

Poglądy na nerwice w ujęciu historycznym

Views on neuroses from a historical perspective

STEFAN LEDER

Z Kliniki Nerwic IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *Przedstawiono główne nurty historycznego rozwoju pojmowania nerwic, rozumienia ich przyczyn i proponowanych sposobów postępowania (red.).*

SUMMARY. *Main historical trends in the development of understanding neurotic disorders and explanations of their causes, as well as in recommended treatment are outlined (ed.).*

Słowa kluczowe: nerwice / koncepcje / historia

Key words: neuroses / conceptions / history

Rozumienie chorób, koncepcje ich etiopatogenezy i terapii wiązało się zawsze z czynnikami cywilizacyjnymi, kulturowymi i społecznymi [1, 7, 8, 10, 15, 25, 29]. Grupa zaburzeń nazwanych przez Cullena ponad 200 lat temu nerwicami nie stanowi w tym względzie wyjątku. Jednakże pierwsze opisy zaburzeń psychogennych wyprzedzają o prawie dwa i pół tysiąca lat wprowadzenie tego terminu. Chodzi tu o hipokratesowy opis zaburzeń, które ze względu na postulowany przez niego mechanizm patogenetyczny nazwano histerią [16, 27]. Rozwój poglądów na histerię stanowi odzwierciedlenie przemian, jakim podlegał sposób rozumienia etiopatogenezy i terapii tej grupy zaburzeń.

W epokach poprzednich dominowało magiczne i animistyczne rozumienie chorób. Hipokrates wprowadził model naturalistyczny, dostrzegając przyczyny chorób nie w siłach nadprzyrodzonych, ale w samym organizmie, w którym mózg stanowił ośrodek czynności psychicznych. Obłąd uważał za wynik zaburzonej czynności mózgu, spowodowanej przez zaburzenia płynów ustrojowych – flegmy i żółci. Uważał jednak, że u kobiet występuje zaburzenie spowodowane brakiem zaspokojenia potrzeb fizjolo-

gicznych. Gdy macica, przeznaczona do rodzenia „długo po właściwej porze pozostaje bez płodu, zaczyna wędrować po całym ciele w poszukiwaniu zapłodnienia i blokując oddech i uciskając poszczególne narządy powoduje odpowiednie dolegliwości i objawy ruchowe, bólowe, czuciowe, cielesne”. Uważał więc, że objawy chorobowe są wynikiem i widocznym wyrazem potrzeb seksualnych. Leczenie przyczynowe polegało więc na „zapaleniu latarni Hymena” (wydaniu pacjentki za męża), a postępowanie objawowe – na próbach przyciągania macicy na jej właściwe miejsce (okadzanie pachnidłami narządów rodnych, inhalacje substancji o przykrym zapachu, uciskanie podżebrzy, bandażowanie brzucha itp.).

Takie rozumienie histerii było na owe czasy nowatorskie w swym ujęciu naturalistycznym (na miarę ówczesnej wiedzy medycznej) i odzwierciedlało obowiązujące normy społeczne w odniesieniu do roli kobiet i wzajemnej relacji obu płci. Koncepcja ta przetrwała aż do osiemnastego stulecia naszej ery.

Średniowieczne chrześcijaństwo wraz z postępieniem cielesności i seksualności przyniosło demonologiczną koncepcję chorób. Objawy histeryczne uważane były za wynik

opętania przez szatana. Leczenie oznaczało walkę z demonami, wypędzanie szatana, przeciwdziałanie czarom. Służyły temu modlitwy, egzorcyzmy, rytuały oczyszczające. W skrajnych przypadkach uśmiercano kobietę-czarownicę, aby ratować duszę. „Podręcznik” inkwizytorów – książka *Malleus Maleficarum* („Młot na czarownice”) zawiera wiele bogatych opisów psychopatologicznych, w tym objawów i zespołów histerycznych.

Traktowanie kobiet jako narzędzi zła, sprowadzających mężczyzn na złą drogę poprzez uwiedzenie seksualne, przypisywanie szczególnej roli czarownicom miało znaczenie czynnika sugestywnego. Pełnienie takiej roli przynosiło satysfakcję w postaci namiastki poczucia mocy i znaczenia. Mechanizmy spełniania oczekiwań otoczenia, realizacji marzeń i fantazji, grały istotną rolę w szerzeniu się endemii „opętania” w małych społecznościach kobiecych (np. klaszatory). Z drugiej strony naśladownictwo przyczyniało się do rozpowszechniania zbiorowych zachowań o charakterze niekiedy psychoz histerycznych (np. flagelanci, tarantuliści). Specyficzne dla tego okresu czynniki społeczne i kulturowe, jak ślepa wiara, wielkie nadzieje, sprzyjały szerzeniu się zachowań o dramatycznym i ekspresyjnym charakterze. Komunikowały one otoczeniu, że tacy ludzie są wybrańcami, przekazując równocześnie treść ich pragnień i dążeń.

Demonologiczna teoria chorób była dominującym sposobem myślenia wśród lekarzy przez kilka stuleci. Co prawda niektórzy, jak Pare, Jorden, Burton w XVII wieku podzielali poglądy Hipokratesa i Galena. Lepois zmodyfikował je, uważając histerię za chorobę mózgu występującą także u mężczyzn. Sydenham podkreślał psychologiczne aspekty hysterii i brak schorzeń cielesnych tłumaczących objawy. Baglivia również przypisywał kluczową rolę w powstawaniu hysterii „namiętnościom”, emocjom i zalecał leczenie aktywnością fizyczną, kąpielami i dietą. Jednakże te poglądy pojedynczych lekarzy nie zmieniły powszechnego sposobu myślenia.

W wieku osiemnastym odkrycie zjawisk elektromagnetycznych wpłynęło na działalność leczniczą i teorię magnetyzmu witalnego. Specjalna komisja powołana do zbadania działalności Mesmera nie potwierdziła istnienia postulowanego przez niego fluidu magnetycznego i wyjaśniła reakcje pacjentek w czasie zabiegów (hipnotycznych) działaniem wyobraźni.

Jednakże działalność uczniów Mesmera przyczyniła się do odkrycia zjawisk hipnotycznych i powiązania ich ze zjawiskami histerycznymi. Charcot [5], w połowie XIX wieku nawiązał do wcześniejszych poglądów Briqueta, uważającego histerię za przejaw wzmózonej pobudliwości ośrodków odpowiadających za emocje w mózgu pacjentów oraz do odkryć ówczesnej neurofizjologii i koncepcji dziedzicznej degeneracji. Wg jego fizjologicznej koncepcji histeria występuje wyłącznie u osób z dziedzicznie niepełnowartościowym układem nerwowym, u których obniżony jest próg przekazu impulsów nerwowych do mięśni. Uważał też, że zjawiska hipnotyczne są zjawiskami patologicznymi, występującymi również u chorych z histerią.

Szkoła w Nancy (Bernheim) [3] z kolei wszystkie zjawiska hipnotyczne histeryczne tłumaczyła za pomocą pojęć hetero- i autosugestii, a więc uważała je za uwarunkowane wyłącznie psychologicznie. Objawy i zachowania pacjentek Charcota w czasie seansów hipnotycznych Bernheim interpretował jako wynik oczekiwań przekazywanych pacjentkom i zwracał uwagę na procesy sugestywne jako źródło objawów psychopatologicznych i ogólnie zachowań człowieka.

Zwycięstwo poglądów szkoły z Nancy przyczyniło się do uznania nerwic, a zwłaszcza hysterii, za zaburzenia uwarunkowane psychologicznie. Hipnozę uznano za jeden ze sposobów leczenia tych zaburzeń. Uznano też podobieństwo psychologicznych mechanizmów kształtujących zachowania ludzi zdrowych i mechanizmów przyczyniających się do występowania objawów u osób uznawanych za chore.

Janet, uczeń Charcota, sformułował teorię będącą próbą syntezy koncepcji konstytucjonalnych, filozoficznych i psychologicznych. Uważał on historię za przejaw dysocjacji osobowości, gdy w stanie zawężonej świadomości dochodzi do odszczepienia pewnych grup funkcji psychicznych i ich samodzielnego istnienia. Zakłócenie syntezy osobowości, obniżenie napięcia psychologicznego miało występować u osób o pewnych konstytucjonalnych predyspozycjach.

Niemieccy psychiatrzy z przełomu stuleci, Kraepelin [19], Bonhoeffer [4] i Kretschmer [20] wyjaśniali zjawiska historyczne w nieco odmienny sposób. Nawiązywali do obserwacji klinicznych, ale też do wpływu czynników społecznych i kulturowych na rozpowszechnienie i obraz kliniczny nerwic (zwłaszcza historycznej). Uwzględniali ówczesne osiągnięcia nauki o ewolucji, biologii i fizjologii porównawczej. Wpływ na ich poglądy miało też to, że kształtowały się w krytycznej konfrontacji z teoriami Freuda.

Wprowadzenie przez Oppenheima w 1889 r. [10] terminu „nerwica urazowa” na określenie zaburzeń występujących najczęściej po odniesieniu urazu, najczęściej w zakładach przemysłowych lub w wypadkach drogowych, było elementem burzliwej dyskusji na temat wpływu czynników społeczno-ekonomicznych czy też zmian fizjologicznych, morfologicznych i fizjologicznych na powstawanie i rozpowszechnienie nerwic. Analiza danych na temat ich występowania przed i po wprowadzeniu ubezpieczeń społecznych potwierdziła znaczenie czynników psychologicznych, „roszczeniowych” w ich powstawaniu.

Konsekwencją takiego rozumienia historii było zatarcie granic między symulacją, agravacją a chorobą i podkreślanie roli woli w wystąpieniu i ustępowaniu zaburzeń. Uwidoczniło się to w poglądach na patogenezę i leczenie tzw. „nerwic wojennych” w czasie I wojny światowej. Choć uznawano znaczenie obciążenia fizycznego i psychicznego chorych, obraz kliniczny najczęstszych objawów (drżenie rąk i kamptokormia), uniemożliwia-

jących posługiwanie się bronią uznano za wyraz chęci podjęcia roli chorego.

Na zjeździe psychiatrów niemieckich w 1916 r. odrzucono fizjologiczną teorię powstawania nerwic urazowych i wojennych poprzez mikrouszkodzenia mózgu Oppenheima, a przyjęto określenie Kretschmera: „historyczny nawyk z niedostateczną wolą zdrowia”. Stosowane w konsekwencji metody leczenia były połączeniem metod sugestywnych z ćwiczeniami zaburzonej czynności przy użyciu bolesnych oddziaływań zawierających elementy kary.

Kraepelin wskazywał, że dla historii charakterystyczne jest rozpowszechnienie się energii na wszystkie zakresy życia fizycznego i psychicznego i jej przekształcanie się w objawy chorobowe będące wielokrotnymi i zniekształconymi przejawami pobudzeń psychicznych. Stanowią one filogenetycznie stare formy zachowania będące prymitywnymi obronami organizmu. Kretschmer w latach dwudziestych rozwinął te poglądy tłumacząc historyczne reakcje pobudzenia ruchowego lub zahamowania funkcji połączeniem starych biologicznie mechanizmów obronnych ze składową życzeniową. Uważał, że skłonność do takich reakcji występuje u osób cechujących się słabymi mechanizmami woli i myśleniem katatymicznym, czyli u osób niedojrzałych psychoseksualnie.

Freud [13], stosując hipnozę w leczeniu pacjentek z historią odkrył, że ujawnianie przez nie w stanie hipnotycznym urazowych przeżyć z dzieciństwa, często o charakterze seksualnym, prowadziło do ustępowania objawów. Próby wyjaśnienia tych zjawisk doprowadziły do stworzenia teorii psychoanalitycznej, posługującej się pojęciami nieświadomości, tłumienia, *catharsis*, historii konwersyjnej. Decydującą rolę w genezie nerwic, w tym historii konwersyjnej i historii lękowej, przypisano popędowi życia, libido, którego energia psychiczna nie znajdująca ujścia wskutek nieakceptacji przez świadomość zostaje przekształcona w objawy somatyczne lub w lęk, wyrażający się w postaci fobii.

Objawy są symbolem wypartych pragnień, impulsów, marzeń, są więc swoistą mową ciała. Równocześnie są sposobem obrony i przystosowywania się do trudnych, zagrażających sytuacji. Mogą więc być źródłem ulgi i gratyfikacji, chroniąc zarówno przed konfrontacją z nieakceptowanymi przyczynami (popędami) oraz przed przejawami lęku i poczucia winy (korzyści pierwotne). Wynikające z choroby przywileje i korzyści społeczno-ekonomiczne podtrzymują tendencję do unikania próby rozwiązania przeżywanego konfliktu wewnętrzpsychicznego.

Aż do czasów współczesnych wpływ tej teorii na myślenie psychiatryczne był znaczący. Świadczy o tym definicja nerwic w IX wersji „Międzynarodowej klasyfikacji chorób” i zachowanie w niej terminu „histeria konwersyjna”, choć stan wiedzy wskazywał na jego nieadekwatność. Dopiero w najnowszej klasyfikacji pominięto ten termin wracając do Janetowskiego pojęcia dysocjacji.

Zagadnienie struktury aparatu psychicznego i roli zjawisk nieświadomych w genezie zaburzeń nerwicowych stanowiło przedmiot zainteresowania również fizjologów, zwłaszcza Pawłowa i jego współpracowników [12, 18, 23]. Prowadzone przez nich badania doświadczalne na zwierzętach doprowadziły do odkrycia mechanizmów nerwowych związków czasowych, poznania procesów hamowania i pobudzenia, do stworzenia pojęć siły, równowagi, ruchliwości i dynamicznej lokalizacji tych procesów, do rozwoju koncepcji analizatorów, typów układu nerwowego, układów sygnalizacyjnych. Odkryto czynniki wywołujące nerwice doświadczalne u zwierząt. Uznano je za – w pewnym stopniu – modele nerwic ludzkich, choć sam Pawłow podkreślał różnice w przyczynach i przebiegu nerwic u człowieka. Pawłow uważał, że w histerii stwierdza się przewagę stanu hamowania i występowanie stanów fazowych przy koncentracji procesu pobudzenia w izolowanych punktach kory mózgowej na skutek przewagi struktur podkorowych. Uważał, że zaburzenia historyczne występują łatwiej u jednostek o słabszym

systemie nerwowym i takich, u których występuje przewaga pierwszego układu sygnałów (u ludzi o typie artystycznym).

Prace i koncepcje Pawłowa wywarły istotny wpływ na myślenie psychologów nurtu behawiorystycznego (Wolpe, Eysenck). Wg Eysencka [9] histeria występuje u ekstrawertyków, u których istnieje przewaga procesów hamowania i wysoki neurotyzm, przejaw wrodzonej labilności układu nerwowego. Objawy historyczne są związane z aktywacją kory mózgowej i mogą być spowodowane zarówno stymulacją sensoryczną poprzez regulowaną przez twór siatkowaty, jak i emocjonalnymi impulsami podkorowymi, wzbudzającymi także układ autonomiczny.

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat obserwuje się coraz większą niejednorodność i przekształcenia obrazu klinicznego histerii zależnie od czynników i warunków społeczno-kulturowych. Na przykład w okresie II wojny światowej zaobserwowano całkowity zanik niektórych klasycznych objawów wśród żołnierzy armii zachodnich. Termin „histeria” uważa się za nieadekwatny, ponieważ nie obejmuje on jednorodnej grupy chorych, nie stanowi zespołu psychopatologicznego i brak jest kryteriów do ustalenia takiego rozpoznania. Próbowano ten termin zastąpić nazwą „zespół Briqueta” z ustaleniem kryteriów rozpoznawczych, różniących się od stosowanych w rozpoznawaniu histerii. Usunięto termin „histeria z amerykańskiej klasyfikacji DSM począwszy od DSM-III oraz z europejskiej X wersji „Międzynarodowej klasyfikacji chorób”.

KSZTAŁTOWANIE SIĘ POGLĄDÓW NA ISTNIENIE INNYCH POSTACI NERWIC

Zespół natręctw

Wyodrębnienie natręctw jako objawów psychopatologicznych wiąże się z nazwiskiem Platerra (1606), który opisał myśli błąźniercze u więźnia. Różne formy i treści natręctw opisywali później Morel, Baillarger (*nosophobia* i myśli błąźniercze). Pairet, Legrand

du Saule (*folie du doute* – obłęd wątpliwości). Autorzy francuscy w drugiej połowie XIX wieku [25] przyczyny tych zaburzeń doszukiwali się w degeneracji, dziedzicznej wadzie mózgu. Kraft-Ebing powiązał te objawy z depresją, a Griesinger opisał je w ramach zespołu *Grubel-Fragesucht*. Donath stworzył pojęcie nerwica anankastyczna.

Ostateczną definicję zespołu natręctw sformułował Westphal (1877) [28]: „...przy niezmiennym intelekcie i braku uwarunkowań emocjonalnych czy afektywnych natręctwa wysuwają się na miejsce pierwsze w świadomości wbrew woli chorego, który nie może ich usunąć. Zaburzają one normalny przebieg myślenia i uważane są przez chorego za nienormalne, obce i sprzeczne ze świadomością własną...”. Szkoła francuska wystąpiła przeciw traktowaniu przez Westphala natręctw jako potencjalnego obłędu i negowaniu emocjonalnego tła zaburzeń.

Dopiero Janet [17] w 1903 r. usiłował dać bardziej całościowe wyjaśnienie genezy i mechanizmów tych objawów tworząc pojęcie psychastenii. Przeciwstawił psychastenię histerii podkreślając znaczenie czynnika konstytucjonalnego jako predyspozycji do zaburzeń siły i napięcia energii psychicznej.

Ujęcie Janeta pozwalało na uwzględnienie roli czynników zarówno intelektualnych, jak i emocjonalnych w powstawaniu natręctw. Wpłynęło także na Kraepelina, który umieścił fobie w grupie natręctw, wyodrębniając je jednak jako podgrupę tych zaburzeń. Ponieważ – według tych autorów – afekty obaw, niepewności, niepokoju stanowią podłoże wystąpienia natręctw, zroszła jest ich obecność w depresjach, schizofrenii czy zespołach organicznych. Freud uważał nerwicę natręctw za psychonerwicę, czyli zaburzenie, w którym objawy są jakby kompromisem pomiędzy popędem agresji a obronami, są próbą uchronienia się przed wypartymi negatywnymi impulsami natury sadystycznej. Natrętne czynności (kompulsje), mające niekiedy charakter magicznych rytuałów, mogą zapewnić kontrolę nad wydarzeniami, a więc i nad lękiem. Natręctwa

występują u ludzi o cechach charakteru analnego. Stanowią one próby kontroli lęku w analnej fazie libido i są związane z trenin- giem czystości. Są więc przejawem obaw przed daniem, ujawnianiem siebie.

Pawłow, na podstawie badań nad wywoływaniem stereotypii ruchowych u zwierząt, wyjaśniał ich powstawanie bezładnością procesów nerwowych i powstawaniem punktów izolowanych, zwłaszcza w fazie paradoksalnej i ultraparadoksalnej. Wysunął hipotezę, że natręctwa u ludzi występują wtedy, gdy istnieje przewaga procesów korowych nad strukturami podkorowymi, przewaga drugiego układu sygnałów nad pierwszym. A więc ludzie typu „myślicieli”, o słabo wyrażanych emocjach mają większą skłonność do reagowania natręctwami na czynniki urazowe.

Wg Eysencka natręctwa i fobie występują przede wszystkim u introwertyków, u których łatwo powstają reakcje warunkowe.

Kretschmer, w ramach swojej koncepcji wiązania typów konstytucjonalnych z zaburzeniem psychicznym, uważał, że nerwica natręctw wiąże się z przyspieszeniem rozwoju psychoseksualnego i przewagą procesów intelektualnych nad popędowo-emocjonalnymi.

Neurastenia

Pojęcie neurastenii zostało stworzone przez Bairda w 1869 r., w okresie burzliwego rozwoju nauk przyrodniczych. W nawiązaniu do mechanistycznych i energetycznych koncepcji medycznych postulowano wyczerpywanie się energii neuronalnej jako przyczynę zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego. W zmieniających się warunkach życia okresu rewolucji przemysłowej uważano, że zmiany te działają poprzez wywoływanie zmian w stanie komórek nerwowych. Beard uważał, że neurastenia jest schorzeniem specyficznie amerykańskim, związanym z wyższym rozwojem cywilizacyjnym, jak też z przynależnością pacjentów do klas wyższych, pozbawionych naturalnych sił obronnych, a skłonnych do nadmiernej pobudliwości („diatezy”). Rozpoznanie to stało się bardzo popularne

i stawiano je bardzo często u pacjentów wiążąc je z wyczerpaniem i męczliwością. Ten aspekt zaburzeń czynnościowych podkreślało wielu psychiatrów i neurologów, szczególnie niemieckich (Strumpel, Bumke [za: 10], Bonhoeffer [4]), uważając zespół asteniczny za charakterystyczny stan zakłócenia czynności psychofizjologicznych mózgu na skutek istnienia infekcji, zatruc, organicznych uszkodzeń, przewlekłego niedożywienia, niedoboru snu, nadmiernego wysiłku, ale również długotrwałego napięcia emocjonalnego występującego u osób o określonych konstytucjonalnych predyspozycjach („neuropatów”).

Początkowo również Freud podzielał pogląd na wieloczynnikowe uwarunkowania zaburzeń czynnościowych, umieszczając neurastenię w grupie nerwic aktualnych, spowodowanych substancjami toksycznymi, powstającymi w organizmie wskutek nieprawidłowości w życiu seksualnym (np. onanizm i stosunek przerywany). W miarę rozwoju swojej koncepcji teoretycznej Freud [13] wprowadził nową klasyfikację obejmującą psychonerwice (termin użyty w innym znaczeniu przez Dubois w 1904 r.), wyodrębniając wśród nich historię konwersyjną, lękową i fobijną z natręctwami. Neurastenia nadal figurowała w piśmiennictwie rosyjskim i niemieckim i ponownie znalazła się w ostatniej wersji ICD. Nie bez znaczenia były tu obserwacje poczynione w czasie II wojny światowej. Opisano wówczas zespoły „wyczerpania bitewnego”, „choroby drutów kolczastych”. Psychiatria przemysłowa zaś wykryła występowanie zaburzeń nerwicowych pod wpływem warunków pracy.

Wprawdzie już w 1871 r. amerykański lekarz Da Costa opisał zespół „pobudliwego serca”, lecz przypomniano sobie o tym po kilkudziesięciu latach, gdy amerykańscy kardiolodzy odkryli wśród żołnierzy walczących w wojskach pancernych w ciężkich warunkach klimatycznych, zagubionych i izolowanych w pustyniach północnej Afryki, zespół objawowy nazwany *asthenia neurocirculatoria*, *effort syndrome* czy *dystonia neurovegetativa*. Dominacja objawów ze strony układu

krażenia i bogactwo objawów wegetatywnych przyczyniło się do powstania tych terminów i do nieuznawania ich przez internistów za przejawy nerwicy lękowej.

Badania eksperymentalne Cannona, Bairda, Harlowa, Liddla i wielu innych potwierdziły rolę konfliktu w genezie lęku oraz jego funkcje w adaptacji organizmu do otoczenia. Przyczyniły się też do wyjaśnienia znaczenia emocji w powstawaniu i przebiegu zaburzeń psychicznych i somatyczno-wegetatywnych. Przyczyniły się one także do uznania lęku za jeden z podstawowych elementów i składowych zaburzeń nerwicowych, zwłaszcza nerwicy lękowej [6].

Frankl [11], przedstawiciel kierunku antropologiczno-egzystencjalnego, stworzył pojęcie nerwicy noogennej, wypływającej z braku poczucia sensu życia. Na stworzenie tej koncepcji wpłynęły również doświadczenia z pobytu w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu.

Krytycy pojęcia nerwicy od początku wieku podkreślali, że opisywane zaburzenia i zespoły psychopatologiczne nie stanowią jednostek nozologicznych, że są reakcjami na nieswoiste bodźce i trudne, urazowe czy konfliktowe sytuacje. Twórca psychobiologii A. Meyer wprowadził termin *merergazje*, dotyczący zaburzeń obejmujących tylko część osobowości. Wielu niemieckich psychiatrów, na czele z Kurtem Schneiderem [26], nie używa terminu *nerwice*, zastępując go wyrazem *abnormal Erlebnisreaktionen* („nieprawidłowe reakcje przeżyciowe”). Wprowadzono także podział na ostre zaburzenia reaktywne i rozwój neurotyczny. Ten ostatni termin wiązał się z poglądami przedstawicieli szkoły kulturowej psychoanalizy, którzy podkreślali znaczenie czynników kulturowych i procesu socjalizacji w kształtowaniu osobowości („nerwica charakteru”).

Opisane tu w skrócie etapy wiedzy i poglądów na zaburzenia nerwicowe znajdowały swoje odzwierciedlenia w kolejnych wersjach klasyfikacji ICD i DSM. Ostatnie ich wersje odrzuciły pojęcie nerwicy. Nie wydaje się jednak, że używane kategorie

i opisy zaburzeń, próbujące podkreślić swój ateoretyczny charakter, wnoszą coś znacząco nowego do rozumienia istoty i przyczyn powstawania zaburzeń psychicznych oraz ich skutecznej profilaktyki i terapii, poza – być może – umożliwieniem operacjonalizacji dla prowadzenia badań transkulturowych i epidemiologicznych [21].

PIŚMIENNICTWO

1. Ackerknecht E.H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Enke, Stuttgart 1967, wyd. 2.
2. Beard G.M.: A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). William Word, New York 1880.
3. Bernheim H.: De la suggestion et de ses applications a la therapeutique. Doin, Paris 1886.
4. Bonhoeffer K.: Wie weit kommen psychogene Krankenzustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Allg. Z. Psychiatr. 1911, 68, 371.
5. Charcot J.: Lecons du mardi a la Salpetriere. Progress Medical, Paris 1892.
6. Cwynar S., Rydzyński Z. (red.): Psychonerwice. PZWL, Warszawa 1962.
7. Dörner K.: Bürger und Irre. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt n.M 1984.
8. Ellenberger H.F.: The Discovery of the Unconscious. Basic Books, New York 1970.
9. Eysenck H.: Behaviour Therapy and the Neuroses. Pergamon Press, Oxford-London 1960.
10. Fischer-Homberger E.: Die traumatische Neurose. Huber, Bern 1975.
11. Frankl V.: Theorie und Therapie der Neurosen. Ernst Reinhardt Verl., München-Basel 1956.
12. Frąckowiak T.: Nerwice. PZWL, Warszawa 1957.
13. Freud S.: Wstęp do psychoanalizy. KIW, Warszawa 1957.
14. Horney K.: Neurotyczna osobowość naszych czasów. PWN, Warszawa 1976.
15. Hunter R., Mac Alpine I.: Three Hundred Years of Psychiatry. Oxford Univ. Press, London-Oxford 1963.
16. Jakubik A.: Histeria. PZWL, Warszawa 1970.
17. Janet P.: Les obsessions et la psychastenie. Alcan Ed., Paris 1908.
18. Krasnuszkin E.K.: Newrozy (w: Izobrannyje trudy). Gosizd. med. lit., Moskwa 1960.
19. Kraepelin E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Bärz, Leipzig 1915, wyd. 8.
20. Kretschmer E.: Medizinische Psychologie. Thieme, Leipzig 1926, 3 wyd.
21. Leder S.: Uwagi o etiopatogenezie zaburzeń nerwicowych i ich terapii. Psychoterapia 1988, 4, 67.
22. Meyer A.: The Collected Papers of Adolf Meyer. J. Hopkins Univ. Press, Baltimore 1951.
23. Mjasiszczew W.: Licznost i newrozy. Izdadelstwo Leningr. Uniwier., Leningrad 1960.
24. Mora G.: The history of psychiatry, a cultural and bibliographical survey. Int. J. Psychiat. 1966, 2, 335.
25. Pichot P.: Ein Jahrhundert Psychiatrie. Ed. Roger Dacosta, Paris 1983.
26. Schneider K.: Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart 1950, wyd. 3.
27. Veith I.: Hysterie. The history of a disease. Univ. Of Chicago Press, Chicago 1965.
28. Westphal C.: Zwangsvortstellung. Arch. Psychiat. Nervenkr. 1878, 8, 734.
29. Zilboorg: A history of Medical Psychology. Norton, New York 1941.

*Adres: Prof. Stefan Leder, Klinika Nerwic IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*