



## Klasyfikacje chorób umysłowych Adolfa Rothego (1832–1903)

*Classifications of mental disorders by Adolf Rothe (1832–1903)*

RYSZARD KUJAWSKI

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, Świecie

### STRESZCZENIE

**Cel.** W artykule przedstawiono klasyfikacje zaburzeń psychicznych, opublikowane przez polskiego psychiatrę Adolfa Rothego (1832-1903).

**Poglądy.** Rothe zaproponował trzy klasyfikacje: dla celów statystycznych (publikowane latach sześćdziesiątych, siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XIX wieku), opiniowania sądowo-psychiatrycznego (1879) oraz zastosowania w praktyce klinicznej (1885).

**Wnioski.** Klasyfikacje Rothego były wzorowane na rozwiązaniach stosowanych w Niemczech przez Wilhelma Griesingera oraz Heinricha Schülego. Rothe dostosował klasyfikacje do polskiej tradycji oraz nomenklatury psychiatrycznej. Opisywały podziały chorób psychicznych zgodnie z ówczesną praktyką psychiatryczną. Opisano powstanie polskiej wersji klasyfikacji Griesingera z 1861 roku, dla której autor artykułu zaproponował nazwę „klasyfikacji warszawskiej”.

### SUMMARY

**Objective.** The article presents classifications of mental disorders published by a Polish psychiatrist, Adolf Rothe (1832-1903).

**Review.** Rothe proposed three classifications for the following purposes: statistic reports (published in the 1860s, 1870s and 1880s), forensic psychiatric expert opinions (1879), and to be used by psychiatrists in clinical practice (1885).

**Commentary.** Rothe's classifications were modeled on the solutions applied in Germany by Wilhelm Griesinger and Heinrich Schüle. Adolf Rothe adapted them to the Polish tradition and psychiatric nomenclature. His classifications described categorization of mental disorders in accordance with psychiatric practice in that period. The development of the Polish version of the Griesinger classification in 1861 is described in the paper. The present author proposed to name the adaptation „The Warsaw Classification”.

---

**Słowa kluczowe:** klasyfikacje zaburzeń psychicznych / historia polskiej psychiatrii

**Key words:** classifications of mental disorders / history of Polish psychiatry

---

Adolf Rothe (1832-1903) urodził się w Zgierzu. Wykształcenie średnie otrzymał w Łodzi i Warszawie. Studiował medycynę w Sankt-Petersburgu w Akademii Medyko-Chirurgicznej, uzyskując dyplom lekarza w 1859 roku. W 1861 roku uzyskał tytuł doktora medycyny za pracę o zwyrodnieniu skrobiowatym. Od 1862 roku był lekarzem naczelnym szpitala miejskiego w Kamieńcu Podolskim, gdzie rozpoczęło się jego zainteresowanie psychiatrią. Na oddziale chorych psychicznie szpitala wprowadził nowoczesne metody postępowania: zniósł krępowanie chorych, leczył poprzez pracę [1]. W Kamieńcu zetknął się „ze znanym pracownikiem na polu historii i antropologii Antonim Józefem Rolle (1829-1894), co nie pozostawało bez wpływu na kierunek działań

Rothego” [2]. W okresie pobytu w Kamieńcu wyszły prace: *Bielnica (Leukemia)*. *Spostrzeżenie ze szpitala kamienieckiego* (1862); *Przymiot trzeciorzędny i zwężenie krtani* (1862); *Rzadki przypadek nieprawidłowego rozwoju ciała ludzkiego* (1863); *Nielad ruchów postępowy powikłany wolem* (1864); *Statystyka przelewania krwi* (1864); *Krótki rys historii psychiatrii* (1864); *Bezwład ogólny postępowy (Dementia paralytica)* (1864); *Materyały do topografii lekarskiej i higieny guberni podolskiej* (1865). Od 1867 roku mieszkał w Warszawie, gdzie został lekarzem naczelnym w dwóch warszawskich zakładach psychiatrycznych czyli w męskim w szpitalu św. Jana Bożego (do roku 1896) i w żeńskim w Oddziale dla Obląkanych Kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus (do roku 1887). Pisał

Rothe: „Dziś zmieniły się pod względem zwierzchnictwa stosunki obu tych szpitali i ogólny zarząd lekarski pozostaje pod jedną władzą a to wskutek wydanego... rozporządzenia Komitetu Urządzącego z dnia 30 maja (11 czerwca) 1867 roku Nr 3738, abym po śmierci ś.p. Dra Frydrych objął z prawami naczelnego lekarza zarząd nad oddziałem dla obłąkanych i epileptycznych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus” [3, s.7]. Julian Bartoszewicz wspominał (1870), że „druga reforma lekarska, która spotkała szpital była skutkiem śmierci Dra Frydrycha, która nastąpiła w roku 1867 ... Kommissya ... rozporządziła, żeby naczelnym lekarzem u Śgo Jana Bożego, kierujący oddziałem obłąkanym mężczyzn objął także z kolei i dozór nad szpitalem obłąkanych kobiet u Dzieciątka Jezus... Lekarzem głównym u Śgo Jana Bożego był Dr Adolf Rothe, który umyślnie był sprowadzony z Podola na tę posadę naczelnego lekarza po Ildefonsie Krosińskim ... Że zaś Rothe byłby rozerwany między dwa szpitale, dodano mu jako pomocnika asystenta w oddziale kobiet obłąkanych lekarza Żłobikowskiego” [4]. Rothe brał później udział w organizowaniu szpitala w Tworkach (*Zmiany zaszele w pierwotnym planie centralnego zakładu dla obłąkanych pod Warszawą*, 1869). W jego dorobku znajdują się prace na temat psychiatrii klinicznej: *O leczeniu i pielęgnowaniu obłąkanych w czasach dawniejszych i teraźniejszych* (1871); *Obłąkanie padaczkowe* (1877); *Paraldehyd, nowy środek nasenny i kojący* (1884) oraz psychiatrii społecznej: *O pielęgnowaniu obłąkanych i o urządzaniu dla nich zakładów* (1869); *Gheel* (1869); *O wpływie wypadków 1870-71 roku na stan umysłowy mieszkańców Paryża* (1878); *Znaczenie statystyki zakładowej. Cele i dążności psychiatrii praktycznej* (1882). Jako pierwszy opublikował dane statystyczne na temat spożycia alkoholu na ziemiach polskich (*Alkoholizm, czyli otrucie wyskokowe jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych w kraju i zagranicą*, 1882). Wydał dwa podręczniki psychiatrii. „Szczególnie cenny jest jego podręcznik psychiatrii sądowej z r. 1879 pt. *Psychopathologia forensis czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa*” [5, s.133]. O podręczniku wspominał w 1884 roku Romuald Płaskowski (1821-1896): „wiadomości z psychiatrii sądowej, które miały się pojawić w części 3-ciej mego podręcznika, od lat już kilku uzupełnione zostały w starannie dokonanej pracy” [6]. W roku 1885 Rothe wydał podręcznik *Psychiatria, czyli nauka o chorobach umysłowych*. „Autor pozostaje pod dość wyraźnym wpływem psychiatrii niemieckiej, podręcznik jego napisany był jednak samodzielnie. Służył on przez wiele lat mło-

dzieży polskiej i lekarzom” [5, s.133]. „Poziomem swoim podręcznik nie ustępuje analogicznym niemieckim; wpływ psychiatrii niemieckiej na Rothe'go jest zresztą wyraźny, jednakże ujęcie Rothe'go jest oryginalne. Korzystały z niego pokolenia studentów i lekarzy” [5, s.205]. Albert Rosental (1857-1921) za główną zaletę podręcznika Rothe'go (1885) uznał „charakter czysto praktyczny”. Chwalił zwięzłość i krótkość opisów: „postacie chorobowe scharakteryzowane są dobitnie, aby nie spowodowały zagmatwania tak łatwego w tej zawilej nauce”. Odnośnie „naukowego stanowiska... przejawiającego się w klasyfikacji postaci chorych, jest ono bezwarunkowo postępowe” [7]. Herczyńska pisze jednak, że podręcznik „już pod koniec życia autora uważany był za przestarzały, choć opierał się na pracach znanych ówczesnie psychiatrów klinicystów, takich jak Wilhelm Griesinger czy Richard F. von Krafft-Ebing” [1]. Rothe publikował również opracowania na temat historii psychiatrii. „Do zbliżenia między narodami polskim i rosyjskim przyczyniły się niektóre prace Rothe'go z historii psychiatrii, głównie *Dzieje psychiatrii w Rosji i Polsce (Istorija psychiatrii w Rosii i Polsce)* (1893) i wydana w języku niemieckim *Die Geschichte der Psychiatrie in Russland*” (1895) [5, s.134]. Do innych prac z historii psychiatrii należą: *Rys dziejów psychiatrii w Polsce* (1892); *Geschichte der Psychiatrie in Polen* (1896). Z pod jego pióra wyszło również kilka studiów psychologicznych, pierwszych w Polsce prac z zakresu psychopatobiografii (*Torquato Tasso*, 1878; *Iwan Groźny, Król Lear*, 1879). Pisał prace związane z psychiatrią sądową (*Obłąkanie udawane*, 1869; *O rozporządzalności i o poczytalności wina*, 1871; *Opinia sądowo-lekarska w sprawie przeciwko J. K. obwinionemu o zabójstwo żony*, 1872). W latach 1868-1882 publikował coroczne sprawozdania z czynności lekarskiej w warszawskich zakładach dla obłąkanych, obejmujące okres od 1867 do 1881 roku. Wiele prac drukował po niemiecku a niektóre w języku rosyjskim. Umieszczał sprawozdania z prac polskich i rosyjskich w *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, od roku 1868 aż do śmierci [5, s.134]. Rothe był członkiem Towarzystwa Lekarzy Podolskich w Kamieńcu Podolskim, Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (członek korespondent od 1864 roku; członek czynny od 1867 roku, przewodniczący sekcji chorób umysłowych, nerwowych i psychiatrii sądowej w latach 1868-1872), Towarzystwa Naukowego Krakowskiego (1864), *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie* (1869), Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego (1869). Uczestniczył m.in. w 1887 roku w pierwszym zjeździe psychiatrów w Moskwie oraz

XI Międzynarodowym Kongresie Lekarzy w Turynie [8]. Względy polityczne, związane z antypolskim kursem w Kraju Nadwiślańskim, zdecydowały, że kandydatura Rothe'go (1888) na kierownika Katedry Psychiatrii w Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim nie uzyskała poparcia władz. Rothe nie objął nigdy stanowisk kierowniczych w klinikach psychiatrycznych, tak jak Romuald Płaskowski („pierwszy w Polsce” [9] docent w Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim, 1864), Jan Mierzejewski (1838-1908; dyrektor kliniki psychiatrycznej, 1876 i profesor, 1877 w Akademii Medyko-Chirurgicznej w Petersburgu); Alfons Erlicki (1846-1902; docent w Akademii Medyko-Chirurgicznej w Petersburgu, 1882), Stanisław Daniłło (1847-1897; docent w Akademii Medyko-Chirurgicznej w Petersburgu, 1883) oraz Jan Piltz (1870-1930, pierwszy kierownik kliniki neurologiczno-psychiatrycznej, profesor nadzwyczajny na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, 1905). „Rothe chociaż nie zajmował katedry był jednym z pierwszych dydaktyków psychiatrii” [5, s.134]. „Był u nas jednym z pionierów nowym poglądów na obłąd i obłąkanych... działalność jego dla nas ma pierwszorzędne znaczenie. A nie był to umysł tuzinkowy, nie suchy specjalista w danej gałęzi nauki, lecz badacz wszechstronny, który patrzył na swój przedmiot nie tylko z lekarskiego, lecz również z historycznego, filozoficznego i społecznego punktu widzenia” [2].

Prace Adolfa Rothe'go, dotyczące adaptacji do warunków Królestwa Polskiego podziału i nazewnictwa chorób umysłowych, padły na przygotowany wcześniej grunt. Dyskusje na temat polskiego mianownictwa i klasyfikacji toczyły się w czasie posiedzeń Oddziału chorób umysłowych, nerwowych i psychiatrii sądowej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego jeszcze zanim Rothe przybył do Warszawy (przebywał wówczas w Kamieńcu), szczególnie w latach 1864-65 czyli na początku działalności Oddziału (1864-1872).

W czasie pierwszego posiedzenia Oddziału w dniu 14 grudnia 1864 roku Romuald Płaskowski twierdził, że „terminologia w mowie będąca jest zupełnie niedokładnie obrobiona”. Niektóre wyrazy „trącą trywialnością, tak np. *coma* nazwana jest zachwytem”; inne „niejasno rzecz malują, melancholia np. nosi nazwę zadumy, tak jak gdyby chorzy... byli tylko ciągle zadumani”. Płaskowski sugerował, aby obok wyrazów nowo utworzonych, umieszczać jako synonimy nazwy dawniej wprowadzone, „wyrażenia używane dotąd przez władze lekarskie i sądowe”. Wilhelm Lubelski (1832-1891) uważał, że ustalenie klasyfikacji chorób umysłowych „jako pracę również nagłą”. Według Ludwika Natansona (1821-1896) „kwestia po-

działu chorób umysłowych nie może być dostatecznie rozwiązana, sama psychologia nie jest nauką zupełnie ścisłą”. Płaskowski radził przy podziale chorób umysłowych rozróżnić: „choroby pochodzące od zбочzeń rozumu, od zбочzeń uczucia, od zбочzeń przyrzędu nerwowo-zwojowego”. Lubelski zalecał podział chorób umysłowych podany przez Giovanni Vico w pracy *Scienza nuova* (wyjaśniając później w piśmie do Redakcji Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z dnia 16 sierpnia 1865 roku, że filozof Giovanni Vico (1668-1744) „dzielił władze duszy na rozum, czucie, wolę” a psychiatra Peter Willers Jessen (1824-1912) „ogół chorób umysłowych (*insania*) na *amentia*, *dementia* i *vesania*” [10]. Stanisław Chomętowski (1838-1881) mówił o dwojakim sposobie podziału chorób umysłowych: anatomicznym i symptomatycznym. „Poza bezwładem postępowym u obłąkanych przy innych postaciach cierpień umysłu stałe zmiany anatomiczne nie dają się dotąd z pewnością oznaczyć: przeto zmuszeni jesteśmy przybrać... przy układaniu podziału w psychiatrii całą gromadę objawów”. Chomętowski radził uwzględnić „szkołę realną”, której „najznakomitszym przedstawicielem” jest Jean-Pierre Falret (1794-1870), jako „łączącą oba... kierunki” [11].

W czasie posiedzenia w dniu 11 stycznia 1865 roku Płaskowski wypowiadał się na temat „wyrzownictwa polskiego”. Obłąkaniem (*alienation mentale*, *Irrsein*, *vesania vesocordia*, *insania*, *alienatio*) nazywał „najogólniejsze wyrażenie na oznaczenie zбочzeń umysłowych”. Francuski wyraz *folie* tym różnił się od *alienation mentale*, że nie obejmował pojęć: *cretinismus* i *idiotia*. Jednoznaczny z *folie* miał być wyraz *delire*, „który jako oznaczający majaczenie, nie powinien odnosić się jak tylko do chorób gorączkowych”. Obłąkanie miało swoje polskie odpowiedniki: waryacya oraz pomieszanie umysłu. Szaleństwem nazywano stan gwałtownego obłąkania, czyli furii. Obłąd, według Płaskowskiego, „nie może być uważany za jednoznaczny z obłąkaniem” a dotyczy przypadków, gdzie „stan pomieszania umysłu jest chwilowy, przechodny”. Obłąd gwałtowny nazywano szaleństwem [12, s.141-143].

W czasie posiedzenia w dniu 21 marca 1865 roku definiowano złudzenie i urojenie. O ile złudzenie odpowiadało obecnie rozumianemu zakresowi pojęcia, to urojenie odpowiadało temu, co obecnie uważamy za omam [12, s.122-123]. W dniu 15 maja 1865 roku Płaskowski twierdził, że podziału chorób umysłowych nie można dokonywać „opierając się wyłącznie na jednym tylko systemacie, bądź fizjologicznym, bądź anatomiczno-patologicznym, bądź

wreszcie psychologicznym”. Za podstawę do klasyfikacji powinny służyć „całkowite obrazy chorób tak, jak nam je codzienne spostrzeganie przedstawia” [12, s.284-285]. W dniu 20 czerwca 1865 roku rozgorzała dyskusja poświęcona omamom. Natanson, „streszczając prowadzone rozprawy”, mówił, że „każde pojęcie nie zgadzające się z prawdą jest złudzeniem”. Przyczyna złudzenia może leżeć albo w przedmiocie, albo w nerwach obwodowych, albo w ośrodkach. Jeśli w nerwach obwodowych, „wtedy mamy do czynienia z iluzją (złudzenie w ściślejszym znaczeniu)”. Jeśli w ośrodkach nerwowych „to jest to urojenie (hallucynacja)”. Chorobowymi nie można nazywać złudzeń, które zależą od przedmiotów zewnętrznych. „Jeśli zmysł jest chory ... złudzenie będzie po części fizyologiczne, po części chorobne” a „gdy umysł jest chory wytwarzające się chorobliwe omamy będą urojeniami (hallucinationes)” [12, s.451-452].

Adolf Rothe, jak wielu autorów przed i po nim, opublikował klasyfikacje chorób umysłowych. Rothe o klasyfikacji pisał, że „każdy podział, choćby nawet i najlepszy, zawsze jest podziałem sztucznym, z tego powodu rzadko tylko odpowiada wszystkim wymaganiom. To samo... tyczy się klasyfikacji chorób umysłowych. Wiele nad tym pracowano, ale jeszcze więcej pozostaje do zrobienia” [13, s.74]. „Od czasów najdawniejszych starano się o klasyfikację chorób umysłowych, któryby odpowiadała tak wymaganiom czysto naukowym, jak również i potrzebom praktycznym, lecz zadanie to niełatwe, i dlatego też w ciągu lat powstała nadzwyczaj znaczna ilość podziałów” [14, s.56]. Rothe opublikował trzy propozycje rozwiązań klasyfikacyjnych chorób umysłowych: dla celów opiniowania sądowo-psychiatrycznego, administracyjno-sprawozdawczych oraz klinicznych.

Podział chorób psychicznych zawarty w podręczniku „*Psychopathologia forensis czyli nauka o chorobach umysłowych: w zastosowaniu do sądownictwa a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskim i w Galicji*” (1879) stanowił próbę klasyfikacji w ujęciu nozograficznym. Podstawą różnicowania na duże grupy chorób stanowiły obrazy kliniczne. Rothe, „w celu zastosowania do prawodawstwa”, wydzielił cztery główne grupy chorób: z przygnębieniem, z pod-

nicieniem, z otępieniem oraz chorób powikłanych innymi cierpieniami nerwowymi. W pierwszej grupie znalazły się śledziennictwo i różne postaci zadumy; w drugiej – różne postaci szaleństwa oraz obłąkanie ogólne; w trzeciej – obłąkanie częściowe, pomieszanie ogólne, otępienie oraz idiotyzm; zaś w czwartej – choroby powikłane porażeniem ogólnym postępowym, padaczką i macinnictwem (tabl. 1). Podział ten wzorowany był na klasyfikacji Wilhelma Griesingera (1817-1868) z 1861 roku, który podzielił choroby na 4 grupy: (1) stany psychicznego przygnębienia (*Depressionszustande, Melancholia sensu lato*), (2) Stany psychicznego rozdrażnienia (*Exaltationszustande, Mania*), (3) Stany psychicznego osłabienia (*Psychische Schwachezustande*) oraz (4) Komplikacje z obłąkaniem [15; cyt. za: 14, s. 57]. Rothe o podziale Griesingera pisał, że „tego po dziś dzień przeważnie trzymają się w Niemczech; i u nas także został on przyjęty, nie tylko w zakładach dla obłąkanych w Królestwie Polskim, ale i do wykładu w Warszawskim Uniwersytecie”. Wyliczał zalety: „po pierwsze: jest najprostszym, po wtóre: nie ma w sobie nic wymuszonego i podaje nam pojęcie bardziej naturalne o chorobach umysłowych... Śledząc rozwój chorób umysłowych najczęściej dostrzeżemy pewnego rodzaju kolejnego następstwa w objawach, czyli że cierpienie umysłowe prawie zawsze poczyna się od rozstroju w sferze uczuciowości, poczym powoli dopiero wyradza się ogólny upadek życia umysłowego” [13, s. 75]. Rothe, wcielając do polskojęzycznej psychiatrii podział Griesingera pisał, że „choć oparty na psychologii... był jednym z najszcześniejszych pomysłów. Tu po raz pierwszy napotykały pewien porządek i systematyczność, które zadość czyniły wymaganiom tak teoretyków, jak i praktyków... [klasyfikacja] nadzwyczaj się upowszechniła i że prawie ogólnie została przyjęta przy sprawozdaniach zakładowych, przy poszukiwaniach statystycznych, jak również... psychopatologii sądowej”. Później jednak „okazało się, że i ta klasyfikacja nie odpowiada nie tylko potrzebom naukowym, ale i praktycznym” [14, s. 56-57]. Alfons Erlicki (1846-1902) pisał (1897) o klasyfikacji Griesingera, że o jej wartości decydowała „dokładna charakterystyka poszczególnych form chorobowych ... oparta na objawach, którymi formy te odróżniają się” [16].

Tabela 1. Cechy odróżniające „nerwice umysłowe” od „obłąkania na podstawie zwyrodnienia” (R. Krafft-Ebing, 1879, cyt. za A. Rothe, 1885).  
 Table 1. Features differentiating „mental neuroses” from „paranoia related to degeneration” (R. Krafft-Ebing, 1879, cited after A. Rothe, 1885).

Klasyfikacja dla celów statystycznych A. Rothe (1868-1882)	Klasyfikacja nozograficzna – dla celów orzecznich A. Rothe (1879)
1. Histeriasis	I. Choroby umysłowe z przgnębieniem (depressio)
2. Delirium maniacale et melancholia	A. Śledziennictwo (hypochondriasis)
3. Melancholia	B. Zaduma w ścisłym znaczeniu (melancholia v. lypemania)
4. Mania v. M. generalis	1. Obłąd melancholiczny krótkotrwały czyli rozstrój zadumczywy ostry (delirium v. raptus melancholicus)
5. Mania partialis v. Monomania	2. Zaduma religijna (melancholia religiosa)
6. Paranoia (Wahnsinn Verrucktheit)	3. Daemonomelancholia
7. Dementia	4. Zaduma przeobraźna (melancholia metamorphoseos)
8. Dementia c. parali	5. Tęsknica czyli zaduma powstała z tęsknoty za Ojczyzną (melancholia nostalgica)
9. Dementia c. paral. progress. Idiotismus	6. Zaduma bierna czyli z otępieniem (melancholia passiva v. attonica v. cum stupore)
10. Epilepsia c. Paranoia.	7. Zaduma czynna lub z popędami do gwałtowności (melancholia activa v. agitans)
11. Epilepsia simplex	
12. Observatio	II. Choroby umysłowe z podnieceniem (exaltatio)
13. Choroby zapalne i inne ośrodków nerwowych.	A. Szaleństwo gwałtowne, czyli po prostu szaleństwo (mania furibunda, Tobsucht)
14. Morsura.	1. Szaleństwo niezupełnie rozwinięte czyli podniecenie szalone (exaltatio maniacalis)
	2. Szaleństwo przelotne (Mania acutissima v. transitoria)
	3. Obłąd przemienny
	4. Szaleństwo okresowe czyli przepuszczające (Mania periodica)
1. formy pierwotne (idiopathica), do których zaliczał stany z podnieceniem (exaltatio) i przygnębieniem (depressio) czynności umysłowych (1, 2, 3, 4);	B. Obłąkanie ogólne (mania generalis, Wahnsinn)
2. formy wtórne (deuteropathica) czyli okresu przechodniego (Schwachezustande) tak zwane złożone (5, 6);	III. Choroby umysłowe z osłabieniem czyli otępieniem (dementia)
3. formy trzeciorzędne (tertiaria) czyli krańcowe z zupełnym otępieniem czynności umysłowych (Lahmungszustande) (7, 8, 9)	A. Obłąkanie częściowe (mania partialis v. monomania; Partielle Verrucktheit)
4. formy mieszane z drgawkami i bezwładem (11, 12, 13);	1. Obłąd prześladowczy (maniae, avec des idees, de persecution. Verfolgungswahn)
5. cierpienia umysłowe wrodzone (10).	2. Obłąd pieniacki (Quaerulantenwahn)
6. W 1872 roku Rothe do zestawienia dołączył 16 pozycję – Hydrophobia	B. Spaczenie umysłu czyli pomieszanie ogólne (paranoia, Allgemeine Verrucktheit)
	C. Otępienie czyli niedołęstwo umysłowe (dementia, Blodsinn)
	D. Idiotyzm czyli niedołęstwo wrodzone i karłactwo czyli matolectwo (idiotismus et cretinismus)
	IV. Choroby umysłowe powikłane innymi cierpieniami nerwowymi
	1. Z porażeniem czyli bezwładem ogólnym postępowym (dementia cum paralysi progressiva)
	2. Z padaczką (epilepsia socia vesaniae)
	3. Z macinnictwem (hysteriasis)

Klasyfikacja Griesingera z 1861 roku wymagała uzupełnień, które z jednej strony wskazywałyby na stronę etiologiczną chorób a z drugiej – na ich przebieg. „Rothe umiał skupić wokół swej osoby wybitnych współpracowników. Jednym z nich był Romuald Płaskowski” [5, s.134]. Rothe i Płaskowski, wspólnie opracowali poprawki. Po pierwsze, wydzielili trzy „formy samoistne”: *Delirium maniacale et melancholicum*, obłąkanie macieniczne oraz obłąkanie z bezwładem. Po drugie – jako formy pierwotne przyjęli stany przygnębienia i rozdrażnienia. Po trzecie, klasę trzecią Griesingera (stany psychicznego osłabienia), rozdzielili na dwie klasy: klasę obejmującą formy wtórne „do których należą tak zwane formy przejściowe”: *Mania partialis* i *Paranoia* z rozmaitymi podziałami oraz na klasę obejmującą obłąkanie z drgawkami

lub paralizem. Odnośnie trzeciego pomysłu pisał Rothe (1879), że „w tym ostatnim połączeniu dziś widzę wielki błąd: ... bezwład ogólny postępowy i obłąkanie padaczkowe samoistne stanowią klasy”. W jego ocenie „szczęśliwszy był pogląd pod względem rozdziału trzeciej klasy Griesingera na formy drugorzędne i krańcowe czyli trzeciorzędne, „do której to klasy zaliczone są wszystkie formy otępienia umysłowego, poczynając od *Dementia incipiens* do zupełnego zniepełnienia – *Dementia completa vel Amentia*”. Klasę czwartą stanowiły choroby „z przyrodzonymi wadami, nieprawidłowo rozwiniętego organizmu, przeważnie ośrodków nerwowych”. Zmodyfikowany przez Płaskowskiego i Rothe'go podział klasyfikacji Griesingera z 1861 roku, w ocenie Rothe'go „został zużytkowany tylko u nas w Warszawie”. Stał się on

podstawą sprawozdań Rothe'go z warszawskich zakładów dla obłąkanych. Klasyfikację tę stosowano jednak również w Szpitalu św. Jana Bożego w Lublinie [17]. Rothe nie uważał tego podziału za zadowalający, „choć tu prócz podstawy psychologicznej, została już wprowadzona osnowa patologiczna w małej części” [14, s.58-59]. W latach 1868-1882 w „*Gazecie Lekarskiej*” ukazało się dwanaście sprawozdań Rothe'go z działalności warszawskich zakładów psychiatrycznych (oddział męski w szpitalu św. Jana Bożego oraz żeński w szpitalu Dzieciątka Jezus). Objęcie przez Rothe'go kierownictwa nad oboma oddziałami, miało również znaczenie dla statystyki i klasyfikacji. „Oddziały dla mężczyzn i kobiet przeszły pod jedną dyrekcję lekarską, a tem samym sposób postępowania pod względem przyjęcia, leczenia, wypisywania i dozoru chorych, jak również klasyfikacja chorób w obydwóch zakładach niczem się nie różni” [3, s.7]. Sprawozdania Rothe'go były częstokroć bardzo obszerne, zajmowały wiele numerów danego rocznika „*Gazety Lekarskiej*” (sprawozdanie za rok 1867 w roczniku 1868 publikowano aż w jedenastu częściach, za rok 1868 w roczniku 1869 – w dziewięciu). Jednak wydawano również krótkie sprawozdania, które w jednym odcinku w jednym roku omawiały zagadnienia z kilku lat (np. sprawozdanie opublikowane w 1882 roku, obejmujące lata 1877-1880). Rothe w większości sprawozdań, oprócz danych dotyczących statystyki i klasyfikacji, przekazywał informacje o organizacji lecznictwa oraz wiedzę kliniczną: „Przebiegniemy najprzód liczebnie ogólny ruch chorych w naszych zakładach na kuracyi w ciągu roku pozostających, a następnie przejdziemy do pojedynczych spostrzeżeń i uwag lekarskich, ze względu osobliwości naukowych, w dziedzinie psychiatrii” [3, s. 12]. Początkowo Rothe wyróżniał piętnaście „pojedynczych form chorób”: (1) *Histeriasis*, (2) *Delirium maniacale et melancholia*, (3) *Melancholia*, (4) *Mania v. Mania generalis*, (5) *Mania partialis v. Monomania*, (6) *Paranoia (Wahnsin, Verrucktheit)*, (7) *Dementia*, (8) *Dementia c. paralysii*, (9) *Dementia c. paralysi progressive*, (10) *Idiotismus*, (11) *Epilepsia c. Paranoia vesania*, (12) *Epilepsia Simplex*, (13) *Observatio*, (14) Choroby zapalne i inne ośrodków nerwowych, (15) *Morsura*. W sprawozdaniu za rok 1869 rok pojawiła w pozycji 11 (w zamian za poprzednią formę) *Epilepsia socia Maniae*, a w sprawozdaniu za rok 1882 – *Epilepsia c. alienatio*. Rothe, objaśniając przyjętą klasyfikację, wskazywał, że poszczególne formy można było zaklasyfikować do kilku grup: (1) formy pierwotne, do których zaliczał stany z podnieceniem i przygnębieniem czynności umy-

słowych, (2) formy wtórne, czyli okresu przechodniego, tak zwane złożone, (3) formy trzeciorzędne czyli krańcowe z zupełnym ośpieniem czynności umysłowych oraz formy mieszane z drgawkami i bezwładem, jak również cierpienia umysłowe wrodzone. Formy chorobowe nieco się zmieniały w zestawieniach za kolejne lata. W zestawieniu za 1867 roku nie uwzględnił *Hypochondriasis* „ponieważ w ciągu upłynionego roku nie napotykalimy tego rodzaju cierpienia”. Rothe do form pierwotnych pomyślnie rokujących zaliczył tylko pierwsze cztery formy ze swojej tabeli. Gorzej rokowały kolejne dwie formy. Natomiast najgorzej rokowały „lub prawie nie” kolejne „z wyjątkiem epilepsji prostej” [3, s.33-37]. W sprawozdaniu za rok 1868 ubyła z klasyfikacji pozycja 14. Choroby zapalne i inne ośrodków nerwowych, gdyż nie zdiagnozowano takich przypadków [18]. W sprawozdaniu za rok 1869 pojawiła się, ponownie jak w sprawozdaniu za 1867 rok, pozycja 14, która przyjęła nazwę *Tuberculos. Meningitis* [19]. W sprawozdaniu za 1871 rok Rothe dołączył w pozycji 16 kolejną jednostkę chorobową: *Hydrophobia*. W 1871 roku ogółem wyzdrowiało 17% pacjentów. „Rezultat nadzwyczaj zadowalający jeżeli wspomniemy tylko, że formy pierwszorzędne, tj. pierwsze 4 formy ... pozwalają przypuszczać wyzdrowienie”. Z tej liczby wyzdrowiało 43%, „stosunek ten sam, co w latach poprzednich”. Odnośnie rokowania w formach wtórnych – jednego wyleczenia w *Mania partialis* oraz dwóch w *Paranoia Verucktheit* – „wypadki takie należą do rzadkich, to jednak przy większej liczbie chorych zdarzają się rok rocznie”. Wyzdrowienie zaś z *Dementia* „zaliczyć należy do błędów diagnostycznych; chory ten właściwie należał do formy zadumy biernej” [20]. W sprawozdaniu za rok 1873 w pozycji 8. Rothe dodał (w nawiasie): „Chorea”, a w pozycji 14 powracają choroby zapalne i inne ośrodków nerwowych. Rothe raportował, że „nasz zakład już teraz przyjął przeważnie charakter zakładu nie leczniczego, ale dla pielęgnowania chorych ... tylko formy będące pod Nr 1- 5 i Nr 13 mogą być uważane jako choroby podlegające skutecznemu leczeniu ... prawie 2/3 ... chorych najmniejszej nie przedstawiało nadziei... wszyscy należeli do nieuleczonych” [21]. W sprawozdaniu za 1875 rok forma *Chorea* zniknęła z pozycji Nr 8 [22]. Sprawozdanie XII za rok 1881 miało specjalne znaczenie. Po pierwsze, było ostatnim, które Rothe napisał do „*Gazety Lekarskiej*” a po drugie, jako jedyne ze wszystkich otrzymało podtytuł: „Znaczenie statystyki zakładowej. Cele i dążności psychiatrii praktycznej”. Lista form chorobowych zmieniła się odnośnie jednej pozycji – Nr 11. *Epilepsia*

*cum alienatio*. W sprawozdaniu za rok 1881 Rothe nieco zmienił swoje poglądy na wyleczenie. Wskazywał, podobnie jak poprzednio, że za uleczalne formy można uważać Nr 1-4 i Nr 13. Dodał jednak grupę form warunkowo uleczalnych, „to jest kiedy niekiedy”, do których zaliczył Nr 5- 6 i Nr 12. Pozostałe „bezwarunkowo należą do nieuleczalnych”, choć „jeżeli zaś i między nimi zdarzają się wyzdrowienia, to takie przypadki raczej uważać należy jako zatrzymanie się choroby, czyli tak zwany przestanek (*intervallum lucidum*), aniżeli zupełne wyzdrowienie”. Odnośnie nowej kategorii diagnostycznej „pomieszania pierwotnego” (*primare Verrücktheit*), Rothe widział możliwość sklasyfikowania jej w trzech miejscach: jako Nr 5 (*Mania partialis*) lub Nr 6 (*Paranoia*) jak również Nr 7 (*Dementia idiopatica*). Rothe konkludował, że „co do uleczalności mamy zatem trzy główne grupy: choroby pierwotnie uleczalne 2, 3, 4 i 13; drugorzędne, warunkowo czasami uleczalne 5, 6, 12 i krańcowo nieuleczalne 7, 8, 9, 10, 11”. Podał procent wyzdrowień w 1881 roku: *Observatio* – 52%, *Delirium melancholicum et maniacale* – 45%, *Mania generalis* – 42%; *Melancholia* 34%, *Mania partialis* – 20%; *Paranoia* – 11%; *Epilepsia simplex* – 5%, *Dementia* – 3%. Ogólny procent wyzdrowień – 16i, „jest tak świetny, że nawet i w zagranicznych wzorcowo urządzonych zakładach nie bywa większy” [23].

W pracy [14, s.75] Rothe formy chorobowe uszeregował w 7 grupach: (1) formy pierwotne (obłąkanie macienniczne, obłąd melancholiczny i maniackalny, zaduma „z jej podziałami”, szaleństwo gwałtowne i ogólne), (2) formy wtórne (*Mania partialis*, *chronica*, *Paranoia*), (3) formy krańcowe (*Dementia*, *Dementia cum paralyssi*) i *idiotyzm*, (4) bezwład ogólny postępowy, (5) obłąkanie padaczkowe „jako dodatek, który właściwie nie należy do naszych zakładów, lecz z powodu ustawy szpitalnej u nas obowiązuje”, (6) padaczka, (7) pokąsanie przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę oraz „osoby przysłane dla obserwacji”. Rothe zauważył, że zalecany przez Niemieckie Towarzystwo Psychiatrów podział chorób dla sprawozdań statystycznych, opracowany w latach 1872-1873 na zebraniach w Lipsku i Wiesbaden, zawierający 7 grup: (1) stany depresyjne, (2) stany ekscytacyjne, (3) stany następcze, czyli drugorzędne obłąkanie, (4) obłąkanie paralityczne, (5) obłąkanie padaczkowe, (6) otępienie umysłowe, (7) *Delirium potatorum* – „poniekąd zupełnie się zgadza z podziałem u nas przyjętym” a znajdujące się w nim formy chorobowe „już od roku 1867 użyłem w swoich sprawozdaniach rocznych” [14, s.60].

Podział, choć „zadość czyniący wymaganiom praktycznym”, był „niedostateczny w celach czyisto naukowych”. Obserwacje kliniczne wymusiły zmiany w klasyfikacji. Dotyczyły one paranoi (*Wahnsinn*), umieszczanej w grupie form wtórnych oraz demencji (*Verrücktheit*), zaliczanej do form krańcowych. Ludwig Daniel Christian Snell (1817–1892) twierdził (1865), że *Paranoia*, *Monomania* („obłąkanie charakteryzujące się pewnymi błędnymi ideami, w połączeniu ze złudzeniami zmysłowymi, odróżniające się od zadumy podniesionym samopoczuciem, od szaleństwa brakiem lotności myśli i tym, że nie tak całkowicie zajmuje sferę umysłową”) może powstać nie tylko tak jak dotychczas uważano jako forma wtórna, lecz również powstaje samoistnie, pierwotnie, należąc, podobnie jak mania czy melancholia, do form pierwszorzędnych. Obie formy *Wahnsinn* różnią się od siebie pod względem rokowania. „Pogląd ten zupełnie nowy, tak rażąco odróżniający się od dotychczas przyjętych ogólnych zasad, wielką wywołał burzę. ... Zwrócono pod względem klinicznym większą uwagę na tę... zaniechaną formę w naszej klasyfikacji”. Podobne spostrzeżenia poczynił Wilhelm Sander (1838-1922) odnośnie *Verrücktheit*, *Dementia*, opisując formę pierwotną tej postaci. „Formą tą dotknięci bywają mężczyźni, obdarzeni usposobieniem dziedzicznym od najmłodszych lat ... nie są w stanie oprzeć się czynnie owym prześladowaniom ... Objaw umysłowego osłabienia, pomieszania, zwichnięcia rozwija się bardzo powoli, często choroba mało rozwinięta trwa przez całe lata, czasami będąc przerywaną remisjami”. Rothe konstatował, że te dwie formy „pierwiastkowego obłąkania, na które w ostatnich dopiero czasach pilniej zwróconą uwagę ... ze stanowiska klinicznego dowodzą, że nasz podział nie jest dostateczny” [14, s.60-64].

W podręczniku „*Psychiatria, czyli nauka o chorobach umysłowych*” (1885) wprowadził Rothe podział chorób umysłowych na dwie grupy: (a) obłąkania powstałego przy normalnej budowie i normalnie rozwiniętym mózgowiu czyli tak zwanych nerwic umysłowych (*Psychoneurose*) i (b) obłąkania powstałego przy nieprawidłowo rozwiniętym mózgowiu czyli tak zwanego upośledzenia umysłowego, czyli zwyrodnienia (*Degeneratio psychica*). Rothe oparł się na klasyfikacji Heinricha Schülego (1840-1916) z 1878 roku i cechach, które opisał Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) (tabl. 2) dla odróżnienia „nerwicy umysłowej” od „obłąkania na podstawie zwyrodnienia”.

Tabela 2. Zestawienie klasyfikacji zaburzeń psychicznych Adolfa Rothego dla celów statystycznych i orzecznicych.  
 Table 2. Classifications of mental disorders by Adolf Rothe for statistical purposes and for psychiatric expert opinions.

	„Nerwice umysłowe”	„Zwyrodnienie umysłowe”
Przyczyna	Choroba powstaje przypadkowo u osób, które funkcjonowały prawidłowo.	Choroba powstaje wskutek wrodzonego usposobienia.
Czynnik wyzwalający	Choroba powstaje wskutek chwilowego usposobienia (ciężka choroba somatyczna, „inne silne przyczyny podniecające”).	Choroba powstaje wskutek mało znaczących przyczyn w czasie fizjologicznego rozwoju (w czasie dojrzewania, miesiączki, po łożu lub w okresie inwolucji).
Przebieg	Choroba powstaje i przechodzi stopniowo, powoli.	Choroba powstaje i przechodzi nagle, niespodzianie.
Rokowanie	Choroba zwykle przebiega pomyślnie i powrót jej należy do rzadkości.	Choroba rzadko miewa przebieg pomyślny (w sensie zupełnego wyzdrowienia). Zwykle tylko powrót czasowy do „stanu poprzedniego zdrowia warunkowego”. Znaczna skłonność do nawrotów z coraz gorszym przebiegiem.
Dziedziczność	Rzadko przenoszą się na potomstwo, a jeżeli się przenoszą to w formach łagodnych, pod postacią nerwic umysłowych.	Znaczna skłonność do dziedziczenia. Choroba u potomków występuje w coraz groźniejszej postaci (tzw. postępowe dziedziczne zwyrodnienie).
Obraz	Zwykle typowy, określony co do czasu trwania, z dążnością do zupełnego wyzdrowienia. W przeciwnym wypadku choroba przechodzi w formy wtórne lub krańcowe.	Zwykle nieokreślony, zmienny. Przejście z jednej w drugą formę bez uzasadnienia. Objawy przemijające, niejednolite, „jakby poplątane z różnych form obłąkania”. Trudności z klasyfikacją. Przebieg przewlekły, często choroba pozostaje długo w tym samym położeniu i nie przechodzi (lub bardzo późno) w otępienie.
Okresowość nawrotów	Brak.	Duża skłonność do okresowości; obłąkanie periodyczne, czyli okresowe jest objawem zwyrodnienia umysłowego.
„wyobrażenia błędne” (urojenia)	Powstają późno na drodze psychologicznej interpretacji zaburzeń nastroju, „odpowiadają ogólnemu nastrojowi”.	Powstają na drodze patofizjologicznej jako „samodzielnny utwór chorego mózgowia”. Powstają mimowolnie, bez uzasadnienia. Chory ich nie rozumie. Czasami wyobrażenia błędne nie występują lub pojawiają się tylko „w chwili przypadkowego bredzenia w uniesieniu”. Zamiast wyobrażeń błędnych pojawiają się w takich przypadkach „wyobrażenia przymusowe” lub „otępienie umysłowe”.
Treść idei błędnych	Chorobliwa. Powstaje „logicznie z błędnych przypuszczeń” i zgadzają się ze sposobem myślenia, uczucia i życia fizjologicznego.	Dziwaczna, bajeczna, potworna. Chory sam ich nie może uzasadnić i udowodnić.
Granica między zdrowiem a chorobą	Wyraźna.	Niewyraźna, dziwaczna.
Działania chorego	W większości „skutkiem powodów świadomych”.	Charakter popędowy.

Schüle podzielił choroby na dwie klasy: stany umysłowego niedostatku czyli braku i zwyrodnienia oraz obłąkanie przy normalnym rozwoju mózgu. „Schüle rozróżnia dwie wielkie klasy będące w pewnym związku ze sobą: klasę psychiczno antropologiczną i psychofizjologiczną”, starając się „dla każdej grupy objawów wyszukać ogólną podstawę somatyczną”. Schüle „wraz z rozpoznaniem symptomatycznym, podaje rozpoznanie kliniczne, mózgowie, anatomopatologiczne”. W pierwszej klasie Schüle umieścił obłąkanie wrodzone „jako brak organizacji lub zwyrodnienie formy dziedzicznej nerwicy”. Druga klasa zawierała obłąkanie nabyte: przy pierwotnie normalnej budowie mózgowia (wywołane zmianami naczynioruchowymi) lub głębszej zmianie

organicznej (psychoneurozy, cerebropsychozy oraz cerebropatie). Podział Schülego „dowodzi, że psychiatria nie leży odłogiem i że robią się starania, aby nie czynić zarzutu ... że w nauce tej wszystko jeszcze pokryte jest gęstym pomrokiem” [14, s.72-75]. Rothe dla klasyfikacji zaburzeń psychicznych widział „trzy punkty wyjścia”: anatomiczny, „odpowiednio do zmian zaszłych w pewnym narządzie”, etiologiczny, „ze względu na przyczynę, która wywołała chorobę”, kliniczny, „jeżeli jako podstawę do podziału weźmiemy zmienioną czynność danego narządu”. Podstawa anatomiczna „nie jest jeszcze ustalona; znamy wiele zmian anatomicznych w mózgowiu, wywołujących obłąkanie, lecz nie możemy zaznaczyć ścisłych granic anatomicznych, właści-



wych każdej formie obłąkania”. Odnosnie podstawy etiologicznej: „choroba umysłowa wyjątkowo rzadko powstaje skutkiem działania wyłącznie jednej tylko przyczyny ... zwykle trzeba współdziałania ich wielu ... trudno odróżnić, której z nich przypisać pierwszeństwo”. Czynniki etiologiczne „musi być uwzględnione przy odróżnieniu pewnych grup obłąkania”, gdyż „pozwała na wnioskowanie wsteczne o szczególnym usposobieniu, jako powódzie do wywołania i powstawaniu choroby, jej objawów szczegółowych, wyróżniających ją od innej podobnej choroby i przebiegu”. Wydzielone na podstawie kryterium etiologicznego dwie grupy chorób „nie stanowią w ścisłym znaczeniu odrębności, lecz ... jedne kojarzą i zespalają się z drugimi, a ścisłej granicy wytyczyć nie można”. Powodem tego jest to, że „nie tylko moment etiologiczny stanowi cechę wyróżniającą te dwie grupy, ale i inne właściwości ... przebiegu oraz charakterystyczne objawy” czyli podstawa kliniczna

[24]. W pierwszej grupie umieścił Rothe choroby powstałe przy normalnie rozwiniętym mózgu, (psycho-neurozy) czyli stany pierwotnie uleczalne, do których zaliczał: I. Formy pierwotne: różne postaci zadumy, czyli melancholii, różne postaci szaleństwa, czyli manii, otępienie umysłowe pierwotne, uleczalne. II. Formy wtórne: obłąkanie częściowe, monomania, obłąkanie ogólne przewlekłe. III. Formy krańcowe: otępienie umysłowe czyli zniedołężnienie umysłowe krańcowe, otępienie czyli zniedołężnienie skutkiem starości, bezwład ogólny postępowy.

W drugiej grupie chorób, powstałych wskutek upośledzonego rozwoju mózgowia, Rothe klasyfikował: różne postaci obłąkania ogólnego pierwotnego, obłąkanie ogólne uczuciowe, obłąkanie ze zбочeniem woli, czyli obłąkanie moralne, obłąkanie padaczkowe, obłąkanie histeryczne, obłąkanie hipochondryczne, obłąkanie periodyczne, 8. obłąkanie naprzemienne, idiotyzm, kretynizm (tabl. 3).

Tabela 3. Zestawienie klasyfikacji Romualda Płaskowskiego (1884) i Adolfa Rothego (1885).

Table 3. A comparison of classifications by Romuald Plaskowski (1884) and by Adolf Rothe (1885).

Klasyfikacja Płaskowskiego (1884) (symptomatyczno-psychologiczna)	Klasyfikacja A. Rothego (1885) (nozologiczno-anatomiczna)
I. Formy pierwotne obłąkania czyli okresu wstępnego	A. Choroby powstałe przy normalnie rozwiniętym mózgu (nerwice umysłowe, psychoneurozy, stany pierwotnie uleczalne):
A. Obłąd krótkotrwały (Delirium melancholicum v. maniacale, Delirium acutum, furiendum, Delire aigu)	I. Formy pierwotne
B. Obłąkanie szybko przebiegające (Vesania furiunda, transitoria)	1. Zaduma czyli melancholija
(a) Szał melancholiczny (Raptus melancholicus)	(a) zaduma bierna (Melancholia passiva)
(b) Szaleństwo przelotne (Mania transitoria)	(b) zaduma czynna (Melancholia activa)
(c) Obłąkanie wpośsenne (Hypnophrenia ambulatoria)	(c) zaduma z osłupieniem (Melancholia cum stupore)
C. Formy przeciągłe chroniczne	(d) zaduma otępieniem
(a) Zбочenie w sferze uczucia (Melancholia, Dysthymia)	(e) wybuch gwałtowny zadumy szybko przemijającej
1. z podrażnieniem i gwałtownością (Mel. activa, Mel. furens, Mel. agitans, Mel. hilaris)	2. Szaleństwo czyli mania
2. z przytłumieniem czynności i oznakami pogńębienia (Mel. Passiva, Mel. Silens, Lypemania)	(a) zwykle szaleństwo (Mania)
3. z otępieniem w sferze woli i ruchu i bezwładem myśli i ruchu, tzw. Melancholia osłupna (Mel. attonita v. cum stopore, Anergia, Mel. cataleptica; Regungslosigkeit)	(b) szaleństwo gwałtowne, przelotne, szybko postępujące (Mania transitoria, Furor transitorius, Mania acutissima)
(b) Zбочenia we władzy poznawania i sądzenia, (Mania, Dysphrenia)	(c) szaleństwo gwałtowne, przelotne, szybko postępujące (Mania transitoria, Furor transitorius, Mania acutissima)
1. Szaleństwo gwałtowne, przeciągłe (Mania acuta, furiunda)	3. Otępienie umysłowe pierwotne (Dementia idiopatica, Dementia acuta)
2. Mania ogólna stała, przewlekła, spokojna, pyszałkowata (Mania generalis, continua, elata, superbiens)	II. Formy wtórne
3. Mania przepuszczająca lub powtarzająca się, okresowa, periodyczna (Mania intermittens, periodica)	1. Obłąkanie częściowe, monomania, obłąkanie jednoprzedmio- towe.
4. Mania przemienna, cykliczna, kołowa (Mania circularis, Manie a double forme)	2. Obłąkanie ogólne przewlekłe
5. Mania częściowa, jednobęd (Mania partialis v. Monomania, Mania singularis (Monomanie intellectuelle, raisonnante)	(a) z ideami prześladowania
6. Mania popędowa, instynktowa (Mania sine delirio (cognito), Mania cum delirio occulto; Mania impulsive, instinctiva, Moral insanity, Moral infirmity)	(b) z ideami wielkości
II. Formy następne czyli wtórne w kresie przychodowym tak zwane złożone (Vesaniae complicatae)	III. Formy krańcowe
	1. Otępienie umysłowe czyli zniedołężnienie umysłowe krańcowe
	(a) otępienie z pobudzeniem czyli czynne
	(b) otępienie apatyczne czyli bierne
	2. Otępienie czyli zniedołężnienie skutkiem starości (Dementia senilis)
	3. Bezwład ogólny postępowy, otępienie umysłowe z bezwładem, paraliż postępowy (Dementia paralytica, Paralysis progressiva)
	B. Choroby powstałe wskutek upośledzonego rozwoju mózgowia, (Degeneresentia psychica, Psychische Entartung)

Klasyfikacja Płaskowskiego (1884) (symptomatyczno-psychologiczna)	Klasyfikacja A. Rotheego (1885) (nozologiczno-anatomiczna)
A. Mieszane czyli z powikłaniami (Vesaniae mixtae)	1. Obłąkanie ogólne pierwotne (primare Verrucktheit)
(a) Melancholia z obłędem stałym lub częściowym (Melancholia cum idea fixa, vel maniacalis)	(a) z wyobrażeniami błędnymi prześladowczymi (idees de persecution, Verfolgungswahn)
(b) Melancholia hipochondryczna albo histeryczna (Melancholia hypochondriaca, vel hysterica)	(b) piniactwo obłędne (Quaerulantenwahn)
(c) Obłąkanie z przywidzeniami (Vesaniae cum hallucinationibus)	(c) obłąkanie religijne
(d) Pomieszanie umysłu następcze po melancholii lub manii (Paranoia post melancholiam v. maniam, Paranoia secundaria)	(d) obłąkanie erotyczne płciowe
B. W połączeniu z drgawkami lub paralizem	(e) obłąkanie pierwotne z wyobrażeniami przymusowymi (a) f. obawa przestrzeni (agoraphobia)
(a) Obłąkanie z porażeniem postępowym (Vesania cum paralyysi progressive)	2. Obłąkanie ogólne uczuciowe (Constitutionelles affectives, Irresein, Folie raisonnante)
(b) Obłąkanie z bezwładem (Vesania paralytica)	(a) Ogólne obłąkanie uczuciowe maniakalne
(c) Obłąkanie z drgawkami (Vesania c. spasmo tonico, clonico et vertigine). Obłąkanie: z Padaczką, z Choreą, z Hysteryą (Vesania socia Epilepsia, Chorea, Hysterya)	(b) Ogólne obłąkanie uczuciowe melancholiczne
(d) Obłąkanie z wodowstrętem lub wściekłością (Vesania hydrophobica vel rabiosa)	(c) Obłąkanie ze zboczeniem rozumowania (Folie raisonnante)
III. Formy końcowe, ostateczne, krańcowe czyli okresu zejścia	3. Obłąkanie ze zboczeniem woli czyli obłąkanie obyczajowe, obłąkanie moralne (Moral insanity)
A. Ołupienie umysłu (Stupiditas, Hebetudo, Stupor, Hebephrenia)	4. Obłąkanie padaczkowe
B. Niedołęstwo, oglupienie przedwczesne, ołupienie ze starości, zgłupienie starcze (Imbecilitas, Paraphrenia, Dementia promaria, praecox, incipiens, Senium praecox; Dementia senilis)	5. Obłąkanie histeryczne czyli macieniczne
C. Zupełne zniedołężnienie, Bezwład uczuciowo-umysłowy (Dementia complete, vel. Amentia, Anomia)	6. Obłąkanie hipochondryczne, śledziennictwo,
IV. Formy stałe czyli przyrodzone wady nieprawidłowo rozwiniętego organizmu (Neophrenia innata)	7. Obłąkanie peryjodyczne (Alienatio periodica)
A. Idiocyzm, albo głupota od urodzenia lub w dzieciństwie nabyta (Idiotismus congenitus, acquisitus)	(a) zaduma, melancholija peryjodyczna
B. Matolectwo albo karłactwo (Cretinismus)	(b) szaleństwo peryjodyczne
	(c) bredzenie peryjodyczne (Delirium periodicum)
	8. Obłąkanie naprzemienne (Folie circulaire, folie a double forme)
	9. Idiocyzm
	10. Kretynizm

W latach osiemdziesiątych XIX wieku z ośrodka warszawskiego wyszły dwie klasyfikacje chorób umysłowych: Romualda Płaskowskiego (1884) i Adolfa Rotheego (1885). W recenzji podręcznika psychiatrii Rotheego pisał Albert Rosental (1885), że „rozdział chorób umysłowych na 2 duże grupy: nerwice i zwyrodnienia umysłowe przypomina klasyfikację po części Schülego, głównie zaś Krafft-Ebinga” a klasyfikacja może być nazwana „anatomiczną”. Klasyfikacja Płaskowskiego „może być nazwana psychologiczną ... Obłąkanie krótkotrwałe prof. Płaskowskiego jako samodzielna postać nie została uznana przez d-ra Rotheego. Obłąkanie pierwotne u prof. P[łaskowskiego] zaliczoną została do działu manii, (u Rotheego) zajmuje niezależne stanowisko jako postać zwyrodnienia umysłowego” [7]. W recenzji dzieła Płaskowskiego, również pióra A. Rosentala, czytamy (1884), że „dział obłądki zajmuje trzecią część całego dzieła. Część owa pracy stanowi też wynik oryginalnego, samodzielnego poglądu autora na zboczenia umysłowe, ze względu na przedstawienie obłądki jako samodzielnej postaci chorobowej. W nowszych pracach psychiatrycznych

obłąd, jako samodzielna forma chorobowa, szczerze tylko zajmuje miejsce ... autor widzi w obłądki ... pierwocinę psychiatryczną samoistną”. Z klasyfikacji Płaskowskiego wynikało, że „obłąd obejmuje wszelkie odmiany zboczeń umysłowych ... stanowi więc ekstrakt całej psychopatologii”. Rosental za „w zupełności usprawiedliwione” uważał „bogactwo postaci chorobowych” w podziale Płaskowskiego i podobnych „opierających swe wywody na spostrzeżeniach klinicznych” [25] (tabl. 3).

## PODSUMOWANIE

Marcin Łyskanowski w szkicu dotyczącym psychiatrii polskiej XIX wieku wskazał, że „poglądy naukowe psychiatrów warszawskich XIX wieku cechowały się brakiem mistycyzmu, odrzuceniem spirytualizmu i poglądu, że choroby umysłowe są chorobami duszy”. Przedstawiciele tego środowiska (m.in. Romuald Płaskowski i Adolf Rothe) „stworzyli własne oryginalne koncepcje”, na bazie przyswajanych poglądów

dów psychiatrii niemieckiej i francuskiej, w oparciu o własne obserwacje i doświadczenia [26]. Adolf Rothe, choć nie piastował wysokich stanowisk naukowych, był jednym z płodniejszych naukowo psychiatrów polskich II połowy XIX wieku. Koncepcje klasyfikacyjne Rothea, choć nieoryginalne, zostały z powodzeniem zaszczerpione na grunt polskojęzycznego piśmiennictwa Królestwa Polskiego na potrzeby sprawozdawczości, statystyki, opiniowania sądowo-psychiatrycznego oraz celów klinicznych. Adolf Rothe w podręczniku „*Psychopathologia forensis*” (1879) zaadaptował klasyfikację Griesingera (1861). Dla celów statystycznych Rothe, wspólnie w Romualdem Płaskowskim, udoskonalili klasyfikację Griesingera (1861) do postaci, którą można by nazwać „klasyfikacją warszawską”, będącą podstawą dla sprawozdań statystycznych publikowanych przez Rothea w latach 1868-1882. Podstawę klasyfikacji Rothea w podręczniku „*Psychiatrija*” (1885) stanowiła klasyfikacja Schülego (1878) wraz z koncepcjami Krafft-Ebinga. Klasyfikacja psychologiczno-kliniczna Romualda Płaskowskiego (1884), opisana w podręczniku akademickim, różniła się od klasyfikacji anatomiczno-nozologicznej Rothea (1885), opisanej w podręczniku przeznaczonym dla lekarzy praktyków, m.in. wieloma różnorodnymi formami chorobowych, wydzieleniem obłądki jako samodzielnej i podstawowej jednostki chorobowej (oryginalna koncepcja Płaskowskiego), traktowaniem monomanii jako formy pierwotnej, brakiem podziału na nerwice i zwyrodnienie umysłowe.

## PIŚMIENNICTWO

- Herczyńska G. Adolf Rothe (1832-1903). *Post Psychiatr Neurol*. 1997; 2.
- Wislocki K. Śp. Adolf Rothe. *Kronika lekarska*. 1903; 24: 190-192.
- Rothe A. Sprawozdanie z czynności lekarskiej w warszawskich zakładach dla obłąkanych, tj. w szpitalu Sgo Jana Bożego (dla mężczyzn) z oddziałem przy szpitalu Dzieciątka Jezus (dla kobiet dotkniętych cierpieniem umysłowym i padaczką) za rok 1867. *Gazeta Lekarska*. 1868; 3(5).
- Bartoszewicz J. Historia Szpitala Dzieciątka Jezus. Rys historyczno-statystyczny szpitali i innych zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim. Warszawa: Wydanie Redakcji Gazety Lekarskiej; 1870. s.437.
- Bilikiewicz T, Gallus J. *Psychiatria polska na tle dziejowym*. Warszawa: PZWL; 1962.
- Płaskowski R. *Psychiatria*. Zeszyt drugi. Część szczegółowa. Warszawa: Biblioteka Umiejętności Lekarskich (Wydanie Redakcji Gazety Lekarskiej); 1884. s.VIII.
- Rosental A. *Psychiatria czyli nauka o chorobach umysłowych*. Skreślił dr med. A. Rothe. *Kronika Lekarska*. 1885; 19: 905-910.
- Brożek K. *Rothe Adolf Mikołaj*. *Polski Słownik Biograficzny*, T. XXXII. Wrocław: Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk; 1990. s.293-294.
- Chojna J. *Płaskowski Romuald*. *Polski Słownik Biograficzny*, T. XXVI. Wrocław: Zakład Narodowy Im. Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk; 1981. s.705-706.
- Lubelski W. *Sprostowanie*. *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1865; 54: 149.
- Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1865; 53: 463-466.
- Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1865; 54.
- Rothe A. *Psychopathologia forensis czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiem i w Galicyi*. Kraków: Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich; 1879.
- Rothe A. *Przyczynek do psychiatrii praktycznej oparty na 10-cioletnim doświadczeniu w warszawskich zakładach dla obłąkanych w latach 1867-1876*. *Osobne odbicie z Pamiętnika Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego z roku 1879*. Warszawa: Towarzystwo Lekarskie Warszawskie; 1879.
- Griesinger W. *Pathologie Und Therapie der psychische Krankheit*. Stuttgart: A. Krabbe Verlag; 1861.
- Erlicki A. *Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych*. Warszawa: Skład Główny w Księgarni E.Wende i S-ki; 1897. s.141.
- Herczyńska G. *Formowanie się środowiska psychiatrów w zaborze rosyjskim w II połowie XIX wieku*. *Post Psychiatr Neurol*. 2001; 10(4): 395-400.
- Rothe A. *Sprawozdanie z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych, to jest: w Szpitalu S-go Jana Bożego dla mężczyzn z Szpitalu Dzieciątka Jezus dla kobiet, za rok 1868*. *Gazeta Lekarska*. 1869; 7(9): 132-133.
- Rothe A. *Sprawozdanie z czynności lekarskiej w Szpitalach dla Obłąkanych w Warszawie za rok 1869*. *Gazeta Lekarska*. 1870; 9(20): 316-319.
- Rothe A. *Sprawozdanie V z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1871*. *Gazeta Lekarska*. 1872; 13(42): 657-662.
- Rothe A. *Sprawozdanie VII z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1873*. *Gazeta Lekarska*. 1874; 17(42): 293.
- Rothe A. *Sprawozdanie IX z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1875*. *Gazeta Lekarska*. 1877; 22: 78.
- Rothe A. *Sprawozdanie XII z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1881*. *Znaczenie statystyki zakładowej. Cele i dążności psychiatrii praktycznej*. *Gazeta Lekarska*. 1882; 2: 623-626.
- Rothe A. *Psychiatria, czyli nauka o chorobach umysłowych*. Warszawa: Wydawnictwo Gazety Lekarskiej; 1885. s.94-98.
- Rosental A. *Psychiatria przez D-ra R. Płaskowskiego, docenta Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu*. Zeszyt II. Część szczegółowa. *Gazeta Lekarska*. 1884; 49: 949-954.
- Łyskanowski M. *Z dziejów psychiatrii polskiej XIX stulecia: spór „psychików” i „somyków” w warszawskim środowisku lekarskim*. *Psychiatria Polska*. 1971; 5(2): 243-248.

*Nadesłano/Submitted: 13.07.2012. Zrecenzowano/Reviewed: 28.08.2012. Przyjęto/Accepted: 01.02.2013.*

*Adres/Address: dr Ryszard Kujawski, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, ul. Sądowa 18, 86-100 Świecie, e-mail: rykuj@op.pl.*