

## List do redakcji

### Pamiętając o Starych Mistrzach

Czyż początkiem wiedzy nie jest ciekawość i poszukiwanie istoty zjawisk? W medycynie przyjęto nazywać to „studium przypadku”. Na przestrzeni wieków takie wnikliwe obserwacje były gromadzone i porządkowane według zaobserwowanych różnic i podobieństw. Doszukiwano się rządzących nimi reguł i związków przyczynowo-skutkowych. Świat medyków gromadził doświadczenia, które pierwotnie przekazywano poprzez relację mistrz–uczeń, a później – dzieląc się wiedzą kliniczną w formie publikacji.

Stosując wspomniane metody, opisano zespół Kandinsky’ego-Clérambaulta, określany także jako zespół automatyzmu psychicznego [1]. Zespół ten obejmuje urojenia wpływu i owładnięcia. Pacjent ma poczucie, że steruje nim zewnętrzna siła. Wyróżnia się trzy typy automatyzmu: dotyczący wpływu na sferę myśli, na poruszanie się pacjenta oraz na jego organy wewnętrzne. Chory ma poczucie, że myśli są do jego głowy nasyłane lub zabierane z niej, że są głośne albo mogą je znać inne osoby, że myśli intensywnie nań napierają lub znikają.

Dwóch psychiatrów opisało niezależnie ten zespół objawów psychopatologicznych. Wiktor Chisanfowicz Kandinsky (1849–1889) urodził się na Syberii, studiował w Moskwie, a pracował między innymi w Petersburgu [2]. Znacząca część jego doświadczenia zawodowego miała swe źródło w samoobserwacji, jako że zachorował psychicznie w 1877 roku. Napisał monografię „O pseudohalucynacjach” opublikowaną w 1890 roku. Choć psychiatrzy półkuli zachodniej znają objawy zespołu Kandinsky’ego-Clérambaulta, to wyróżnienie tego syndromu rzadko jest stosowane [3]. Koncepcja zespołu jest związana z rosyjską tradycją psychiatryczną. Jednakże w XIX i pierwszej połowie XX wieku rozwój europejskiej i rosyjskiej myśli psychiatrycznej wykazywał liczne podobieństwa (4). Warto wspomnieć także o roli Kandinsky’ego w kształtowaniu pojęcia niepoczytalności w psychiatrii sądowej [5].

Gaëtan Gatian de Clérambault (1872–1934) był Francuzem. Pracował jako lekarz, a potem także kierował zakładem dla chorych umysłowo Prefecture de Police [6]. Dał się poznać również jako malarz i fotograf. Opisał zespół automatyzmu psychicznego w roku 1919.

Wspólnym rysem biografii obu wspomnianych psychiatrów  
była śmierć z własnej ręki.

Czy w początkach XXI wieku nasza wiedza o zespole Kandinsky’ego-Clérambaulta została czymś wzbogacona? W roku 2012 opublikowano badanie oparte na grupie 443 pacjentów z diagnozą schizofrenii. Rozpoznanie postawiono zgodnie z kryteriami DSM-IV przy użyciu kwestionariusza SCID. Do opisu objawów psychopatologicznych obserwowanych na przestrzeni życia pacjenta zastosowano Operational Criteria Checklist (OPCRIT). Zgromadzone dane poddano analizie statystycznej wg Osborne’a [7], tj. przeprowadzono analizę głównych składowych oraz analizę czynnikową. Pozwoliło to potwierdzić wielowymiarową i hierarchiczną strukturę objawów choroby. Wykryte wymiary i podwymiary spełniały statystyczne kryteria istotności (wysoka wartość współczynnika spójności wewnętrznej  $\alpha$  Cronbacha) oraz wykazywały istotną korelację. Bardziej szczegółowy opis metodologii znajduje się w cytowanej publikacji [8]. Objawy pozytywne grupowały się w dwa wymiary. Wymiar „pozytywny 1” obejmował urojenia wpływu, urojenia owładnięcia, urojenia nasyłania i odbierania myśli, urojenia ugłosnienia i echa myśli. Inne objawy pozytywne utworzyły odrębny wymiar, „pozytywny 2”, złożony z urojeń i halucynacji trwających co najmniej tydzień, urojeń prześladowczych i zazdrości, halucynacji słownych w postaci głosów zwracających się do pacjenta w trzeciej osobie, halucynacji słownych będących bieżącym komentarzem, głosów obrażających, oskarżających bądź prześladowających pacjenta [8]. Podsumowując, zastosowanie metody redukcji wymiarów pozwoliło na drodze analizy matematycznej danych klinicznych zidentyfikować wśród objawów schizofrenii zespół Kandinsky’ego-Clérambaulta. Współczesne metody badawcze potwierdziły obserwacje poczynione przez Kandinsky’ego i Clérambaulta.

Tab.1. Wymiary schizofrenii złożone z objawów pozytywnych ujawnione metodą analizy głównych składowych oraz analizy czynnikowej [9]

Pozytywny 1	urojenia wpływu, urojenia owładnięcia, urojenia nasyłania i odbierania myśli, urojenia ugłosnienia i echa myśli
Pozytywny 2	urojenia i halucynacje trwające co najmniej tydzień, urojenia prześladowcze i zazdrości, halucynacje słowne w postaci głosów zwracających się do pacjenta w trzeciej osobie, halucynacje słowne będące bieżącym komentarzem, głosy obrażające, oskarżające bądź prześladowające pacjenta

W erze komputerów, neuroobrazowania i medycyny opartej na dowodach możemy zatem pokornie uznać wartość wiedzy Starych Mistrzów. Kiedy prowadzimy badania, czy nauczamy, pamiętajmy o dawnych i nowoczesnych metodach.

Poszukując prawdy, warto nie zamykać oczu na źródła wiedzy – zarówno stare, jak i współczesne.

Joanna Pawlak<sup>1</sup>, Małgorzata Maciukiewicz<sup>1,2,3</sup>, Joanna Hauser<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Genetyki w Psychiatrii, Katedra Psychiatrii UM w Poznaniu

<sup>2</sup>Pharmacogenetics Research Clinic, Campbell Family Mental Health Research Institute, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada

<sup>3</sup>Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

1. Lerner V, Kaptzan A, Witztum E. *The misidentification of Clerambault's and Kandinsky-Clerambault's syndromes*. Can. J. Psychiatry 2001; 46(5): 441–443.
2. Lerner V, Witztum E. *Victor Kandinsky, M.D., 1849-1889*. Am. J. Psychiatry 2006; 163(2): 209.
3. Lerner V, Kaptzan A, Witztum E. *Kandinsky-Clerambault's Syndrome: concept of use for Western psychiatry*. Isr. J. Psychiatry Relat. Sci. 2003; 40(1): 40–46.
4. Lavretsky H. *The Russian concept of schizophrenia: a review of the literature*. Schizophr. Bull. 1998; 24(4): 537–557.
5. Lerner V, Margolin J, Witztum E. *Victor Kandinsky (1849-89): pioneer of modern Russian forensic psychiatry*. Hist. psychiatry 2012; 23(90 Pt 2): 216–228.
6. Koupernik C. *[From Kandinsky to Clerambault. Value of eponyms]*. Ann. Med. Psychol. (Paris) 1996; 154(2): 123–125.
7. Costello AB, Osborne JW. *Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis*. Pract. Assess. Res. Eval. 2005; 10(7): 9.
8. Maciukiewicz M, Czerski PM, Leszczyńska-Rodziewicz A, Kapelski P, Szczepankiewicz A, Dmitrzak-Węglarz M. i wsp. *Analysis of OPCRIT results indicate the presence of a novel 'social functioning' domain and complex structure of other dimensions in the Wielkopolska (Poland) population*. Schizophr. Res. 2012; 138(2–3): 223–232.