendrytu. Jednakże wielkość maksymalnej różnicy między węzłami (4,93, ostatnia odległość) sugeruje, że cały zbiór zmiennych należy uznać za jedno skupienie. Wyniki obliczenia metodą k -średnich zakładające istnienie dwóch skupień okazały się niespójne z wynikami obliczeń metodą Warda.

Grupa kontrolna

W analizach grupowania się **osób** niechorujących na zaburzenia nerwicowe ze względu na podobieństwo odnotowywanych w kwestionariuszach dolegliwości, przeprowadzonych metodami pojedynczego wiązania i średnich połączeń, wyniki sugerują, że cała grupa kontrolna tworzy jedno skupienie. Tylko analiza przeprowadzona metodą Warda wskazuje na możliwość podziału na dwa skupienia.

Analiza grupowania się **zmiennych**, przeprowadzona metodą Warda (patrz wykres 3), ujawnia podział dendrytu na dwa ramiona (odległość węzła 1,71), z których lewe



Wykres 3

skupia tylko 6 zmiennych – nr 66, 86, 64, 6, 16, 2 – połączonych węzłem w odległości 0,49.

Prawe ramię dzieli się w odległości 0,94 i składa się z części grupującej 46 zmiennych związanych węzłem w odległości 0,67 oraz części związanej węzłem w odległości 0,19, w której znalazły się pozostałe zmienne, a także pusta przestrzeń, niezajęta przez zmienne nr 132, 9, 124, 123, 111, 107, 101, 94, 87, 83, 81, 76, 71, 68, 62, 51, 44, 43, 41, 37, 24, 23, 61 i 8, na jakie nikt z tej grupy nie odpowiedział twierdząco (opis tych zmiennych – patrz aneks). Punkt odcięcia określony metodą Mojeny (przy $k = 2,75$) wynosi 0,53, co dzieli zbiór na cztery skupienia. Największa różnica odległości między węzłami wynosi 0,77 i taki punkt odcięcia sugeruje, przeciwnie, istnienie tylko jednego skupienia.

Analiza wykonana metodą pojedynczego wiązania sugeruje istnienie co najmniej trzech skupień (przy $k = 3,5$ punkt odcięcia wynosi 0,324, odległość 0,30 jest dopiero czwartą z największych). Największa różnica odległości między węzłami i maksymalny iloraz usytuowane były stosunkowo wysoko (siódme z największych odległości). Wyniki analizy metodą średnich połączeń są następujące: największa odległość między węzłami wynosi 0,436 (ostatnia), największa różnica odległości między węzłami – 0,064 – jest dopiero siódmą z największych odległości.

Dyskusja i wnioski

Odpowiedzi w kwestionariuszu objawowym traktowane są w tych analizach jako zmienne jakościowe, informujące o niewystępowaniu lub występowaniu symptomów i o ich nasileniu, wyrażającym się w odczuwaniu dolegliwości. Wyniki analiz taksonomicznych, określających odległości między tymi zmiennymi (miara ich podobieństwa), są interpretowane jako informacje odzwierciedlające częstość współwystępowania symptomów.

Taka interpretacja ma pewne ograniczenia, wynikające między innymi ze specyfiki narzędzia. Odpowiedzi na pytania kwestionariusza wyrażają subiektywną ocenę tego, co podsuwają (a być może sugerują) sformułowania zmiennych. Informują o przeżywaniu dolegliwości, co nie jest równoznaczne z obecnością mogących je powodować dysfunkcji (symptomów). Ponadto nie ma możliwości stwierdzenia, czy odpowiedzi pacjentów odnoszą się do ich chwilowego, aktualnego stanu, czy też do dłuższego, wskazanego w instrukcji, tygodniowego okresu. Prawdopodobnie większość respondentów opisuje przede wszystkim dolegliwości odczuwane w chwili badania, nie oznacza to jednak, że bliskość zmiennych jest bezpośrednim dowodem współwystępowania objawów.

Mimo tych zastrzeżeń kwestionariusze objawowe wydają się znacznie bardziej miarodajnym źródłem informacji od opisów tworzonych na podstawie relacji pacjentów. Pozwalają uniknąć wybiórczego dostrzegania lub pomijania obecności symptomów, wynikającego np. z oczekiwań badanego i badającego, z ograniczeń czasu, który można przeznaczyć na zebranie wywiadu chorobowego itp. Pozwalają też na analizę licznych zbiorów danych, uzyskiwanych w porównywalny sposób. Wydaje się więc uprawnione uznanie wyników tych analiz za informację wskazującą przynajmniej na znaczne prawdopodobieństwo współwystępowania dysfunkcji uważanych za objawy zaburzeń nerwicowych.

Wybór metodologii badań – analiz taksonomicznych – również może budzić rozmaite wątpliwości. Ich ograniczeniem jest zależność wyników od założeń procedury obliczeniowej i trudność oceny, która z metod jest adekwatna do przedmiotu badań, a także relatywna dowolność w wyborze sposobu określania punktów odcięcia, decydujących o wnioskach.

Trudności stwarzała np. interpretacja wyników analiz metodą Warda, uznawaną za szczególnie miarodajną w wypadku określania związków między zmiennymi o różnej specyfice jakościowej (a do takich należą przecież symptomy zaburzeń funkcjonalnych). Wnioski wynikające z zastosowania różnych sposobów określania punktu odcięcia okazywały się sprzeczne. Przykładowo określenie punktów odcięcia według kryteriów Mojeny i ilorazu odległości wskazuje na istnienie kilku skupień (trzech lub przynajmniej dwóch, odpowiadających dwóm ramionom dendrytu)⁸ – natomiast kryterium największej różnicy odległości między węzłami wskazuje na istnienie tylko jednego skupienia. Jak się wydaje, takie rozbieżności rzadziej spotyka się przy okazji obliczeń przeprowadzanych innymi metodami.

Mimo tych trudności w interpretacji wyników analizy taksonomicznej wydają się najlepszym z dostępnych narzędzi poszukiwania odpowiedzi na pytanie o zasadność przekonania o istnieniu wielu różnych zaburzeń nerwicowych⁹. Niewątpliwie głównym kryterium trafności opisu badanej rzeczywistości powinna być zgodność wyni-

⁸ Skupienia, których istnienie było sugerowane przez wyniki kolejnych analiz przeprowadzanych metodą Warda, różniły się składem zespołu zmiennych, a zarazem prawie każda z nich sąsiadowała z innymi zmiennymi.

⁹ Zrezygnowano z posłużenia się analizami czynnikowymi, w których grupowanie zmiennych zależy od stopnia wysycenia ukrytymi, hipotetycznymi „czynnikami”, nieraz kilkoma o podobnym nasileniu. Wydaje się, że takie analizy są bardziej adekwatne w badaniu uwarunkowań etiopatogenetycznych lub np. hierarchii powiązań między zmiennymi [19, 20] niż w określaniu składu zbioru zmiennych.

ków uzyskanych w wielu badaniach, posługujących się różnymi metodami. Wnioski z przedstawionych tu badań oparte są na stwierdzeniu takiej zgodności w większości przeprowadzonych analiz.

Wyniki analiz taksonomicznych, niezależnie od rodzaju wybranej metody aglomeracji i sposobów określania punktów odcięcia, niezależnie od tego, czy uwzględniano tylko samą obecność, czy także nasilenie dolegliwości, zarówno w całej badanej populacji, jak i w podgrupach kobiet i mężczyzn, podgrupach osób o znacznym lub o niewielkim nasileniu objawów itp., wskazują na to, że wszystkie zmienne stanowią jedno skupienie. Wprawdzie w wynikach analiz przeprowadzonych metodami pojedynczego wiązania i średnich połączeń można także doszukiwać się śladów podziału na mniejsze zgrupowania zmiennych, nie zostało to jednak potwierdzone kryteriami matematycznymi. Prawdopodobieństwo istnienia kilku skupień, także tych sugerowanych przez wyniki obliczeń metodą Warda, nie zostało potwierdzone między innymi sprawdzającym je grupowaniem metodą k -średnich¹⁰.

Przypuszczalnie wszystkie dysfunkcje mające charakter symptomów funkcjonalnych (a przynajmniej te, do których odnoszą się zmienne kwestionariusza) są silnie między sobą skorelowane i stanowią elementy jednego zbioru („syndromu nerwicowego”). Jest to spójne z innymi obserwacjami – np. silnych korelacji między elementami „objawowego wymiaru” tych zaburzeń [32 i in.]. W wynikach analiz taksonomicznych wyraża się to powstawaniem jednego skupienia, grupującego wszystkie zmienne. Miejsca poszczególnych zmiennych w tym skupieniu i ich sąsiedztwo z innymi zmiennymi zmieniają się w zależności od specyfiki materiału badawczego (np. liczebności badanej grupy, uwzględniania tylko samej obecności dolegliwości lub także jej nasilenia itp.).

Obserwowano jednak relatywną powtarzalność bezpośredniego sąsiedztwa niektórych zmiennych, tworzących silniej powiązane zgrupowania zlokalizowane w różnych fragmentach skupienia. Były to np. zmienne nr 64, 16 i 2 – odnoszące się do napięcia, niepokoju i smutku, zmienne dotyczące zaburzeń snu (nr 39, 79, 99), objawów hipochondrycznych (nr 17, 57, 77, 97), dysfunkcji seksualnych (nr 47, 67, 137), *déjà vu* i *déjà vécu* (nr 108 i 138) oraz derealizacji-depersonalizacji (nr 8, 28, 48, 68, 88)¹¹. Wymaga to weryfikacji w kolejnych badaniach. Być może dostrzeżenie takich powiązań i pomijanie tego, że są one elementami większej całości, przyczynia się do powstawania złudzenia różnaitości syndromów i wielości różnych zaburzeń funkcjonalnych. Może też wyjaśniać źródła hipotezy o depresyjno-lękowym jądrze zaburzeń nerwicowych [26–29].

W interpretacji wyników analiz taksonomicznych należy brać pod uwagę, że są one oparte na opisach dolegliwości dokonanych przez wiele osób. Skupienie tworzone przez wszystkie zmienne ma więc raczej charakter ogólnego zbioru potencjalnie możliwych dysfunkcji. Nie wynika z tego jednoczesność występowania u każdego z badanych

¹⁰ Możliwość istnienia takich skupień wymaga jednak sprawdzenia w kolejnych badaniach.

¹¹ Bliskość zmiennych nr 96 (niedające się opanować wybuchy złości, gniewu) i 116 (ciągłe uczucie złości, gniewu) czy nr 24 (paraliżujący, niewytłumaczalny lęk uniemożliwiający jakiekolwiek działanie) i 44 (ataki panicznego przerażenia), prawdopodobnie wynika jedynie z bliskości sformułowań.

wszystkich objawów, których dotyczą zmienne. Okazuje się jednak, że u pacjentów tworzących badaną populację objawy nerwicowe pojawiają się w kontekście wielu innych dysfunkcji należących do tego ogólnego zbioru.

Jak wynika z badań pilotowych, większość przeprowadzonych analiz wskazuje na tworzenie przez wszystkie zmienne jednego skupienia. Jest bardzo prawdopodobne, że niezależnie od rodzaju zaburzenia funkcjonalnego – nerwicowego, osobowości, behawioralnego itp. – objawy, do których odnoszą się zmienne kwestionariusza, tworzą jeden syndrom. Oczywiście nie wyklucza to różnic, wynikających z obecności dysfunkcji nieobjętych analizowanym zestawem zmiennych. Odpowiedź na pytanie o strukturę występowania takich symptomów, a w konsekwencji o różnice między tymi zaburzeniami, wymaga odrębnych badań.

Wyniki analiz, których celem było poszukiwanie związków między diagnozą zaburzenia nerwicowego sformułowaną w kategoriach ICD-10 a zespołem objawów (zasadnicza część badań), potwierdzają zasadność przekonania o niewielkiej trafności kategorii diagnostycznych. Dwie z zastosowanych procedur obliczeniowych: metoda pojedynczego wiązania i metoda średnich połączeń wskazywały, że mimo różnorodności diagnoz cała populacja pacjentów tworzy jedno skupienie. Taki sam wniosek wynika z analiz metodą Warda przy przyjęciu za punkt odcięcia maksymalnej różnicy odległości między węzłami. Wprawdzie zastosowanie kryterium Mojeny sugeruje istnienie czterech skupień, żadne z nich nie gromadziło jednak osób o takiej samej diagnozie. Poszukiwanie ewentualnych, niezwiązanych z rodzajem symptomów różnic między pacjentami tworzącymi te skupienia wymaga odrębnych badań.

Kwestionariusze osób tworzących grupę kontrolną, mimo znacznych różnic w liczbie odnotowywanych dysfunkcji, w wynikach większości analiz tworzą jedno skupienie – tak samo jak kwestionariusze populacji chorych. Natomiast wyniki analiz taksonomicznych dotyczących współwystępowania zmiennych bardzo różnią się od wyników analiz populacji pacjentów. Wszystkie metody aglomeracji i sposoby określania punktów odcięcia wskazują na wielość małych skupień. W wynikach analizy metodą Warda wyróżnia się skupienie sześciu zmiennych, odnoszących się do napięcia i niepokoju, smutku, poczucia zmęczenia i trudności koncentracji. Nieobecność stwierdzeń o występowaniu dolegliwości, do których odnosi się 24 zmienne (patrz aneks), może wskazywać na to, że niektóre z symptomów funkcjonalnych szczególnie rzadko występują u osób niechorujących na zaburzenia nerwicowe.

Dane te mogą stanowić argument za jakościową odmiennością dysfunkcji występujących w różnych sytuacjach u zdrowych osób od analogicznych symptomów zaburzenia nerwicowego. Przeprowadzone analizy mają jednak ograniczoną wartość (między innymi ze względu na niedostateczną liczebność badanej grupy) i wymagają weryfikacji w dalszych badaniach.

Być może dysfunkcje czynnościowe będące symptomami nerwicowymi uzyskują specyficzną jakość, stając się elementami ustrukturuwanego syndromu mającego charakter zaburzenia zdrowia. Wiele wskazuje na to, że syndrom nerwicowy ma cechy struktury dynamicznej [39], o czym świadczą między innymi obserwacje częstej wymiany jej elementów (objawów). Dynamikę tej struktury prawdopodobnie stymulują sprzężenia zwrotne – zarówno interakcje w obrębie procesów psychicznych (w tym

relacje przyczynowo-skutkowe między poszczególnymi elementami¹²), jak i sprzężenia zwrotne, związane z reakcjami środowiska¹³. W jej powstawaniu, do którego może dojść w każdym momencie życia jednostki, i w jej podtrzymywaniu mają znaczący udział dysfunkcje o charakterze osobowościowym [14, 41–43].

Osadzone w kontekście takiej struktury objawy czynnościowe najprawdopodobniej przekazują (głównie niewerbalnie) jakieś informacje¹⁴, być może najczęściej (ale nie wyłącznie) dotyczące nieuświadamianych treści przeżywania. Rodzaj objawów przypuszczalnie zależy od treści przeżyć, te zaś od rozmaitych okoliczności, być może głównie socjokulturowych. Tłumaczyłoby to zarówno fluktuacje obrazu syndromów zachodzące u poszczególnych pacjentów, jak i przemiany obserwowane na przestrzeni wielu lat.

Przyjęcie istnienia takiej dynamicznie ustrukturuwanej całości (syndromu) oznacza nadanie nowego sensu pojęciu psychogenezy, a także prowadzi do zmiany kryteriów decydujących o diagnozie zaburzenia nerwicowego. Kluczowe staje się dostrzeżenie współwystępowania wielu rozmaitych dysfunkcji powiązanych dynamiczną strukturą, a nie ich jakiegos szczególnego rodzaju.

Syndrom nerwicowy w proponowanym znaczeniu nie jest tożsamy z „ogólnym zespołem nerwicowym” [43] i jest sprzeczny z przypisywaniem pierwszoplanowego znaczenia emocjonalnym aspektom zaburzeń nerwicowych, a także z koncepcją „objawów osiowych” – np. szczególnej roli lęku czy zaburzeń wegetatywnych [m.in. 40]. Jak wynika z przedstawionych badań, symptomy tego rodzaju nie zajmują jakiegos eksponowanego miejsca w zbiorze dysfunkcji występujących u pacjentów.

Przyjęcie, że wszystkie symptomy nerwicowe są równoważnymi elementami takiej całości, umożliwia rezygnację z hipotezy współlistnienia u jednego pacjenta kilku różnych zaburzeń czynnościowych (*comorbidity*). Prowadzi też do podważenia przekonania o istnieniu *continuum*, o nieostrości granicy między nerwicą a „psychofizjologicznymi” dysfunkcjami i problemami zdrowych osób [44]. Ale przede wszystkim podstawowy wniosek z przedstawionych tu analiz taksonomicznych wskazujący, że wszystkie objawy nerwicowe¹⁵ stanowią w gruncie rzeczy jeden syndrom, którego różne fragmenty chwilowo pojawiają się zależnie od aktualnych przeżyć i wywołujących je okoliczności (zwłaszcza o charakterze sprzężeń zwrotnych), stanowi argument przeciwko wyróżnianiu wielu różnych rodzajów zaburzeń nerwicowych.

Jeśli wyniki te znajdą potwierdzenie w dalszych badaniach, mogą stanowić eksperymentalną podstawę zmiany sposobu kategoryzacji i klasyfikacji zaburzeń funkcjonalnych, porządkując wiedzę o tych zaburzeniach i zwiększając skuteczność oddziaływań terapeutycznych.

Autor wyraża gorące podziękowania dla Grzegorza Hamudy z Katedry Geoinformatyki i Informatyki Stosowanej AGH za ogromną pomoc w opracowaniu metodologii i przeprowadzeniu obliczeń oraz dla dr Katarzyny Cyranki za adiustację i tłumaczenie tekstu na język angielski.

¹² Powodujące np. powstawanie objawów hipochondrycznych w konsekwencji dolegliwości powodowanych czynnościowymi dysfunkcjami somatycznymi.

¹³ Hipoteza ta nawiązuje do koncepcji metabolizmu informacyjnego, sformułowanej przez A. Kępińskiego [40].

¹⁴ Symboliczna funkcja objawów nerwicowych przemawia za zasadnością traktowania ich jako *signifiants*.

¹⁵ A przynajmniej te z nich, do których odnoszą się zmienne kwestionariusza „O”.

Piśmiennictwo

1. Garrabe J. *Specifics historiques des principes classificatoires en psychiatrie*. Psychiatrie Francaise. 2013; 12(4): 83–94.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC; 2013.
3. ICD-10 World Health Organization. *International Classification of Diseases ICD-10*, 10th ed. Geneva: World Health Organization; 1992.
4. Gaebel W, Zielasek J, Reed GM. *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(2): 169–195.
5. Sampogna G. *ICD-11 – projekt wytycznych diagnostycznych dla zaburzeń psychicznych: raport dla członków WPA*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(3): 397–406.
6. Kogan CS, Stein DJ, Maj M, First MB, Emmelkamp PMG, Reed GM. *The classification of anxiety and fear-related disorders in ICD-11*. *Depress. Anxiety*. 2016; 33(12): 1141–1154.
7. Goldberg D. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych: prostszy system w DSM-V i ICD-11*. *Psychiatria po Dyplomie*. 2011; 8(3): 24–30.
8. Krzanowska E, Kuleta M. *From anxiety to compulsivity – A review of changes to OCD classification in DSM-5 and ICD-11*. *Arch. Psych. Psychot.* 2017; 3: 7–15.
9. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant J i wsp. *The classification of obsessive-compulsive disorders in the ICD-11*. *J. Affect. Disorders*. 2016; 190: 663–674.
10. Andrews G. *Comorbidity and the general neurotic syndrome*. *Br. J. Psychiatry Suppl.* 1996; 30: 76–84.
11. Freyberger HJ, Schneider W, Malchow CP. *Assessment of comorbidity in the diagnosis of psychosomatic and neurotic disorders: Results from the ICD-10 field trials with the diagnostic criteria for research in Germany*. *Psychother. Psychosom.* 1995; 63(2): 90–98.
12. Meehl PE. *Comorbidity and Taxometrics*. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2001; 8(4): 507–551.
13. Brown TA. *Taxometric methods and the classification and comorbidity of mental disorders: Methodological and conceptual considerations*. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2001; 8(4): 534–541.
14. Hengartner MP, Lehmann SN. *Why psychiatric research must abandon traditional diagnostic classification and adopt a fully dimensional scope: Two solutions to a persistent problem*. *Front. Psychiatry*. 2017; 5: 101.
15. Aleksandrowicz JW, Rutkowski K, Cyranka K. *Some methodological problems of the reliable assessment of the changes in the therapy*. *Dynamische Psychiatrie*. 2014; 4–5: 332–338.
16. Gelo OCG. *On research methods and their philosophical assumptions. Raising the consciousness of researchers, again*. *Psychotherapie Sozialwissenschaft*. 2012; 14(2): 109–128.
17. Krueger RF, Piasecki TM. *Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology*. *Behav. Res. Ther.* 2002; 40(5): 485–499.
18. Markon KE, Chmielewski M, Miller CJ. *The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review*. *Psychol. Bull.* 2011; 137(5): 856–879.
19. Frommer J. *The significance of structural dynamics for a theory of neurosis and personality disorders*. *Nervenarzt*. 2003; 74(1): 23–29.
20. Pezzoli P, Antfolk J, Santtila P. *Phenotypic factor analysis of psychopathology reveals a new body-related transdiagnostic factor*. *PLoS ONE*. 2017; 12(5): e0177674.

21. Tyrer P, Seivewright H, Simmonds S, Johnson T. *Prospective studies of cothymia (mixed anxiety-depression): How do they inform clinical practice?* Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2001; 251(Suppl. 2): II53–56.
22. Forbes MK, Baillie AJ, Eaton NR, Krueger RF. *A place for sexual dysfunctions in an empirical taxonomy of psychopathology.* J. Sex. Res. 2017; 54(4–5): 465–485.
23. Kitamura T, Nakamura M, Miura I, Fujinawa A. *Symptoms of neuroses: Profile patterns and factor structure of clinic attenders with non-psychotic functional psychiatric disorders.* Psychopathology. 1997; 30(4): 191–199.
24. Sims A. *Perspectives in the study of neuroses in contemporary psychiatric practice.* Psychiatr. Dev. 1986; 4(4): 273–287.
25. Tyrer P, Seivewright H, Johnson T. *The core elements of neurosis: Mixed anxiety-depression (cothymia) and personality disorder.* J. Pers. Dis. 2003; 17(2)(Spec.): 129–138.
26. Kokoszka A, Krótkiewicz H, Rosati A, Oziemski S, Staniszewski K, Sochacki J. *Ogólny zespół nerwicowy – koncepcja i jej zastosowanie w praktyce klinicznej.* Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej. 2005; 4(5): 153–157.
27. Andrews G, Stewart G, Morris-Yates A, Holt P, Henderson S. *Evidence for a general neurotic syndrome.* Br. J. Psychiatry. 1990; 157: 6–12.
28. Tyrer P, Tyrer H, Guo B. *The General Neurotic Syndrome: A re-evaluation.* Psychother. Psychosom. 2016; 85(4): 193–197.
29. Sobański JA. *Czy istnieje ogólny zespół nerwicowy?* Psychiatria po Dyplomie. 2011; 8(1): 55–59.
30. Sims AC. *Neurotic illness: Conserving a threatened concept.* Br. J. Clin. Pharmacol. 1985; 19(Suppl. 1): 9S–15S.
31. Lewis G. *Dimensions of neurosis.* Psychol. Med. 1992; 22(4): 1011–1018.
32. Lahey BB, Krueger RF, Rathouz PJ, Waldman ID, Zald DH. *A hierarchical causal taxonomy of psychopathology across the life span.* Psychol. Bull. 2017; 143(2): 142–186.
33. Aleksandrowicz JW. *Prevalence of neurotic symptoms: A changing pattern.* Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2001; 3(4): 45–69.
34. Mielimąka M, Cyranka K, Rutkowski K, Sobański JA, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł i wsp. *Critical reflection on contemporary diagnostic criteria from the perspective of differentiation and dynamics of symptoms in patients with neurotic disorders and disturbances in personality functioning treated with group psychotherapy.* Conference abstract SPR Conference Klagenfurt; 2015.
35. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Filipiak J, Kowalczyk E, Martyniak J i wsp. *Kwestionariusze objawowe S i O – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych.* Psychoterapia. 1981; 37: 11–27.
36. Aleksandrowicz JW. *Reflection on categorization and classifications of functional disorders.* XVIII Kongres WADP Abstr. Book. Firenze; 2017.
37. Schinka JA, Velicer WF. *Handbook of psychology*, t. 2. Hoboken, NJ: Wiley & Sons; 2003.
38. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem Statistica PL StatSoft*, t. 3. Kraków; 2007.
39. Piaget J. *Strukturalizm.* Warszawa: Wiedza Powszechna; 1972.
40. Kępiński A. *Psychopatologia nerwic.* Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1972.
41. Sobański JA, Skalski M, Gołąbek T, Świerkosz A, Przydacz M, Klasa K i wsp. *Występowanie wybranych objawów z dolnego odcinka układu moczowego u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych.* Psychiatr. Pol. 2016; 50(6): 1181–1205.

-
42. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2009; 1: 21–29.
 43. 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(3): 201–206.
 44. Parnas J, Henriksen MG. *Epistemological error and the illusion of phenomenological continuity*. World Psychiatry. 2016; 15(2): 126–127.

Otrzymano: 21.09.2018

Zrecenzowano: 28.09.2018

Otrzymano po poprawie: 7.10.2018

Przyjęto do druku: 8.10.2018

Adres: Redakcja Psychiatrii Polskiej

31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

e-mail: redakcja@psychiatriapolska.pl

ANEKS

WYNIKI ANALIZY TAKSONOMICZNEJ KESTIONARIUSZY GRUPY BADANEJ PRZEPROWADZONEJ METODĄ POJEDYNCZEGO WIĄZANIA OPIS ZMIENNYCH Z WYKRESU 2

12. Wielokrotne, utrudniające życie sprawdzanie, czy wszystko zostało dokładnie wykonane (drzwi zamknięte, gaz zakręcony itp.); 7. Niezadowolenie z życia seksualnego; 80. Czerwienienie się na twarzy, szyi, klatce piersiowej; 49. Suchość w ustach; 69. Biegunki; 11. Swędzenie skóry, szybko ustępujące wysypki; 74. Zaparcia; 31. Wzdęcia, bezwiedne oddawanie gazów; 132. Konieczność częstego oddawania moczu; 3. Dławienie w gardle, uczucie jakby kuli w gardle; 118. Uczucie buntu, zbuntowania; 79. Częste budzenie się w nocy; 99. Bezsenna noc; 39. Trudności w zasypianiu; 19. Straszne sny, koszmary senne; 128. Uczucie bladości, mniej intensywne wrażenia; 95. Pograżanie się w marzeniach na jawie; 70. Zawstydzenie i skrępowanie w obecności osób przeciwnej płci; 65. Niemożność pohamowania wyrażenia swoich uczuć, bez względu na konsekwencje; 54. Brak apetytu; 81. Uczucie lęku powstające wtedy, gdy znajdujesz się w gęstym tłumie; 59. Napady głodu – np. konieczność jedzenia w nocy; 116. Ciągłe uczucie złości, gniewu; 96. Niedające się opanować wybuchy złości, gniewu; 40. Ból serca; 37. Absorbujące czynności i zabiegi mające na celu uniknięcie choroby; 131. Pieczenie w przełyku, zgaga; 91. Dolegliwości alergiczne – takie jak: katar sienny, szybko powstające i ustępujące obrzęki itp.; 134. Bóle mięśniowe – np. bóle w krzyżach, w klatce piersiowej itp.; 124. Lęk, że stanie się lub że zrobi się samemu coś strasznego, np. że się wyskoczy przez okno, że nastąpi jakaś katastrofa itp.; 21. Lęk lub/i inne przykre doznania stale występujące, gdy wokół nie ma ludzi (np. w pustym mieszkaniu);

138. Wrażenie, że się już było w jakimś miejscu lub w jakiejś sytuacji, w której się jest pierwszy raz; 108. Wrażenie, że już się widziało coś, co się na pewno widzi pierwszy raz; 129. Uczucie napięcia mięśni; 114. Dokuczliwe pocenie się w momencie zdenerwowania; 135. Szum w uszach; 121. Lęk o najbliższych, którym aktualnie nie nie zagraża; 44. Ataki panicznego przerażenia; 24. Paraliżujący, niewytłumaczalny lęk uniemożliwiający jakiegokolwiek działanie; 119. Uczucie senności w ciągu dnia, trudne do opanowania i zmuszające do zaśnięcia przynajmniej na chwilę, niezależnie od okoliczności; 85. Nieoczekiwane, burzliwe przeżycie radości, szczęścia, zachwycenia; 113. Mimowolne drżenie powiek, twarzy, głowy lub innych części ciała; 89. Drżenie mięśni rąk, nóg lub całego ciała; 93. Skurcze mięśni w różnych częściach ciała; 13. Skurcze mięśniowe, stale powstające przy wykonywaniu pewnych tylko czynności – np. skurcze palców dłoni przy pisaniu, grze na instrumentach muzycznych itp.; 45. Uleganie silnym, głębokim wzruszeniom; 5. Częsty płacz; 84. Nieuzasadnione poczucie zagrożenia; 30. Męczące uczucie braku kogokolwiek bliskiego; 56. Nerwowość, chaotyczność w ruchach zmniejszająca sprawność działania; 115. Uczucie ulegania otoczeniu, podporządkowywania się; 90. Poczucie, że łatwo ulegasz wpływom innych

ludzi; 110. Odczucie, że ludzie są do ciebie nieprzyjaźnie nastawieni; 130. Potrzeba samotności; 50. Unikanie ludzi, nawet bliskich znajomych; 15. Brak samodzielności; 55. Nieporadność, niezaradność życiowa; 10. Złe samopoczucie w dużym towarzystwie; 126. Natłok myśli; 22. Silne poczucie winy, oskarżanie się; 125. Uczucie braku zainteresowania otoczenia twoimi sprawami i twoją osobą; 18. Natrętnie nasuwające się, przeszkadzające, uporczywe myśli, słowa, wyobrażenia; 105. Odczucie, że nikt cię nie docenia; 72. Zwolnienie ruchów i myśli, apatia; 106. Zmniejszenie szybkości myślenia, utrata bystrości; 46. Odczucie, że myśli się znacznie trudniej, mniej jasno niż zazwyczaj; 26. Pogorszenie pamięci; 36. Przeszkadzające w działaniu roztargnienie; 25. Głębokie, intensywne przeżywanie przykrych wydarzeń; 104. Odczucie tremy, niepokoju przed jakimiś wydarzeniami, spotkaniami itp.; 4. Ciągłe uczucie lęku bez przyczyny; 82. Pesymizm, przewidywanie niepowodzeń i klęsk w przyszłości; 75. Uczucie, że się jest gorszym niż inni ludzie; 35. Utrudniająca życie niepewność siebie; 66. Trudności w koncentracji, skupieniu uwagi; 102. Brak sił i energii do jakiegokolwiek działania; 86. Stale utrzymujące się uczucie zmęczenia; 6. Uczucie zmęczenia, osłabienia po obudzeniu się rano, ustępujące w ciągu dnia; 42. Utrata wiary we własne siły; 64. Niepokój; 16. Uczucie dokuczliwego, wewnętrznego napięcia; 2. Uczucie smutku, przygnębienia; 60. Poczucie zimna lub/i gorąca bez uchwytneho powodu; 20. Szybkie, silne bicie serca nieuzasadnione wysiłkiem fizycznym; 29. Przeszkadzający w działaniu ból głowy; 14. Zawroty głowy; 136. Nudności, mdłości; 98. Nadmierne pragnienie; 57. Ciągłe zwracanie uwagi na czynności ciała – np. na akcję serca, tętno, trawienie itp.; 77. Obawa o swój stan zdrowia, uczucie lęku przed zachorowaniem na jakąś poważną chorobę; 97. Odczucie że jesteś chory na jakąś ciężką, zagrażającą twojemu życiu chorobę; 17. Odnajdywanie u siebie oznak różnych poważnych chorób; 109. Przykre odczucia lub ból powstające pod wpływem hałasu, jasnego światła, lekkiego dotyku; 103. Trudności w oddychaniu – np. brak tchu, duszności – pojawiające się nagle i po chwili ustępujące; 34. Uczucie uderzenia krwi do głowy; 92. Wewnętrzny przymus wykonywania wszystkich czynności bardzo powoli i pedantycznie; 32. Wielokrotne powtarzanie tych samych lub bezsensownych czynności; 52. Niedająca się opanować wewnętrzna konieczność wykonywania niepotrzebnych ruchów, np. wielokrotnego niepotrzebnego mycia rąk, niepotrzebnego dotykania czegoś itp.; 137. Obniżenie potencji płciowej; 67. Znaczne osłabienie lub utrata popędu seksualnego; 47. Niechęć do podejmowania kontaktów seksualnych z osobami przeciwnej płci; 62. Chęć odebrania sobie życia; 117. Nieokreślone, wędrujące bóle; 123. Zaburzenia równowagi; 87. Przykre uczucia związane z uprawianiem samogwałtu; 53. Gwałtowne, niezależne od woli ruchy („tiki”); 58. Natrętne, nasuwające się wbrew woli myśli o nieprzyzwoitej lub bluźnierczej treści; 127. U kobiet zaburzenia miesiączkowania; 38. Ciągła walka z natrętnie powracającymi myślami o tym, żeby komuś zrobić krzywdę, obrazić kogoś; 78. Uporczywe, natrętnie narzucające się, niepotrzebne liczenie np. przechodniów, latarni, samochodów itp.; 112. Nadużywanie alkoholu; 41. Lęk stale pojawiający się w czasie przebywania w poruszających się pojazdach, pociągach, autobusach; 33. Jąkanie; 107. Bóle lub inne dolegliwości narządów płciowych; 101. Silny lęk przed przedmiotami, zwierzętami lub miejscami, których nie ma powodu się bać; 27. Trudności we współżyciu seksualnym np. z powodu bolesnego skurczu mięśni

u kobiet, braku wzwodu lub przedwczesnego wytrysku u mężczyzn itp.; 76. Rozbijanie, miażdżenie, niszczenie przedmiotów w złości lub zdenerwowaniu; 73. Niemota, niemożność wydobywania głosu, nagle pojawiająca się i ustępująca; 63. Okresowe niedowidzenie lub niedosłyszenie; 133. Skurcz zmuszający do stałego skręcania głowy; 94. Gromadzenie się nadmiernej ilości śliny w ustach; 71. Lęk lub/i inne przykre doznania występujące tylko w czasie przebywania w zamkniętych pomieszczeniach; 61. Lęki pojawiające się zawsze w czasie przebywania w otwartej przestrzeni, np. na rozległym placu; 111. Bezwiedne oddawanie moczu, np. w czasie snu; 83. Zasłabnięcie zdarzające się w trudnych lub przykrych sytuacjach; 51. Omdlenia; 43. Przejściowy bezwład, porażenie rąk lub nóg; 23. Utrata czucia w jakiejś części ciała (skóry); 9. Wymioty w sytuacjach zdenerwowania; 28. Odczucie, że świat (otoczenie) jest jakby za mgłą; 88. Wrażenie życia jak we śnie; 48. Odczucie, że otaczający świat jest nierzeczywisty; 68. Wrażenie obcości własnego ciała; 8. Wrażenie, że znane przedmioty stały się dziwne i obce; 1. Lęk stale pojawiający się w czasie przebywania na balkonach, mostach, nad przepaścią.

GRUPA KONTROLNA OPIS ZMIENNYCH, W KTÓRYCH NIE BYŁO TWIERDZĄCYCH ODPOWIEDZI

132. Konieczność częstego oddawania moczu; 9. Wymioty w sytuacjach zdenerwowania; 124. Lęk, że stanie się lub że zrobi się samemu coś strasznego, np. że się wyskoczy przez okno, że nastąpi jakaś katastrofa itp.; 123. Zaburzenia równowagi; 111. Bezwiedne oddawanie moczu, np. w czasie snu; 107. Bóle lub inne dolegliwości narządów płciowych; 101. Silny lęk przed przedmiotami, zwierzętami lub miejscami, których nie ma powodu się bać; 94. Gromadzenie się nadmiernej ilości śliny w ustach; 87. Przykre uczucia związane z uprawianiem samogwałtu; 83. Zasłabnięcie zdarzające się w trudnych lub przykrych sytuacjach; 81. Uczucie lęku powstające wtedy, gdy znajdujesz się w gęstym tłumie; 76. Rozbijanie, miażdżenie, niszczenie przedmiotów w złości lub zdenerwowaniu; 71. Lęk lub/i inne przykre doznania występujące tylko w czasie przebywania w zamkniętych pomieszczeniach; 68. Wrażenie obcości własnego ciała; 62. Chęć odebrania sobie życia; 51. Omdlenia; 44. Ataki panicznego przerażenia; 43. Przejściowy bezwład, porażenie rąk lub nóg; 41. Lęk stale pojawiający się w czasie przebywania w poruszających się pojazdach, pociągach, autobusach; 37. Absorbujące czynności i zabiegi mające na celu uniknięcie choroby; 24. Paraliżujący, niewytłumaczalny lęk uniemożliwiający jakiegokolwiek działanie; 23. Utrata czucia w jakiejś części ciała (skóry); 61. Lęki pojawiające się zawsze w czasie przebywania w otwartej przestrzeni, np. na rozległym placu; 8. Wrażenie, że znane przedmioty stały się dziwne i obce.