

Klasyfikacja Wernickego na tle innych koncepcji klasyfikowania zaburzeń psychicznych

Wernicke's classification and others concepts of classifying mental disorders

Tomasz Pawłowski, Andrzej Kiejna

Z Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

The authors of this article on the basis “Über die Klassifikation der Psychosen“ analysis present the method of mental disorders' classification proposed by Carl Wernicke in 1899. Wernicke's classification was an alternative for other classification concepts existing in the 19th century. Carl Wernicke as one of the first noticed the impossibility of creating a classification based on etiology. Basing his classification concept on mental disorders localisation, he created an alternative opposed to classifications based on two main approaches: descriptive and etiological.

Słowa klucze: Carl Wernicke, klasyfikacja zaburzeń psychicznych
Key words: Carl Wernicke, classification of mental disorders

Klasyfikowanie

Klasyfikowanie tkwi w naturze człowieka. Wynika ono z potrzeby radzenia sobie z chaosem i zamieszaniem poprzez kategoryzowanie zjawisk [1]. Trudno byłoby żyć człowiekowi w świecie, w którym każdy obiekt czy zdarzenie musiałoby być traktowane jako jedyne w swoim rodzaju.

Poprzez klasyfikowanie zaliczamy pojęcia do kategorii. Można tego dokonać na dwa sposoby: poprzez wskazanie warunków koniecznych i wystarczających, jakie winno spełniać dane pojęcie (klasyfikowanie klasyczne), albo opierając się na jego podobieństwie do prototypu, czyli najlepszego wzorca kategorii [2]. W nauce większość pojęć, którymi się posługujemy, ma charakter abstrakcji teoretycznych, klasyfikowanych klasycznie, natomiast klasyfikując obiekty i zdarzenia występujące w świecie naturalnym korzystamy z teorii prototypowości. Związane jest to z faktem, iż większość obiektów naturalnych nie ma esencji, czyli warunków koniecznych i wystarczających [2, 3].

Schemat klasyfikacji może być poziomy (jednostopniowy), pionowy (wielostopniowy) lub zawierać oba te podziały. O ile schematy klasyfikacji poziome nie wymagają omówienia, ponieważ cechą ich jest to, że wszystkie kategorie są sobie równe, o tyle w schematach hierarchicznych pojawia się potrzeba określenia podstawowego poziomu. Mervis i Rosch [4] definiują go jako poziom, na którym wewnątrzkatégorialne podobieństwo obiektów jest zmaksymalizowane w stosunku do ich podobieństwa międzykatégorialnego, a równocześnie informacyjna wartość wiązek właściwości ulega maksymalizacji. Schematy pionowe mogą opierać się albo na klasach (nadrzędności – podrzędności) albo na relacji część–całość.

Klasyfikacja jest punktem wyjścia każdej nauki. Umożliwia ona skuteczniejszą komunikację pomiędzy naukowcami. W warunkach klinicznych jej celem jest ułatwienie rozpoznania, leczenia i zapobiegania zaburzeniom [1].

Carl Wernicke i wrocławska szkoła psychiatrii

Od czasu ukończenia budowy (która trwała od 1887 do 1909) kompleksu klinik i zakładów naukowych przy ul. Tytusa Chałubińskiego, Wrocław stał się centrum nauk medycznych, wymienianym na równi z Heidelbergiem, Bonn, Halle czy Berlinem. Wrocławska psychiatria odgrywała ważną rolę w kształtowaniu się nowoczesnej psychiatrii, a jej najbardziej znanym ówczesnym przedstawicielem był Carl Wernicke. Wpisał się on do historii medycyny jako twórca pojęcia afazji sensorycznej, a termin *o s r o d e k W e r n i c k e g o* ma swoje stałe miejsce w topografii kory mózgowej. To pod jego opieką kształcili się i pracowali wybitni psychiatrzy i neurologicy: Karl Bonhoeffer – twórca pojęcia „egzogenny typ reakcji psychicznych”, Otfried Foerster – założyciel niemieckiej szkoły neurochirurgii, Karl Heilbronner, Paul Schroeder czy Karl Kleist [5]. Punktem wyjścia ich działalności naukowej były prace Carla Wernickego. Odrzucali oni etiologiczną klasyfikację psychoz na rzecz anatomopatologicznego ich zróżnicowania, opowiadali się za nierozłącznym traktowaniem psychiatrii i neurologii, byli wierni teoriom lokalizacyjnym.

W latach sześćdziesiątych XX wieku Mario Lanczik [6], opisując historię psychiatrii we Wrocławiu, wprowadził pojęcie „wrocławska szkoła neuropsychiatrii”. Za twórcę szkoły uważał on Carla Wernickego, jednak należy podkreślić, iż podwaliny działalności Wernickego stworzył Heinrich Neumann.

Carl Wernicke urodził się 15 maja 1848 r. w Tarnowskich Górach. Studia medyczne ukończył na Uniwersytecie Wrocławskim, gdzie został zatrudniony jako asystent u Richarda Forstera – wrocławskiego oftalmologa. Ostatecznie zwrócił się ku psychiatrii, zostając asystentem prof. Neumanna. W wieku 26 lat wydaje swoją pracę *Der aphasische Symptomenkomplex* [7], która przynosi mu rozgłos jako twórcy pojęcia afazji sensorycznej. Habilitował się w 1875 roku, a następnie przez pół roku przebywał na studiach u prof. Theodora Meynerta (1833–1892) w Wiedniu. W latach 1876–1884 współpracował z prof. Carlem Westphalem (1833–1890) w Berlinie, co przyczyniło się do pogłębienia jego wiedzy na temat neuroanatomopatologii.

W 1885 r. został powołany do Wrocławia na stanowisko dyrektora kliniki psychiatrycznej z tytułem profesora nadzwyczajnego psychiatrii i neurologii.

„O klasyfikacji psychoz”

W 1899 roku dr Carl Wernicke wygłosił odczyt w Sekcji Medycznej Towarzystwa Ojczyźnianego we Wrocławiu, zatytułowany „O klasyfikacji psychoz” [8]. Wpisał się nim w dyskusję, jaka toczyła się wśród psychiatrów na temat klasyfikacji zaburzeń psychicznych, podejmując polemikę z najbardziej uznanymi psychiatrami tamtej epoki – w tym okresie w psychiatrii dominował kierunek kliniczno–nozologiczny, zbudowany na doświadczeniach witalistów i reprezentantów szkoły anatomopatologicznej. Postawił sobie za cel opis zaburzeń psychicznych jako jednostek nozologicznych. Warto tutaj zwrócić uwagę na istotną różnicę zachodzącą pomiędzy jednostką *nozologiczną* a *nozograficzną*. Mianowicie, u podstawy tej pierwszej leży konkretnie stwierdzony lub hipotetyczny czynnik etiologiczny, podczas gdy druga oparta jest na objawach mogących występować na różnym etiologicznym tle.

Carl Wernicke dostrzegł rolę, jaką odegrał w kształtowaniu się klasyfikacji zaburzeń psychicznych Wilhelm Griesinger (1817–1868). Griesinger w 1845 roku opublikował podręcznik psychiatrii [9], w którym przeciwstawił medyczny model pojmowania chorób psychicznych wpływom moralizującym i filozofującym, uważając, iż każdemu procesowi psychicznemu towarzyszy proces materialny wynikający z czynności mózgu. Dążył on do stworzenia dla psychiatrii podstaw anatomiczno-neurologicznych. Wernicke, podkreślając, iż w tym kontekście czuje się jego uczniem, równocześnie krytykuje go, ponieważ: *przejął [on] tylko starą, odziedziczoną przez siebie wiedzę i zrezygnował z własnej penetracji przedmiotu, jest bowiem charakterystyczne dla jego książki to, że ukazała się po jedynie trzyletniej działalności psychiatrycznej i nie zawiera ani jednej własnej historii choroby* [8].

W swoich rozważaniach Wernicke nie pomija poglądów Karla Ludwiga Kahlbauma (1828–1899), jednego z prekursorów kierunku kliniczno–nozologicznego, który w 1863 roku wydał swoją pracę [10] o grupowaniu psychoz: *Ta książka, w której największa skrupulatność łączy się z silnym obiektywizmem, a przenikliwym spojrzeniem na istotę rzeczy wznosi się do poziomu niemal geniuszu, mogłaby jeszcze dzisiaj leżeć u podstaw klasyfikacji chorób umysłowych, ale niestety jest niemal bezużyteczna praktycznie, ponieważ jest zbyt skomplikowana, a wskutek nadmiernie wielkiego obiektywizmu autora jest nadmiernie obciążona balastem materiału, którego dostarczył niewystarczający obserwator*. Wernicke krytykuje Kahlbauma, ponieważ w swojej klasyfikacji oparł się on na niesprecyzowanych pojęciach takich, jak: *czucie, rozumienie i wola*. Jednocześnie przyznaje, że: *książka Kahlbauma utorowała drogę istotnemu postępowi [...] między innymi przez to, że autor po raz pierwszy jasno rozróżnił pewne podstawowe pojęcia psychiatrii, a na przykładzie swoich poprzedników wykazał, że próby klasyfikacji musiały zawieść z powodu braku takich ostrych różnic*.*

Wernicke dostrzegł, iż największą popularność wśród współczesnych mu psychiatrów zyskała klasyfikacja Emila Kraepelina (1856–1926). Kraepelin w roku 1883 wydał kompendium psychiatrii [11], w którym, stosując kryterium etiologii, podzielił choroby psychiczne na:

*Cytaty z tłumaczenia znajdującego się w zbiorach biblioteki Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu s.1–12.

- zewnętrzne, uznane za uleczalne
- wewnętrzne – konstytucjonalne, które uznał za nieuleczalne.

W następnych wydaniach swojego podręcznika [12] rozszerzał i ujednotaczał swoje poglądy, aby ostatecznie wyodrębnić dwie grupy zaburzeń endogennych, biorąc pod uwagę ich przebieg i zejście:

- *otępienie wczesne (dementia praecox)*, które obejmowało katatonię, hebefrenię i psychozy urojeniowe o przewlekłym przebiegu
- *psychozę maniakalno-depresyjną*.

W swoich rozważaniach Wernicke daje się poznać jako krytyk klasyfikacji psychoz zaproponowanej przez Kraeplina: *jego zasadą klasyfikacji była – przeciw czemu sam Kraepelin tak bardzo się zastrzegł i chciał uznania także innych kryteriów za miarodajne – jednak wyłącznie etiologia, tak więc objawia się on jako następca Morela w tym mniej pożytecznym kierunku analizy symptomów psychoz*.

Wernicke założył, iż u podstaw zaburzeń psychicznych, w których stwierdzono zmiany anatomiczne podczas badań sekcyjnych, leży jednakowy proces chorobowy. Dlatego nie widział możliwości klasyfikowania chorób psychicznych na podstawie odmienności procesu anatomicznego: *Wszystkie nowsze prace są zgodne w tym, że ten sam pierwotny proces zwyrodniający we włóknach nerwowych i komórkach nerwowych mózgu leży u podstaw najróżniejszych ostrych chorób umysłowych*.

Znane już wtedy były wyniki badań Alzheimera, który mówił o odmienności procesu anatomicznego, rozróżniając choroby: *w przypadku których objęty jest mięsz i inne, w przypadku których szybko dotykana jest tkanka glejowa [...] te ostatnie wydają się być mniej dostępne dla powrotu do stanu początkowego*. Wernicke uważał jednak udział gleju za sprawę wtórną. Klasyfikacja jego zakładała, iż symptomatologia obrazu choroby zależy od lokalizacji procesu chorobowego oraz od etiologii: *Te rozważania są tymi, które według mojej opinii zmuszają – z punktu widzenia patologii ogólnej – do tego, by u podstaw każdej próby klasyfikacji psychoz widzieć w pierwszym rzędzie normę lokalizacji, w drugim – normę etiologii, a wszystkie inne jako nie wywiedzione z natury organu objętego chorobą – odrzucić*.

Jednak, w jaki sposób mówić o lokalizacji w obrębie mózgu, posługując się metodami klinicznymi? Wernicke rozwiązał ten problem, wykorzystując określone przez siebie pojęcie świadomości, które w jego rozumieniu oznaczało sumę wyobrażeń: 1 – o świecie zewnętrznym, 2 – dotyczących własnej osoby, 3 – dotyczących własnego ciała: *jako substrat anatomiczny, jedyny jaki zasługuje na uwagę, mamy do rozważenia organ kojarzenia mózgu [...] w psychiatrii będą więc zaburzenia treściowe świadomości, które muszą być w pierwszej kolejności uwzględniane przy każdej lokalizacji*. Założył, że każda choroba psychiczna prowadzi do dezorientacji, która może być dezorientacją allopsychiczną, autopsychiczną, somatopsychiczną lub motoryczną, pod pojęciem dezorientacji motorycznej rozumiejąc takie przypadki, w których zaburzenia napędu psychomotorycznego są na tyle duże, że nie pozwalają wnioskować o treści wyobrażeń. W związku z tym podzielił psychozy na:

- allopsychozy, np.: delirium tremens, prezbiofrenia, ostra halucynoza
- autopsychozy, np.: melancholia afektywna, czysta mania, psychoza maniakalno-depresyjna, obłąd piniaczy

- somatopsychozy, np.: psychoza hipochondryczna, psychozy lękowe
- psychozy motoryki, np.: mania okresowa, psychoza akinyetyczna

„Psychozy” w rozumieniu Wernickego to choroby, które wynikają z zaburzenia jakiejś podstawowej funkcji nerwowej.

Po ustaleniu, w jakim obszarze świadomości chory jest zdezorientowany lub zagrożony w swojej orientacji, Wernicke zalecał analizę symptomów choroby według schematu zaburzeń identyfikacji wtórnej, który powstał na podstawie jego badań nad afazją. Posługiwał się kategoriami **zniesionej** (anestezja psychosensoryczna), **zwiększonej** (przeculica psychosensoryczna, hiperkineza) lub **zmienionej** (parestezja psychosensoryczna, dysfunkcja wewnątrzpsychiczna, parakineza) funkcji nerwów, przenosząc schemat mowy na każdy rodzaj świadomych reakcji na bodźce zmysłowe.

Ostatni etap klasyfikowania zaburzeń psychicznych według Carla Wernickego polega na omówieniu czynników etiologicznych: *chciałbym wyraźnie podkreślić, że dla przebiegu chorób umysłowych etiologia musi być uznana za czynnik głównie decydujący.*

Zacytowany poniżej fragment pozwoli zorientować się czytelnikowi, jak praktycznie odbywała się klasyfikacja zaburzeń psychicznych według C. Wernickego: *delirium potatorium jest allopsychozą uwarunkowaną chronicznym zatruciem alkoholem, tzn. psychozą z dezorientacją w świecie zewnętrznym, składającą się z następujących objawów charakterystycznych: halucynacji różnych obszarów zmysłów, przeważnie wzrokowego i dotyku = przeculica psychosensoryczna, złudzeń = parestezja psychosensoryczna, niezdolności lokalizacji miejscowej = anestezja psychosensoryczna, wykonywania bezcelowych czynności, ruchy mimowolne = hiperkineza, niekiedy lęku = parestezja psychosensoryczna.*

Podsumowanie

Podstawą klasyfikacji zaproponowanej przez Carla Wernickego było jego duże doświadczenie kliniczne, którego brak zarzucał Griesingerowi. Mimo ogromnej liczby osób z zaburzeniami psychicznymi, z którymi się zetknął: *każdy z nas miał okazję widzieć 10–20 tysięcy chorych umysłowo*, on i jemu współcześni psychiatry ciągle natrafiali na nowe, jeszcze nie opisywane przypadki zaburzeń. Dlatego w jego pojęciu celem klasyfikacji powinno być wyodrębnienie charakterystycznych cech jednostek chorobowych tak, aby: *każdy inny obserwator, który ujrzy taki sam przypadek, z łatwością rozpoznał identyczny obraz choroby*. Miała stanowić ona alternatywę dla klasyfikacji Kraepelina. Niewątpliwą zasługą Wernickego było dostrzeżenie niemożności oparcia klasyfikacji na podejściu etiologicznym. Nie widział on możliwości uzasadnienia naturalnej klasyfikacji psychoz na podstawie etiologii. Miała ona według niego natomiast ogromny wpływ na przebieg zaburzenia.

Klasyfikacja Wernickego oparta była na lokalizacji zaburzenia: w *obrębie specyficznego organu świadomości*. Takie widzenie zaburzeń psychicznych stanowiło alternatywę w stosunku do klasyfikacji budowanych na dwóch głównych podejściach: opisowym i etiologicznym.

Wernicke's Klassifizierung und andere Klassifizierungen der psychischen Störungen**Zusammenfassung**

Die Autoren beschrieben aufgrund der Analyse des Textes „Über die Klassifikation der Psychosen“ die Art und Weise der Klassifikation der psychischen Störungen, die von Karl Wernicke im Jahre 1899 vorgeschlagen wurde. Sie sollte eine Alternative für andere Klassifikationen im XIX Jahrhundert sein. Wernicke bemerkte als einer der ersten die Unmöglichkeit der Klassifizierung aufgrund der Ätiologie. Seine Idee der Klassifizierung basiert auf der Lokalisierung der Störung und damit schaffte er eine Alternative zu den Klassifizierungen, die aufgrund der Beschreibung und Ätiologie basierten.

La classification de Wernicke et les autres conceptions de classifier les troubles psychiques**Résumé**

En basant sur «Über die Klassifikation der Psychosen» les auteurs de cet article présentent l'analyse de la classification des troubles psychiques proposée par Carl Wernicke en 1899. Cette classification était en opposition aux autres classifications fonctionnant au XIX siècle. La conception de Wernicke est une des premières qui aperçoit l'impossibilité de classifier les troubles mentaux en basant sur l'étiologie. En s'appuyant sur la localisation des troubles Wernicke crée sa conception en opposition aux approches descriptives et étiologiques.

Piśmiennictwo

1. Andreasen NC. *Schizophrenia: aktualne koncepcje i ich perspektywy rozwojowe*. W: *Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. Bomba J, de Barbaro B, red. Kraków: Collegium Medicum UJ;1995.
2. Ekman P, Davidson RJ, red. *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańsk: GWP; 1999.
3. Hull DL. *Are species really individuals?* Syst. Zool. 1976; 25:174–191.
4. Mervis CB, Rosch E. *Categorization of natural objects*. Ann. Rev. Psychol. 1981; 32: 89–115.
5. Kiejna A, Wójtowicz M. *Z dziejów Kliniki Psychiatrycznej i Chorób Nerwowych we Wrocławiu. Wybitni przedstawiciele i budowę*. Wrocław: Fundacja Ochrony Zdrowia Psychicznego; 1999.
6. Lanczik MH. *Carl Wernicke und die Breslauer Psychiatrische Schule Fund*. Psychiatr. 1988; 2: 45–52.
7. Wernicke C. *Der aphasische Symptomenkomplex*. Breslau; 1874.
8. Wernicke C. *Über die Klassifikation der Psychosen. Nach einem in der medizinischen Section oder Vaterlandischen Gesellschaft zu Breslau gehaltenen Vortrage*. Breslau; 1899.
9. Griesinger W. *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart; 1845.
10. Kahlbaum KL. *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung d. Seelenstörungen*. Danzig; 1863.
11. Kraepelin E. *Compendium der Psychiatrie zum Gebrauche für studierende Aerzte*. Leipzig: Abel; 1883.
12. Kraepelin E. *Psychiatrie ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Leipzig: Abel; 1889.
13. *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
14. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*:

diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Otrzymano: 2.01.2002

Zrecenzowano: 7.02.2002

Przyjęto do druku: 13.09.2002

Adres: Tomasz Pawłowski
Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
50-229 Wrocław, ul. Kraszewskiego