



JANUSZ PERZYŃSKI

Pomyśleć o Kraepelinie

To think about Kraepelin

W 1926 r., podczas VI Zjazdu Psychiatrów Polskich w Krakowie, W. Stryjeński dokonując przeglądu ówczesnych badań biochemicznych poświęconych schizofrenii stwierdził, że otrzymanywane wyniki nie pozwalają nawet na udzielenie odpowiedzi na pytanie: „czy pierwotna zmiana leży w mózgu, czy też w innych narządach?”.

Upłynęło ponad siedemdziesiąt lat. Fascynują nas doniesienia dotyczące procesów transmetylacji i oksydoredukcji w substancjach przekąźnikowych, informacje o metabolizmie oligodendrocytów czy też o roli, jaką mogą spełniać w procesach psychicznych poszczególne interleukiny. Klinicyści zajmujący się schizofrenią nadal – jak zalecali to eksperci WHO w 1957 r. – diagnozę choroby muszą opierać na opisach klinicznych podanych przez E. Kraepelina i E. Bleulera.

Przed 42 laty E. Brzezicki pisał: „Opis kliniczny będzie dla nas najważniejszą podstawą badania do czasu, kiedy zostaną wynalezione odpowiednie badawcze i rejestrujące aparaty pracy mózgu”. Wydawało się wówczas, że owe „aparaty” są kwestią najbliższych lat, tymczasem minęło niemal pół wieku i w nowe tysiąclecie psychiatria wkracza opierając się raczej na „oku” niż na „szkiełku”. Szczęśliwie ostatnie dziesiątki lat dwudziestego wieku były płodne i wzbogaciły wiedzę kliniczną na tyle, że mimo braku spektakularnych metod diagnostycznych i terapeutycznych – w jakie rozwój techniki wyposażył inne dyscypliny medyczne – psychiatria nie tylko, że nie pozostała w tyle, ale poczyniła duże postępy. Wielka to zasługa naszych mistrzów i nauczycieli, stąd też obowiązek – w chwili zadumy z okazji przelomu wieków – przypomnienia chociaż kilku nazwisk. Ograniczę się do tych polskich autorów, których prace – w moim odczuciu – najlepiej wzbogaciły wiedzę o ciągle kryjącej wiele tajemnic schizofrenii. Nie sposób zrozumieć istotę choroby bez poznania oryginalnych i głębokich w znaczeniu klinicznym teorii: psychofizjologicznej J. Mazurkiewiczza i etioepigenezę T. Bilikiewiczza.

Pozornie wydaje się, że są to zupełnie odmiennie koncepcje. Wrażenie odmienności zanika, gdy z rozważań czysto teoretycznych przeniesiemy się na płaszczyznę praktyki klinicznej. Obaj autorzy ukazując, aczkolwiek z różnych punktów widzenia, złożoność struktury i specyfikę dynamiki, wzajemnie dopełniają się, tworząc obraz psychozy tak różnej od innych chorób. A. Kępiński, nazywając schizofrenię „chorobą królewską”, poza analizą zaburzeń „metabolizmu informacyjnego”, wzbogaca tenże obraz o „swoisty koloryt”, co u czytelników jego prac, nie będących lekarzami, wywołuje reakcję emocjonalną zwiększającą zainteresowanie psychiatrią.

Na lepsze zrozumienie tzw. objawów osiowych, a szczególnie autyzmu, pozwala lektura publikacji E. Minkowskiego i M. Bornsztajna. Studia M. Kaczyńskiego wzbogaciły wiedzę

zarówno o inicjalnych jak i zejściowych stadiach choroby, przybliżając również problematykę tzw. zmian charakterologicznych ubytkowych i ubytkowo-wyzwoleniowych. Te ostatnie zostały nazwane później przez E. Brzezickiego „schizofrenią paradoksalną społecznie korzystną”. Nie sposób też nie wspomnieć prac J. Jaroszyńskiego uściślających kryteria diagnostyczne, szczególnie postaci paranoidalnej, oraz – jak się wydaje – ciągle niedocenianych badań M. Jarosza nad proporcjami psychopatologicznymi schizofrenii.

Wymieniłem tu zaledwie kilku badaczy spośród wielu, których trud przyczynił się do dobrej kondycji polskiej psychiatrii. Należy z przykrością zauważyć, że nadal – chyba w ramach mody na cytowanie prac obcych – pomija się autorów polskich. Niejednokrotnie mieli oni do powiedzenia na dany temat więcej i czynili to znacznie wcześniej.

Ponieważ na „odpowiednie badawcze i rejestrujące aparaty pracy mózgu” przyjdzie nam jeszcze poczekać, stąd nadal ważne są badania nad obrazem klinicznym psychoz. Tylko wyraźnie zarysowane kontury jednostek nozologicznych pozwalają na tworzenie homogennych grup, a jest rzeczą oczywistą, że jedynie wówczas są szanse na ujawnianie np. czynników etiologicznych. Skoro mowa o nozologii, trzeba na chwilę cofnąć się do roku 1883, kiedy to 27-letni E. Kraepelin opublikował pierwsze prace pozwalające na podział psychoz na endogenne i egzogenne oraz na wyodrębnienie jednostek nozologicznych. Nie wytrzymała próby czasu opisana w 1896 r. *dementia praecox*, ale dotrwały do dnia dzisiejszego, podtrzymane w 1911 r. przez E. Bleulera, cztery tzw. klasyczne postacie schizofrenii. Znikła z klasyfikacji ICD-10 (choć utrzymywała się jeszcze w ICD-9) wyodrębniona z grupy „otępienia wczesnego” parafrenia. Opisane przez E. Kraepelina postacie kliniczne, tak wyraziste w obrazie psychopatologicznym, muszą się obecnie zmieścić w kodach alfanumerycznych ICD-10, gdzie – jak się wydaje – między F22 („Uporczywe zaburzenia urojeniowe”) a F23 („Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne”). Termin „parafrenia” utrzymał się ale jedynie w odniesieniu do opisanej w 1955 r. przez M. Rotha „parafrenii późnej”, nazywanej także „parafrenią inwolucyjną” i włączony jest do kategorii diagnostycznej F22.

Wydaje się, że ICD-10 dobrze spełnia swoją rolę w tzw. medycynie somatycznej, w odniesieniu jednak do psychiatrii, a przynajmniej niektórych jej działów, stwarza zagrożenie cofania się od nozologii do syndromologii. Warto zatem – zastanawiając się co z dorobku klinicystów zabrać w nowe tysiąclecie – pomyśleć o E. Kraepelinie.

Prof. Janusz Perzyński
Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej
ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin