

R O C Z N I K

P S Y C H I A T R Y C Z N Y

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

Założony przez
PROFESORA DR RAFAŁA RADZIWIŁOWICZA

Rok XXVII

1950

Tom 38 Nr 1-4

T R E Ś Ć

	Str.
Psychiatria polska w obliczu Kongresu Nauki	
A. Jus — Krytyka idealizmu w psychiatrii	1
F. Kaczanowski — Krytyka materializmu mechanistycznego w psychiatrii	5
M. Kaczyński — Znaczenie materializmu dialektycznego w psychiatrii	11
Ē. Wilczkowski — O psycho-chemicznych odruchach we krwi u ludzi przy nastawieniu na spożycie i przy nastawieniu na pracę	13
W. Chłopicki — Omamy słuchowe jako swoiste zaburzenia czynności mowy ze stanowiska neuropatologii i psychopatologii	27
A. Jus — Próba interpretacji mechanizmu powstawania zmian elektroencefalograficznych w schizofrenii	43
W. Semadeni — Badania elektroencefalograficzne w psychonerwicach	53
K. Jus — Dynamika zmian elektroencefalograficznych w otępieniu organicznym	59
Z. Szymańska i M. Korytowska — Rokowanie w trudnościach charakterologicznych dzieci i młodzieży	69
K. Kancewiczowa — Uwagi dotyczące opieki pozazakładowej	91
S. Cwynar — Zagadnienia racjonalnego wykorzystania szpitali psychiatrycznych dla celów leczenia	91
Sprawozdania	
Przegląd czasopism	

C O Д Е Р Ж А Н И Е

	Стр.
A. Юс — Критика идеалистического направления в психиатрии	1
Ф. Качановски — Критика механистического материализма в психиатрии	5
М. Качинский — Значение диалектического материализма в психиатрии	11
Э. Вильчковски — О психо-химических рефлексиях в коре у людей при настройке на потребление и подготовке к труду	13

В. Хлопицки — Слуховые галлюцинации как специфичные расстройства функции речи с невропатологической точки зрения	27
А. Юс — Попытка истолкования механизма образования электро-энцефалографических изменений в шизофрении	43
В. Семадени — Электроэнцефалографические исследования при психоневрозах	53
К. Юс — Динамика электроэнцефалографических изменений в органическом притуплении	54
З. Шманьска и М. Корытовска — Предсказания в характерологических трудностях у детей и молодежи с точки зрения катамнезы .	69
С. Цвынар — Проблема рационального использования психиатрических больниц для лечебных целей	91

CONTENTS

	page
A. Jus — Criticism of idealism in psychiatry	1
F. Kaczanowski — Criticism of the mechanical materialism in psychiatry	5
M. Kaczyński — Significance of the dialectic materialism in psychiatry	11
E. Wilczkowski — On the psycho-chemical reflexes in the blood in persons set up for eating and set up for working	13
W. Chłopicki — Hearing delusions as peculiar disorders of speech from the neuropathological point of view	27
A. Jus — Essey of interpretation of the mechanism of EEG changes in schizophrenia	43
W. Semadeni — Elektroencephalographic examinations in psycho-neuroses	53
K. Jus — Dynamics of elektroencephalographic changes in organic dementia	54
Z. Szymańska et M. Korytowska — Pronostic des troubles caractériels des enfants et de la jeunesse	69
S. Cwynar — A problem of the rational use of psychiatric hospitals for therapeutical purposes	91

ROCZNIK PSYCHIATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Założony przez
PROFESORA DR RAFAŁA RADZIWIŁOWICZA

Rok XXVII

1950

Tom 38 Nr 4

102585 II
38(1950)

PSYCHIATRIA POLSKA W OBLICZU KONGRESU NAUKI*)

Biblioteka Jagiellońska



1002212167

I.



Andrzej Jus

KRYTYKA IDEALIZMU W PSYCHIATRII

^{Biblioteka Jagiellońska} Zjazdy naukowe obradujące w przededniu Kongresu Nauki Polskiej mają obowiązek współdziałania w przygotowaniu pracy na Kongres Nauki. Państwo budującego się socjalizmu chce również nauce polskiej zapewnić trwałe podstawy dla przyszłego rozwoju. Państwo budującego się socjalizmu pragnie, by nauka polska była nauką postępową, by nauka polska przyswoiła sobie postępowe ideały społeczne. Postępowość nauki oznacza walkę z przynoszącymi zamęt teoriami idealistycznymi, uznanie możliwości nieustannego poszerzania granic ludzkiego poznania i ścisłe powiązanie nauki z życiem praktycznym. Nauka postępową musi zwalczać wszelkie irracjonalne, mistyczne, idealistyczne koncepcje, twierdzące, że świat materialny istnieje tylko w naszej świadomości, nauka postępową musi twardo stać na gruncie pojmowania i objaśniania zjawisk przyrody w sposób materialistyczny, który jest jednym naukowym, opierającym się na faktach i doświadczeniu wyjaśnianiem zjawisk na świecie.

Psychiatria jest tą dziedziną nauk lekarskich, w której zagadnienie stosunku zjawisk psychicznych do cielesnych stoi w ośrodku problematyki naukowej. Idealizm w psychiatrii jest dlatego bezpłodny, że idzie zawsze w parze z pesymizmem, z oderwaniem od związku z życiem,

*) Streszczenia odczytów wygłoszonych na XXIII Zjeździe Psychiatrów Polskich.

z zaniedbaniem wykorzystania możliwości oddziaływania nauki na życie praktyczne.

Krytyka idealizmu w psychiatrii w biegu historii z punktu widzenia materializmu dialektycznego wykazuje hamowanie postępu psychiatrii, zamknięcie perspektyw doświadczalnych, kierowanie strumienia badań etiopatogenetycznych w bezpłodne łożysko spekulatywnych hipotez, niebezpieczeństwo wprzagnięcia nauki w rydwan interesów imperializmu.

W starożytności idealistyczne teorie psychologiczne mające na celu li tylko sformułowanie metafizycznego poglądu na świat bez uwzględnienia zdobyczy doświadczalnych utrudniają rozwój psychiatrii jako gałęzi medycyny. W feudalnym średniowieczu idealistyczna, teologiczna filozofia prowadzi do rozpatrywania choroby umysłowej wedle jej „treści moralnej“ wiodąc w następstwie za sobą perspektywy lecznicze w postaci zaklęć, guseł i modłów lub okrucieństw inkwizycji. W okresie Odrodzenia wzrastający rozwój miast i ich świeckiej kultury powoduje pewien postęp i psychiatria stopniowo oswobadza się z mistyki średniowiecza. Pod wpływem spekulatywnej filozofii Kanta psychiatria niemiecka końca XVIII i początku XIX w. odrywa się całkowicie od medycyny. Usiłowanie wykazania związku choroby psychicznej ze sprawiedliwością boską wyczerpuje możliwości szukania przyczyn choroby umysłowej, a leczeniu kreśli perspektywę w postaci pouczeń moralizatorskich. Postęp w dziedzinie psychiatrii francuskiej końca XVIII w. tłumaczy się powstaniem warunków wywalczonych przez rewolucyjne zwycięstwo postępowych sił społecznych.

Mającą swój rodowód w dualizmie *Descartesa* hipoteza paralelizmu psychofizycznego daje początek z jednej strony kierunkom idealistycznym, ograniczającym życie psychiczne do introspekcji, z drugiej — wiodą się z niej mechanistyczne teorie materialistyczne negujące znaczenie świadomości.

Błądność idealistycznej, introspektywnej koncepcji wykazali *Marks* i *Engels* formułując po raz pierwszy w historii zasady materialistycznego ujęcia świadomości. Konsekwentny materializm polega na ujmowaniu zjawisk psychicznych jako odbicia zjawisk świata zewnętrznego, jako jedności podmiotowo-przedmiotowej.

Badania psychologii doświadczalnej kierunku *Wundta* nie przynoszą postępu psychiatrii. Błędy empirycznego kierunku psychologicznego to unikanie rozstrzygania zasadniczych zagadnień psychologicznych, badanie zjawisk psychicznych w całkowitym oderwaniu od rzeczywistości. Idealistyczny kierunek filozoficzno-psychologiczny wyciska również ujemne piętno na psychopatologii ogólnej; animistyczne poglądy *Jas-*

persa wiodą do sceptycyzmu i fatalizmu. Fatalistyczne koncepcje przejawiają się w fałszywych poglądach genetycznych. Teoria zwyrodnienia *Morela* daje początek antropologii kryminalnej i lombrozjanizmowi. Kierunki neolombrozjańskie prowadzą do konstytucjonalizmu *Kretschmera*, który doszukując się analogii między rysami charakteru i skłonnością do pewnych chorób psychicznych a budową ciała, wyznacza w ten sposób los człowieka fatalistycznie bez uwzględnienia czynników zewnętrznych.

W historii najgroźniejszym przykładem całkowitego upadku pseudonaukowych koncepcji idealistycznych są fatalistyczne koncepcje psychiatrii faszystowskiej. W praktyce doprowadzają one do sterylizacji i do uśmiercania chorych umysłowo.

Idealistyczny kierunek psychologii głębi, uznając prymat nieświadomych sił nad świadomością ludzką, przesuwając celowo punkt ciężkości zainteresowań ze świadomości na motywy ludzkiego działania. Nadanie tym motywom biegu wygodnego dla istniejących w ustroju kapitalistycznym warunków tłumaczy wielki rozwój psychoanalizy w państwach kapitalistycznych. Według idealistycznych koncepcji rozwoju psychicznego istnieje fatalistyczna zależność losów dzieci od dziedzicznych czynników biologicznych. Teza o zależności cech i rozwoju psychicznego od budowy genów i teza o niezmienności środowiska są dzisiaj w świetle nowej genetyki koncepcjami nienaukowymi, praktycznie szkodliwymi. W związku z poglądami łączącymi etiologię najczęstszych chorób psychicznych z wrodzonymi właściwościami chorego ustroju, w związku z ostrym odgraniczeniem tzw. czynników endogennych od czynników egzogennych, w psychiatrii dominują tendencje sceptycyzmu leczniczego, niewiary w skuteczność zwalczania pewnych chorób psychicznych. Te błędne tendencje, wypływające ze szkodliwego przekonania o fatalizmie biologicznym, prowadzą często do całkowitego nihilizmu leczniczego.

Historia psychiatrii jest historią walki o materialistyczne poglądy przeciw zacofanym, bezpłodnym, szkodliwym poglądom idealistycznym. Wielką zasługą psychiatrii radzieckiej tkwi m. in. w tym, że w oparciu o dialektyczny materializm otwiera nowe możliwości badawcze i wiąże się ściśle z życiem oraz w tym, że nieustannie zwalcza hamujące postęp nauki teorie idealistyczne.

Błędy dotychczasowej psychiatrii polskiej wynikały z tego, że w międzywojennym ustroju polska myśl psychiatryczna znajdowała się pod silnym wpływem koncepcji idealistycznych, hołdowała tendencjom kosmopolitycznym i zupełnie odgradzała się od osiągnięć psychiatrii radzieckiej. W okresie powojennym pojawiają się niepokojące objawy dotyczące

kierunku polskiej psychiatrii, objawy świadczące o tym, że nieznaczną część polskich psychiatrów nawraca do błędnych, idealistycznych koncepcji przedwojennej psychiatrii polskiej.

Obowiązkiem polskiej psychiatrii jest zerwać z tymi idealistycznymi kierunkami, ze szkodliwymi wpływami kosmopolityzmu w nauce. Polska psychiatria w oparciu o postępowe tradycje własne, w oparciu o to wszystko co w skali światowej jest postępowe i przodujące, w oparciu o zdobycze psychiatrii radzieckiej, w zrozumieniu zadań jakie stoją przed nauką w państwie budującego się socjalizmu, w zrozumieniu jak najlepszego praktycznego wywiązania się ze swoich obowiązków w stosunku do społeczeństwa, polska psychiatria dzięki wspólnemu wysiłkowi wszystkich polskich psychiatrów musi rozwinąć twórczość naukową stosując metodę materializmu dialektycznego i stając się w ten sposób nauką w pełni postępową.

II.

Feliks Kaczanowski

KRYTYKA MECHANISTYCZNEGO MATERIALIZMU W PSYCHIATRII

- 1) *Co to jest materializm mechanistyczny? Jakie są cechy materializmu mechanistycznego, szczególnie w odniesieniu do naszego przedmiotu?*

Kapitałne zagadnienie filozofii nowożytnej: stosunek ducha do materii, inaczej mówiąc psyche do somy, lub myślenia do bytu materialista wyobraża sobie następująco:

Materia — to świat, przyroda, ziemia, byt; to, co nam pokazują nasze doznania zmysłowe, nasze spostrzeżenia; co poznajemy jako świat zewnętrzny (*Lenin*: „Materia jest obiektywną rzeczywistością daną nam we wrażeniach zmysłowych“).

Duch — to nasza świadomość, nasza myśl, wyobrażenia rzeczy, które zmysłowo poznajemy dlatego, że one istnieją w zewnętrznym otaczającym nas świecie.

Materialista dialektyk odróżnia w każdej sytuacji materię jako byt przedmiotowy od cechy czy funkcji materii. Dialektyk nie nazwie materią czasu, przestrzeni, ruchu, siły, życia, myśli, choć istnieją one obiektywnie jako cechy, czy formy bytu materii. Materią nie są tak samo ustroje społeczne czy kultura umysłowa.

Odróżniając w każdej sytuacji byt od myśli — dialektyk psycholog i dialektyk psychiatra odróżnia mózg jako materię — byt i wyobrażenia jako ducha — myśl.

Rozróżniamy dwa kierunki materializmu*): materializm mechanistyczny i materializm dialektyczny. Materializm mechanistyczny opiera się w gruncie rzeczy na metodzie myślenia metafizycznego; metoda ta stosuje w myśleniu:

- 1) zasadę tożsamości,

*) Zob.: *Georges Politzer* „Wykład teorii“.

2) zasadę oddzielania zjawisk jednych od drugich, jako niepowiązanych, odosobnionych,

3) zasadę stosowania absolutnych, niezmiennych, wiecznych podziałów między rzeczami czy zjawiskami,

4) zasadę przeciwstawienia sobie rzeczy lub zjawisk przeciwnych poza jednoczesną, zorganizowaną całością.

W psychologii myślenie metafizyczne doprowadza do utożsamiania zjawiska psychicznego ze zjawiskiem fizjologicznym, do utożsamiania psychologii z biologią, świadomości z odruchem; w psychopatologii myślenie to doprowadza do utożsamiania jakichś objawów psychopatologicznych z określonymi zmianami organizacyjnymi; w nauce o umiejscowieniu czynności psychicznych do umiejscawiania np. świadomości w określonym miejscu kory mózgowej, określonym zakreście płatów czołowych; w nauce o umiejscowieniu zaburzeń psychicznych do odgraniczzonego umiejscowienia np. halucynacji słuchowych w określonych miejscach kory mózgowej (np. płatów skroniowych).

W filozoficznych poglądach mechanistów XVII w. świat jest modelem mechanicznym, jest maszyną, w której ruch odbywa się stale i mechanicznie. W fizjologii neurologicznej wieku XVII i XVIII mechanistyczne ujęcie dali i rozwijali *Thomas Willis* i *Kartezjusz* oraz późniejszy *La Mettrie*, który w sposób niemal klasyczny zastosował wulgarnie miernik mechaniki do procesów natury chemicznej i organicznej układu nerwowego.

2) *Czy w naukach psychiatrycznych istnieją mechanistyczne poglądy i które do nich zaliczyć należy?*

Jako pouczający przykład stosowania wulgarnego materializmu XVIII w. w psychofizjologii przytoczyć można poglądy *Galla*.

Pogląd *Galla*, że właściwości charakteru i umysłu są wrodzone, że mózg jest narządem warunkującym powstanie i rozwój różnych skłonności, uczuć i uzdolnień umysłowych, że składa się on z tylu poszczególnych organów, ile jest typowych instynktów, uczuć i zdolności umysłowych — jest poglądem mechanistycznym i odpowiada w rzeczywistości klasycznym, wulgarnym poglądom *Büchnera*, *Vogta* i *Moleschota**): „mózg wydziela myśl tak, jak wątroba wydziela żółć“.

Dla mechanistów środowisko społeczne pełne żywych treści, dynamicznych tendencji i potrzeb na pewnym etapie w swym historycznym rozwoju — środowisko takie nie bierze udziału w powstawaniu myśli, uczuć, wyobrażeń, nie włącza się w treść tego, co dialektycy uważają za

*) Zob.: *W. I. Lenin* „Materializm a Empiriokrytycyzm“ Rozdz. 1, str. 50

świadomość — jako odbicie rzeczywistości, a mechanisci za produkt pracy mózgu.

Mechanistyczna lokalizacja w mózgu czynności psychicznych opierana jest od początku XIX stulecia na szeroko rozbudowanych pracach doświadczalnych anatomów i fizjologów takich jak *Bell, Bruillard, Daks, Brocca, Jackson, Fritsch, Hitzig, Ferrier, Munk* i inni. Niemiecka szkoła mechanistów zapoczątkowana przez *Griesiengera*, rozwinięta została przez *Meynerta* i jego ucznia *Wernickego*. *Meynert* tworzy w swych koncepcjach mechanistycznych plan budowy mózgu i na podstawie zmian, jakie zachodzą w tej budowie, usiłuje zrozumieć zaburzenia czynności psychicznych. Tworzy całe pola projekcyjne, ośrodki mózgowce posiadające całe funkcje. Wyciąga daleko idące wnioski dotyczące anatomii, fizjologii, psychologii i psychopatologii.

Dla *Wernickego* zaburzenia psychiczne to choroby mózgu, to wytwory mózgowce; umiejscawiając czynności psychiczne w polach projekcyjnych mózgu, zaburzenia psychiczne rozumie on jako zaburzenia narządu kojarzeniowego; w ten sposób *Wernicke* mechanistycznie anatomizuje życie psychiczne i takie objawy chorobowe, jak omamy, rozpad osobistości, zaburzenia orientacji lub stany podnieceń.

Przedłużeniem psychofizjologii mechanistycznej (psychofizjologicznych-anatomicznych paralelizmów) szkoły niemieckiej jest współczesna nauka lokalizacyjna *Kleist*a, który w sposób drobiazgowy rozwija poglądy *Meynerta, Wernickego, Stransky'ego*. *Kleist* wiąże świadomość człowieka z trzema piętrami anatomicznymi, koronując mechanistyczne koncepcje o podłożu anatomicznym jaźni wszystkich poprzednich mechanistów.

Podobne próby odgranliczonego lokalizowania świadomości dawali: *Haskovec, Gerstman, Schilder*.

Koncepcje mechanistyczne, które miały znaleźć fizjologiczne rozwiązanie dla takiego zjawiska psychicznego jak kojarzenie, tworzyli *Meynert, Wernicke, Ziehen, Loeb, Flechsig*. Koncepcje te nazywane były przez *Nissela* „dogmatyzmem spekulatywno-anatomicznym“, mówiąc językiem niniejszego referatu należy je nazwać koncepcjami materialistyczno-metafizycznymi.

Ten sam charakter noszą poglądy *Kleist*a na rolę płatów czołowych, w których mieścić się ma — zwłaszcza w ich dolnych częściach — siedlisko osobowości, a w ich górnych częściach (sklepistości) — siedlisko „inteligencji, myślenia i orientacji“.

3) Do czego prowadzi metoda mechanistycznego ujmowania zjawisk psychicznych i ich zaburzeń?

Przytoczone powyżej przykłady obrazują próbę zbudowania mechanicznego modelu psychiki ludzkiej w ramach materialistycznego poglądu na świat.

Od czasu odkrycia i sprecyzowania metody dialektycznej — materialistycznego poznania, wszelkie wulgaryzowanie myśli materialistycznej, mechanistyczne ujmowanie praw rozwojowych w przyrodzie — a więc również i w naukach o mózgu i myśleniu — należy traktować jako odchylenie od naukowego poglądu na świat, jako ujęcia fałszywe, antynaukowe, antydialektyczne. Takiego odchylenia dopuścili się twórca refleksologii *Bechterew* oraz radziecki psycholog marksista *Korniłow* sądząc, że materializm wymaga sprowadzenia zjawisk psychicznych do zjawisk biologicznych, psychologii do fizjologii, że można zastąpić całkowicie naukę o zjawiskach psychicznych nauką o odruchach.

Tworzenie mechanistycznego modelu psychiki ludzkiej doprowadza do niedoceniań lub nieuznawania świadomości ludzkiej jako czynnika będącego — z jednej strony odzwierciedleniem rzeczywistości, z drugiej strony jako czynnika będącego czynnym, dynamicznym elementem biorącym udział w kształtowaniu rzeczywistości, zdolnym do przekształcania warunków bytu.

Leninowskie dialektyczne ujęcie świadomości psychicznej człowieka wskazuje na to, że istota rozwoju psychicznego polega na coraz doskonalszej zdolności odzwierciedlania rzeczywistości, na lepszym orientowaniu się w rzeczywistości, lepszym w niej działaniu.

Mechanistyczne wulgaryzowanie nauk materialistycznych musi doprowadzać do staczania się wszelkich odchyłeń antydialektycznych na pozycje nienaukowe — idealistyczne, o które opiera się obrona tradycyjnych form bytu i myślenia.

Przykładem takiego staczania się jest rozwój amerykańskiej psychologii behawiorystycznej, dla której człowiek jest ustrojem zbudowanym na kształt mechanizmu, który żyje i rozwija się bez zdolności do uświadamiania sobie własnego bytu i działania. Behawioryzm Watsona odrzuca rolę i znaczenie mózgu człowieka i psychiki ludzkiej zarówno w poznawaniu świata zewnętrznego jak i w regulowaniu życiowej działalności człowieka. Behawioryzm mierzy psychikę człowieka — psychiką zwierzęcia doświadczalnego — zoologizuje człowieka (*Tollm*): „wszystko, co ważne jest dla psychologii może być wyjaśnione drogą kontynuowania teoretycznej i doświadczalnej analizy przyczyn zachowania się szczura w labiryncie“ (wg. radzieckiego psychologa — *Jaroszewskiego*). „Szczur stał się symbolem burżuazyjnej, amerykańskiej psychologii“ (*Jaroszewski*), która nie uznaje świadomości ludzkiej — zbyt niebezpiecznej dla klasowych interesów burżuazji.

Oficjalna propaganda tego klasowego kierunku w psychologii amerykańskiej, szerzona dla klasowych celów wychowawczych, jest przykładem odchylenia mechanistycznego nauki staczającej się na pozycje obrony interesów imperializmu.

4) *Czy istnieje i jaki jest związek światopoglądu z nauką psychiatriczną i organizacją ochrony zdrowia psychicznego?*

Fałszywa ideologia, błędna teoria i szkodliwa praktyka stanowią powiazaną, konsekwentną całość.

Światopogląd jest busolą, która pomaga pracownikowi naukowemu orientować się w olbrzymim materiale faktycznym, kierować myśl badacza na odpowiednie tory, dawać wskazówki metodologiczne, przyspieszać rozwój nauki i rozwój praktycznej organizacji życia.

Z idealistycznym poglądem na świat związany jest fatalizm w ujmowaniu natury człowieka, natury rozwoju psychicznego i natury zaburzeń psychicznych. Z niewiary w możliwość wyleczenia wynika nihilizm w leczeniu, a dalej w prostej linii zły stosunek do chorego psychicznie.

Rewolucyjne zmiany w opiece nad chorymi psychicznie wprowadzone przez *Pinela* mają swe źródło w wychowaniu ówczesnych psychiatrów na poglądach encyklopedystów.

Zły stosunek do chorego psychicznie w zakładach detencyjnych, prowadzonych przez zakony, — pozbawiony elementów istotnie humanitarnych — był koniecznością wynikającą z fatalistycznego, religijnego światopoglądu.

Ludobójstwo hitlerowskie i zbrodnia masowego wyniszczania chorych psychicznie było następstwem rasistowskich poglądów, których geneza tkwi w idealistycznym światopoglądzie.

Złe piętno stosunków ustrojowych nosi opieka nad chorymi psychicznie w Anglii i Stanach Zjednoczonych (dostęp do zdobyczy naukowych i lepszej technicznie opieki jest elitarny, nieupowszechniony).

W Z. S. R. R. po Rewolucji Październikowej, a w Polsce po ostatniej wojnie — właśnie w konsekwencji marksistowsko-leninowskiego światopoglądu, rodzi się optymizm lekarski i socjalistycznie humanitarny stosunek do chorego.

W krajach postępu nie może utrzymać się bonifratersko-albertyński typ opieki nad chorym psychicznie dorosłym i dzieckiem.

* * *

Marksistowsko-leninowska nauka daje nam dialektyczne rozumienie psychiki człowieka historycznego, związanego z warunkami swego bytu, zlokalizowanego w czasie i przestrzeni, w których „dzisiejsza istota

żyjąca jest wynikiem długiego łańcucha rozwojowego, ciągnącego się od stanu prostego do bardziej złożonego“ (*Engels*).

Psychika człowieka, w odróżnieniu od psychiki szczura, jest nie tylko przedmiotem, ale i podmiotem ewolucji w przyrodzie i rozwoju stosunków ludzkich. Dialektyczne ujęcie psychiki ludzkiej ma rewolucyjne znaczenie dla zrozumienia roli świadomości człowieka w dalszym rozwoju stosunków społecznych, w którym wszelkie tradycyjne formy ustępować zawsze muszą postępowemu rozwojowi.

III.

Mieczysław Kaczyński

ZNACZENIE MATERIALIZMU DIALEKTYCZNEGO W PSYCHIATRII

Ani kierunki idealistyczne ani prymitywno-materialistyczne nie mogły wnieść twórczej i postępowej myśli i pracy do zagadnienia stosunku tzw. zjawisk psychicznych do czynności mózgu.

Twórczość *Pawłowa* stworzyła w tej dziedzinie zasadniczy przełom. Odruch warunkowy — element nabyty w życiu osobniczym, nierozłącznie związany z ustrojem i wpływami świata zewnętrznego, wykazany doświadczalnie, modyfikowany i dziedziczony — stał się fizjologiczną podstawą czynności psychicznych.

Teoria i prawa odruchów warunkowych, procesy pobudzenia i hamowania indukcji itp. z ich żywą dynamiką — pozwoliły nie tylko poznać materialną stronę normalnych czynności psychicznych, ale także i czynności patologicznych.

Analiza światopoglądu i twórczości *Pawłowa* stwierdza, iż był on materialistą i stosował metodę dialektyczną myśli i pracy. W znanych jego poglądach na istotę fizjologiczną psychoz, etiologię schizofrenii, w podkreślaniu znaczenia czynników zewnętrznych, „trudności życiowych“, w podkreślaniu znaczenia drugiego układu sygnalizacyjnego w jego symptomatologii — znajdujemy doskonały wyraz poglądu *Pawłowa*, który uznawał wtórność i materialność psychiki, zależność jej od środowiska i wpływów zewnętrznych.

Pawłow był przedstawicielem badaczy, których twórczość jest uważana za doświadczalne potwierdzenie słuszności założeń filozoficznych i metodologicznych materializmu dialektycznego. Do rzędu tych badaczy należą też jego współpracownicy i następcy. Od znakomitych fizjologicznych prac *Orbeliego* do psychiatrycznych prac *Popowa* można wymienić wiele nazwisk, które przyniosły nauce i psychiatrii nowe, postępowe zdobycze wiedzy. Prace te spowodowały przewrót w ujęciach czynności układu nerwowego, dziedziczności, lecznictwie, zapobieganiu. Prace te wykazują znaczenie materializmu dialektycznego w rozwoju psychiatrii.

Materializm dialektyczny rozszerza wpływ układu nerwowego na najszerszy zakres czynności ustroju. Układ nerwowy bowiem organizuje i reguluje wszystkie prawidłowe i patologiczne czynności życiowe ustroju, jednolitość organizmu reguluje jego stosunek do środowiska zewnętrznego. Poznanie zmian patologicznych to pogłębienie fizjologii doświadczalnej, bez której klinika nie wniknie w złożoną istotę zjawisk, to praca zespołowa klinicystów, patologów i fizjologów.

Metoda dialektyczna to ujmowanie przedmiotów i zjawisk na tle wzajemnego oddziaływania, powiązania i uwarunkowania, to badanie ich w ustawicznej zmienności, ruchu i przekształceniach, to ujmowanie procesu jako jedności zmian ilościowych i jakościowych, rozwoju, którego źródłem dynamicznym jest jedność i walka przeciwieństw.

Człowiek jest częstką materialnego świata; jego świadomość, poznanie, stanowiąc odbicie tego obiektywnego świata podlegają prawom materii. Prawa te w dziedzinie fizjologii mózgu, stwierdzone doświadczalnie na zwierzętach nie mogą być zbyt mechanistycznie przenoszone na człowieka. Ale samo ich wykrycie tak jak i inne osiągnięcia, wspomnianych i wielu nie wspomnianych tu badaczy, są pełnym uzasadnieniem wartości metody dialektycznej w nauce i jej istotnego znaczenia w rozwoju psychiatrii.

Materializm dialektyczny i jego metoda odrzucają sztywny formalizm pojęć, jednostronność założeń i tendencji. Fatalizmowi dziedziczenia, nihilizmowi leczniczemu przeciwstawiają nową, doświadczalną wiedzę, w której nie ma ani niezmiennego pojęcia nieuleczalności, ani sterylizacji, a jest człowiek o nieograniczonym poznaniu, tworzący nowe środowisko, nową rzeczywistość naukową i społeczną, nową drogę do urzeczywistnienia ludzkich dążeń humanitarnych.

Eugeniusz Wilczkowski

Z kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Łodzi
(Kierownik : prof. dr med. E. Wilczkowski)

O PSYCHO-CHEMICZNYCH ODRUCHACH WE KRWI
U LUDZI PRZY NASTAWIENIU NA SPOŻYCIE
I PRZY NASTAWIENIU NA PRACĘ

Treść

WSTĘP

- Rozdział I. Psycho-chemiczne odruchy we krwi u ludzi, ich miejsce w nauce odruchowości warunkowej oraz sposoby badania.
- Rozdział II. Odruch psycho-cukrowy i odruch psycho-chlorkowy przy nastawieniu na spożycie oraz ich zachowanie się u chorych psychicznie.
- Rozdział III. Odruch psycho-cukrowy przy nastawieniu na pracę — stwierdzenie istnienia.
- Zakończenie.

Wstęp

Fizjologia kory mózgowej posunęła się wielkimi krokami naprzód dzięki nauce o odruchach warunkowych, rozwiniętej w całej swej okazałości przez *Pawłowa* i jego uczniów. Praca, prowadzona latami przez zespół uczonych, pozwoliła na ustalenie odpowiedniej metodyki badań i pewnych praw czynności korowej. Polskę zaszczytnie reprezentuje w tej dziedzinie *Konorski*. Szkoła *Bykowa* za pomocą niezliczonych doświadczeń ustaliła powiązanie czynności kory mózgowej z narządami wewnętrznymi i procesami tkankowymi.

Stwierdzone przeze mnie zjawiska, które nazwałem odruchami psycho-chemicznymi, oparte są na zasadach nauki o odruchowości warunkowej.

Rozdział I

Odruchem psycho-chemicznym we krwi u człowieka nazwałem zmianę w poziomie składnika chemicznego na zastosowanie określonego bodźca

psychicznego, np. obniżenie się poziomu cukru we krwi na widok cukru lub obniżenie się poziomu chlorków we krwi na widok soli kuchennej. Miejsce opisanych przeze mnie zjawisk w ogólnej nauce odruchowości warunkowej określają następujące momenty:

1. Odruchy psycho-chemiczne są odruchami warunkowymi wytworzonymi przez samo doświadczenie życiowe, nie zaś odruchami warunkowymi wypracowanymi w warunkach pracownianych.

2. Odruchy psycho-chemiczne stanowią w zakresie badań fizjologicznych, a w szczególności w zakresie badań nad odruchowością warunkową nową dziedzinę, a mianowicie: dziedzinę zjawisk chemicznych.

3. Zdolność oddziaływania naszego ustroju na bodźce psychiczne przy pomocy układu wegetatywnego, związanego z przyjmowaniem pożywienia, nie ogranicza się tylko do ogólnie znanych reakcji przewodu pokarmowego, lecz istnieje głębiej, a mianowicie we krwi.

4. Wybiórczość reakcji naszego ustroju przemawia za istnieniem swoistych dla każdego bodźca psychicznego odruchów chemicznych we krwi, a mianowicie: cukrowego odruchu na widok cukru, chlorkowego na widok soli kuchennej, białkowego na widok jajka itd.

5. Samo doświadczenie życiowe wytwarza w nas od dziecka niezliczone odruchy warunkowe, które należy wyzyskać dla celów klinicznych. Szczególnie dotyczy to odruchów związanych z układem wegetatywnym. Badanie odruchów psycho-chemicznych może stanowić metodę klinicznego badania sprawności ośrodków wegetatywnych. Dają porównanie. Porażenie połowicze daje zespół objawów, na podstawie którego możemy wnioskować o uszkodzeniu ośrodków ruchowych. Tak samo pewne zespoły w odruchowości psycho-chemicznej, przy innych prawidłowych stosunkach w ustroju, mogą stanowić podstawę do wnioskowania o sprawności ośrodków wegetatywnych.

Opracowałem następujące dwa sposoby badania psycho-chemicznych odruchów we krwi u ludzi, a mianowicie:

1. Sposób badania ze wzmacnianiem bodźca.

2. Sposób badania z odwołaniem bodźca.

Badanie ze wzmacnianiem bodźca przebiega w sposób następujący. Podaję na przykładzie z cukrem.

Właściwe badanie na odruch warunkowy cukrowy poprzedza przedwstępne badanie kontrolne. Badanie kontrolne i badanie na odruch wykonywane się u tego samego chorego, w tych samych warunkach, przy tym badanie kontrolne poprzedza badanie na odruch zazwyczaj o tydzień.

Warunki badania: badany jest na czczo; badany nie wie, w jakim celu wezwany jest do pracowni; pobiera się dwie próbki krwi w odstępie 10 minut. Próbki są badane na zawartość cukru. Po zapisaniu danych uzyskanych w obu próbkach ustala się różnicę w poziomie cukru pomiędzy obu próbkami, przy czym oznacza się ją znakiem plus, względnie minus w stosunku do próbki pierwszej.

Właściwe badanie na odruch obejmuje nadto zastosowanie bodźca psychicznego. Natychmiast po pobraniu pierwszej próbki wyjmuje się z ukrycia cukier w kostkach rozsypany na talerzu i zapowiada się, że po 10 minutach badany będzie mógł spożyć tyle cukru, ile zapagnie, chociażby całą wystawioną ilość. W okresie omawianych 10 minut badacz stara się wzbudzić u badanego apetyt na cukier przy pomocy rozmowy o słodyczach. Po upływie 10 minut pobiera się drugą próbkę krwi i dopiero po jej pobraniu pozwala się badanemu na spożycie cukru w dowolnej ilości. Należy podkreślić, że cukier podaje się po pobraniu obu próbek, a zatem spożycie cukru nie może wpłynąć na jego zawartość w próbkach.

Badanie ma na celu ujawnienie wahań fizjologicznych w poziomie cukru u chorego badanego na odruch. W badaniu na odruch próbka pierwsza daje wyjściowy poziom cukru, poziom przed zastosowaniem bodźca, zaś próbka druga daje poziom cukru stanowiący reakcję na bodziec psychiczny. Różnica w zawartości cukru pomiędzy pierwszą, a drugą próbką w badaniach kontrolnych odpowiada fizjologicznym wahaniom cukru, zaś w badaniach na odruch — wahaniom fizjologicznym i wahaniom uzależnionym od bodźca psychicznego. Zestawienie różnic daje nam możliwość wnioskowania o reakcji psychicznej.

Sposób badania z odwołaniem bodźca jest następujący:

Badanie z odwołaniem bodźca nie wymaga przedwstępnego badania kontrolnego. Badanie na odruch przebiega analogicznie do sposobu poprzedniego, do chwili pobrania próbki drugiej włącznie. Po pobraniu próbki drugiej nie pozwala się na spożycie cukru, lecz zabiera się cukier, chowa i zapowiada, że cukru się nie da. Po 45 minutach obojętnej rozmowy pobiera się próbkę trzecią.

Badanie odruchu z odwoływaniem bodźca ma na celu upodobnienie badania odruchu psycho-chemicznego do zwykłego klinicznego badania odruchów, chociażby kolanowego. Okres stosowania bodźca odpowiadałby chwili uderzenia młotkiem, zaś moment odwołania bodźca — chwili oderwania młotka. Trzy próbki mają stwierdzić: pierwsza — stan przed badaniem odruchu, druga — odchylenie po zastosowaniu bodźca — moment analogiczny do wzniesienia się podudzia przy badaniu odruchu kolano-

wego; zaś próbka trzecia — moment zakończeniowy, odpowiadający opadnięciu podudzia. Liczby dotyczące poziomu cukru uzyskiwane w trzech próbkach od razu dają wynik, który możemy też przedstawić w postaci wykresu. W badaniach moich uzyskałem wyniki w postaci kątów, obróconych wierzchołkiem prawie wyłącznie ku dołowi.

W sprawie stosowania pierwszego czy też drugiego sposobu w ogólnym rzucie pragnę podać, co następuje.

Sposób badania ze wzmacnianiem bodźca, czyli sposób dwóch etapów: kontrolnego i na odruch, zastosowałem do badań w większej liczbie przede wszystkim w celu stwierdzenia istnienia psycho-chemicznych odruchów we krwi u ludzi. Sposób ten dawał liczby kontrolne i liczby na odruch. Podawanie cukru do spożycia po zapowiedzi było konieczne ze względu na innych chorych, których się miało dopiero badać. W razie nie podawania cukru większa liczba chorych wiedziałaby wkrótce, że po zapowiedzi cukru się nie podaje, co mogłoby wpłynąć ujemnie na wynik badań.

Sposób badania z odwołaniem bodźca zastosowałem na razie w kilkunastu przypadkach. Sposób z odwoływaniem bodźca posiada przewagę w stosunku do sposobu ze wzmacnianiem — pod następującymi względami: badanie odbywa się jednego dnia i wymaga oznaczeń chemicznych w trzech próbkach, nie zaś w czterech. Nie nadaje się jednak sposób z odwołaniem bodźca, jak się zdaje, do badań masowych, lecz raczej do badań przychodzących pojedynczych chorych.

Uogólniając, możemy powiedzieć, że dopiero większa liczba badań, dokonana w różnych warunkach, może ustalić wskazania do stosowania jednego lub drugiego sposobu badania.

Czas w ilości 10 minut pomiędzy pobraniem próbki pierwszej i drugiej, a zatem czas stosowania bodźca, oraz czas 45 minut pomiędzy pobraniem próbki drugiej i trzeciej, a zatem czas po odwołaniu bodźca, przyjąłem jako maksymalny. Badania nad najkorzystniejszym czasem zostaną dokonane.

R o z d z i a ł I I

Koncepcja psycho-chemicznych odruchów we krwi u ludzi powstała u mnie w 1932 r.

Przed wszystkim starałem się stwierdzić fakt ich istnienia. Badania zostały dokonane na chorych psychicznie. Po wykonaniu prób, dotyczących sposobu badania, zatrzymałem się na sposobie badania ze wzmac-

nianiem bodźca i wykonałem pierwszą serię badań, której wyniki ogłosiłem w 1937 r.

Materiał faktyczny składał się z 10 przypadków, zbadanych na odruch psycho-cukrowy i z 8 przypadków na odruch psycho-chlorkowy.

Wyniki uzyskane w badaniach na odruch psycho-cukrowy uwidacznia zestawienie Nr 1.

Z e s t a w i e n i e N r 1

Wyniki badania psycho - cukrowego odruchu we krwi przy nastawieniu na spożycie

Osoby badane		Przedwstępne badania kontrolne				Badania na odruch			
Nr badanego	Rozpoznanie	Data	Próby		Różnica	Data	Próby		Różnica
			1	2			1	2	
1	p. p.	3.IV.	114	114	0	10.IV.	128	124	—4
3	„	3.IV.	124	124	0	10.IV.	95	92	—3
4	„	3.IV.	116	114	—2	10.IV.	102	108	+6
13	„	8.IV.	104	102	—2	10.IV.	121	112	—9
14	„	8.IV.	111	109	—2	24.IV.	97	104	+7
6	epil.	5.IV.	115	115	0	14.IV.	104	108	+4
7	„	5.IV.	99	99	0	14.IV.	99	91	—8
8	„	5.IV.	95	94	—1	14.IV.	100	95	—5
11	„	7.IV.	112	110	—2	26.IV.	119	115	—4
17	idiot.	17.IV.	124	122	—2	24.IV.	119	113	—6
Suma różnic badań kontrolnych					11	— badań na odruch			56

Jak wynika z przytoczonego zestawienia, każdy z badanych wykazał w przedwstępnym badaniu kontrolnym mniejszą różnicę pomiędzy pierwszą a drugą próbką niż w badaniu na odruch. Przy dodaniu wszystkich różnic, uzyskanych u wszystkich badanych, badania kontrolne dają 11, zaś badaniach na odruch 56. Suma różnic w badaniu na odruch jest zatem pięciokrotnie wyższa od sumy różnic badań kontrolnych.

W warunkach całkowicie podobnych badałem istnienie odruchów psycho-chlorkowych. Bodziec stanowiła sól kuchenna i zapowiedź jej spożycia.

Wyniki uwidacznia zestawienie Nr 2.

Zestawienie Nr 2

Wyniki badania psycho-chlorkowego odruchu we krwi przy nastawieniu na spożycie

Osoby badane		Przedwstępne badania kontrolne				Badania na odruch			
Nr. badanego	Rozpoznanie.	Data	Próby.		Różnica	Data	Próby		Różnica
			1	2			1	2	
2	p. p.	3. IV	433	433	0	12. IV	462	445	—17
9	„	5. IV	416	416	0	12. IV	409	398	—11
10	„	7. IV	421	421	0	19. IV	427	409	—18
18	„	17. IV	415	409	—6	19. IV	433	427	— 6
15	epil.	8. IV	427	421	—6	15. IV	404	392	—12
16	„	8. IV	451	445	—6	15. IV	421	416	— 5
12	imb	7. IV	421	416	—5	15. IV	416	398	—18
19	„	17. IV	409	409	0	19. IV	409	398	—11
Suma różnic: badań kontrolnych					23	— badań na odruch			98

Jak wynika z przytoczonego zestawienia, dodanie wszystkich różnic, uzyskanych u wszystkich badanych, daje w badaniach kontrolnych liczbę 23, zaś w badaniach na odruch 98. Suma różnic w badaniach na odruch jest zatem więcej niż czterokrotnie wyższa od sumy różnic badań kontrolnych.

Liczby uzyskane przeze mnie w badaniach na odruch przy porównaniu ich z wynikami kontrolnymi, otrzymanymi u tych samych badanych, a zwłaszcza podobieństwo w zachowaniu się cukru i chlorków w poszczególnych badaniach na odruch w sensie skłonności do obniżenia się poziomu składnika chemicznego we krwi przemawiają za tym, że psycho-chemiczne odruchy istnieją i że istnieją jako odruchy swoiste na każdego rodzaju bodziec stosowany przeze mnie.

Wyżej podane odruchy zostały uzyskane po zaproponowaniu spożycia cukru względnie soli kuchennej, stanowią one zatem odruchy uzyskane przy nastawieniu na spożycie. Wobec powyższego proponowałbym następujące określenia dla wyżej omówionych odruchów, a mianowicie:

1. odruch psycho-cukrowy przy nastawieniu na spożycie,
2. odruch psycho-chlorkowy przy nastawieniu na spożycie.

Dodanie bliższego określenia w postaci wyrazów: „przy nastawieniu na spożycie“ jest w obecnym okresie badań konieczne ze względu na

istnienie psycho-cukrowego odruchu przy nastawieniu na pracę, istnienie którego stwierdziłem i opisuję w następnym rozdziale.

Przytoczyłem powyżej pierwszą serię badań nad istnieniem psycho-chemicznych odruchów we krwi u ludzi przy nastawieniu na spożycie. Pierwsza seria stanowi wzorzec, według którego zostały dokonane dalsze badania w tym samym kierunku.

Ogółem dokonano 61 badań na odruch psycho-cukrowy i 57 badań na odruch psycho-chlorkowy — razem 118 badań.

Dalsze badania miały na celu bardziej szczegółowe opracowywanie zagadnienia, w szczególności zaś spostrzeżenia nad zachowaniem się psycho-chemicznych odruchów w różnych postaciach chorobowych. Badano następujące postaci chorobowe: porażenie postępujące, epilepsję, oligofrenię i schizofrenię. Wyniki badań zostały ogłoszone w 1938 r. w pracy zawierającej 30 zestawień w postaci tablic w tekście.

W sprawie zasadniczego typu odruchów psycho-chemicznych przy nastawieniu na spożycie — pod względem kierunku, w jakim ulega zmianie poziom składnika chemicznego we krwi, a mianowicie obniżeniu, czy też podwyższeniu, — możemy powiedzieć, że dokonane przez nas obliczenia całego materiału przemawiają za tym, że za zasadniczy kierunek odczynu należy uważać obniżenie się poziomu składnika chemicznego we krwi. Tego rodzaju zachowanie się poziomu składnika chemicznego we krwi stałoby w zgodzie ze zdolnością przystosowania się odczynów ustrojowych i odpowiadałoby przygotowaniu się krwi do przyjęcia nowej porcji produktu spożywczego.

Badania, dotyczące zawartości w tych samych próbkach cukru i chlorków, w sposób zdecydowany przemawiały za wybiórczością odczynu. W badaniu na odruch psycho-cukrowy chlorki w zasadzie pozostawały w bezruchu, natomiast w badaniu na odruch psycho-chlorkowy cukier nie wykazywał wydatnych wahań.

Zachowanie się odruchów psycho-chemicznych w różnych postaciach chorobowych dałoby się — na podstawie obliczeń, dokonanych na moim materiale, określić w sposób następujący. Chorzy na porażenie postępujące i oligofrenicy wykazują odruchy psycho-chemiczne o nasileniu najwyższym; epileptycy — wysokim; schizofrenicy zaś oddziałują w sposób różnolity, dając nasilenie wysokie, dość wysokie, zaś nieraz — brak odruchów. Przy rozbiciu naszego materiału, dotyczącego schizofreników, na grupy: chorych raczej nie reagujących i chorych reagujących — mieliśmy możność spostrzeżenia, że w grupach nie reagujących znaleźli się chorzy sztucznie karmieni oraz, że w tych też grupach katatonicy stanowili bardzo wysoki odsetek, natomiast chorzy z objawami paranoidalnymi wykazali dużą przewagę w grupach reagujących.

Dotychczasowe wyniki, uzyskane na materiale klinicznym, uważam za ledwie za orientacyjne. Konieczne są dalsze systematyczne badania prowadzone według pewnego planu.

Rozdział III.

Jeszcze w 1939 r. miałem zamiar dokonania badań, mających na celu stwierdzenie istnienia innego typu psycho-chemicznych odruchów we krwi u ludzi, a mianowicie: psycho-chemicznych odruchów przy nastawieniu na pracę. Okres wojny i okupacja pozbawiły mnie możliwości badań naukowych laboratoryjnych.

Badania doświadczalne zostały dokonane dopiero w 1949 i w 1950 r. w kierowanej przeze mnie Klinice Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Łodzi.

Przy postawieniu zagadnienia kierowały mną następujące przesłanki.

1. Ustrój człowieka nabywa zdolności przygotowywania się drogą psychiczną do przyjęcia nowej porcji pożywienia: wydzielanie śliny, soku żołądkowego i stwierdzone przeze mnie obniżenie poziomu składnika chemicznego we krwi.

2. Ustrój nabywa zdolność przygotowania się drogą psychiczną do wykonywania pracy, co jesteśmy w możności uchwycić w zjawiskach fizjologicznych, jak np. przyspieszenie czynności serca.

3. Zjawiskom fizjologicznym, dotyczącym przygotowania się do pracy, powinny towarzyszyć zjawiska chemiczne.

4. Ustrój powinien zatem posiadać nabytą zdolność przygotowywania się do pracy również pod względem chemicznym.

5. Zdolność przygotowywania się do pracy w dziedzinie chemicznej może być uchwycona w postaci nabytych odruchów warunkowych, w szczególności odruchów psycho-chemicznych.

6. Najwięcej zainteresowanym składnikiem w pracy mięśniowej jest cukier — powinniśmy zatem uchwycić odnośne zjawisko w postaci odruchu psycho-cukrowego we krwi przy nastawieniu na pracę.

W doświadczeniach zastosowałem podany przeze mnie w rozdziale pierwszym sposób ze wzmacnianiem bodźca.

Przy wyborze bodźca zatrzymałem się na cegłach. Należało bowiem uważać, że każdy z badanych miał cegłę w rękę, chociażby w zabawach dziecięcych i czuł jej ciężar. Bodziec psychiczny polegał na pokazaniu wielkiej liczby cegieł przykrytych dotychczas prześcieradłem i na zapowiedzi, że badany ma przenieść pokazane cegły z jednego miejsca pokoju do przeciwległego.

Badania zostały dokonane na chorych na porażenie postępujące i na padaczkę. U chorych z powyższymi rozpoznaniem spodziewałem się naj-

wyraźniejszego uchwycenia zjawiska, bowiem, tego rodzaju chorzy wykazywali wysokie reakcje w badaniach odruchów psycho-chemicznych przy nastawieniu na spożycie. Ogółem zbadano 25 chorych.

Techniczna strona badań została całkowicie wykonana przez *Adama Bukowczyka*, asystenta Kliniki, przytem bardzo sumiennie i ściśle.

Wyniki podaję w zestawieniu Nr. 3.

Z e s t a w i e n i e N r 3

Wyniki badania psycho - cukrowego odruchu we krwi przy nastawieniu na pracę

Osoby badane		Przedwstępne badania kontrolne				Badania na odruch			
Nr badanego	Rozpoznanie	Data	Próba		Różnica	Data	Próba		Różnica
			1	2			1	1	
1m	II p. p.	28.1	90,5	89,5	— 1	13.12	96	92	—4
2m	„	28.1	92	97	+ 5	13.12	102	107	+5
3m	„	29.12	109	110	+ 1	27.12	112,5	122	+9,5
4m	„	28.1	110,5	110	— 0,5	27.12	122	122	0
5m	„	28.1	88,5	87,5	— 1	27.12	90,5	91,5	+1
6m	„	28.1	94	94	0	3.1	103	108	+5
7m	„	1.2	84	81,5	— 2,5	12.1	95	96	+1
8m	epil.	1.2	78	77	— 1	18.1	109,5	113	+3,5
9m	„	1.2	111	118	+ 2	18.1	103,5	106	+2,5
10m	II p. p.	1.2	103,5	103	— 0,5	12.2	101,5	104	+2,5
11m	epil.	13.4	82	81,5	— 0,5	12.2	98	106,5	+8
12m	II p. p.	8.4	100	101	+ 1	16.4	99	102,5	+3,5
13m	epil.	8.4	90	88,5	— 1,5	16.4	93	92,5	—0,5
14m	epil.	8.4	97,5	96	— 1,5	16.4	89,5	91,5	+2
15m	epil.	8.4	106	102	— 4	16.4	103	108	+5
16m	„	8.4	93	93,5	+ 0,5	16.4	85	85,5	+0,5
17m	„	15.4	79,5	80,5	+ 1	16.4	90	95,5	+5,5
18m	II p. p.	8.4	86,5	87,5	+ 1	16.4	91,5	98	+6,5
19k	„	13.4	81,5	83	+ 1,5	15.4	85,5	86,5	+1
20k	„	13.4	96	98,5	+ 2,5	15.4	100,5	104,5	+4
21k	„	13.4	87,5	88	+ 0,5	15.4	83	80,5	—2,5
22k	„	13.4	100	97	— 3	15.4	87	84	—3
23k	epil.	13.4	81	81	0	15.4	82	84	+2
24k	„	13.4	104,5	100	— 4,5	15.4	105	103	—2
25k	„	13.4	91,5	94,5	+ 3	15.4	87,5	87,5	0
Suma różnic badań kontrolnych					40,5	Suma różnic badań na odruch			80,0

Jak wynika z podanego zestawienia, suma różnic, uzyskanych u wszystkich badanych, wynosi dla badań kontrolnych 40,5, zaś dla badań na odruch 80,0. Suma różnic w badaniach na odruch jest zatem dwukrotnie wyższa od sumy różnic w badaniach kontrolnych. Zwraca uwagę, że mężczyźni reagowali przeciętnie lepiej od kobiet, chorzy na porażenie postępujące — lepiej od chorych na padaczkę. Zwraca też uwagę, że badani, zwłaszcza mężczyźni, reagowali prawie wyłącznie podwyższeniem poziomu cukru we krwi. Tego rodzaju odczyn jest wyrazem przystosowywania się ustroju do zamierzonych czynności, a mianowicie: przygotowanie się krwi do większej podaży cukru dla pracy mięśniowej.

Liczby uzyskane w badaniach na odruch przy porównaniu ich z liczbami kontrolnymi, otrzymanymi u tych samych badanych, a zwłaszcza kierunek reakcji, polegający na wzmożeniu poziomu cukru, przemawiają za tym, że psycho-chemiczne odruchy we krwi przy nastawieniu na pracę istnieją, a w szczególności istnieje odruch psycho-cukrowy swoisty dla pracy mięśniowej.

Zakończenie

Na zakończenie pragnąłbym omówić mogące się nasunąć zastrzeżenia, dać pewne wyjaśnienia i wyciągnąć ogólne wnioski, wpływające z całości kształtu przedłożonego materiału.

Liczba badań nie jest wielka. Oczywiście konieczne są badania na większym materiale klinicznym. Wiemy jednak, że zebranie większego materiału klinicznego dobrze dobranego pod względem obrazów klinicznych wymaga wielu lat pracy.

W przedłożonym przeze mnie materiale zwróciłbym raczej uwagę nie na liczbę wykonanych badań, lecz na kierunek odruchów. Przy nastawieniu na spożycie odruch polega zasadniczo na obniżeniu się poziomu składnika chemicznego we krwi, mieści się to w ramach przystosowania się ustroju do zamierzonych czynności: krew przygotowuje się na przyjęcie nowej porcji pożywienia. Przy nastawieniu zaś na pracę odruch polega zasadniczo na zjawisku odwrotnym, a mianowicie na wzmożeniu poziomu cukru we krwi, a zatem również mieści się w ramach przystosowywania się ustroju do zamierzonych czynności: krew przygotowuje się do większej podaży cukru do mięśni.

Sprawa odruchu idącego po linii przystosowywania się ustroju do zleconych czynności — czy też paradoksalnej — zależy w poszczególnym przypadku od nastawienia psychicznego. Np. murarz z rozpoznaniem porażenia postępującego po otrzymaniu zlecenia przynoszenia cegieł gorąco zaprotestował, twierdząc, że jest majstrem, że przynosić nie będzie,

że do tego ma pomocników. Odruch psycho-cukrowy przy nastawieniu na pracę wypadł w tym przypadku paradoksalnie. (Zestawienie Nr 3, chory Nr 1). Zagadnienie analizy nastawienia psychicznego wymaga specjalnych badań.

Omawiany materiał dotyczy chorych psychicznie. Trudno przesądzić, jakie mogą być osiągnięte wyniki w masowych badaniach na osobach zdrowych.

Zachowanie się omawianych odruchów w poszczególnych postaciach i możliwość istotnego zastosowania ich w klinice wymaga dalszej systematycznej pracy. Dotychczasowe wyniki należy uważać za zachęcające, tym bardziej że psycho-chemiczne odruchy przejawiają się w naszym materiale zgodnie z podstawowym prawem, według którego czynności ośrodków niżej położonych ulegają nasileniu, jeżeli zostają pozbawione hamującego działania ośrodków wyższych.

Uogólniając nasze wyniki jesteśmy w możności twierdzenia, że ustrój człowieka nabywa zdolność do przygotowania się pod względem chemicznym drogą psychiczną do wszelkiego rodzaju czynności fizjologicznych.

Э. Вильчковски

О ПСИХО-ХИМИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСАХ В КРОВИ У ЛЮДЕЙ ПРИ НАСТРОЙКЕ НА ПОТРЕБЛЕНИЕ И ПОДГОТОВКЕ К ТРУДУ

Содержание

Автор называет психо-химическим рефлексом в крови у человека явления описанные ним в 1937 году и ухваченные в форме рефлекса; они основываются на изменениях химического состава крови вследствие применения определенного химического импульса. Психо-химические рефлексы — это рефлексы условные и основанные самым опытом жизни. Идея автора идет к использованию для клинических целей многочисленных условных рефлексов, основанных самым жизненным опытом.

Автор приводит фактический материал, касающийся констатированного психо-химического рефлекса при настройке на еду. Самый вид сахара и возможность его потребления вызывает обнижение уровня сахара в крови; кровь приготавливается к принятию новой порции сахара. Колебания уровня сахара в крови у исследованных на рефлексе оказались пятикратно выше чем физиологические колебания, констатированные у этих же самых больных.

Автор приводит кроме того фактический материал, касающийся подтверждения существования психологического рефлекса при настройке на потребление поваренной соли. Колебания р уровне соляной кислоты четырехкратно выше нежели физиологические колебания полученные при помощи контрольных исследований. Поведение психо-химических рефлексов в различных болезненных формах на основании материала, опубликованного в 1948 г. может быть определено следующим образом: больные прогрессивным паралижем и олигофренией проявляют рефлексы с самым высоким напряжением; эпилептики — с высоким; ши-

зофреники реагируют различным способом, притом больные отказывающиеся от принятия пищи проявляют отсутствие реакции. Исследования последнего времени (1949/50) касаются подтверждения существования психо-химического рефлекса в крови у человека при подготовке к труду.

Самый приказ исполнения определенного физического труда вызывает увеличение уровня сахара в крови; кровь приготавливается большей отдаче сахара мышцам. Колебания в исследованиях над рефлексом результировали двоекратно выше от физиологических колебаний в контрольных исследованиях. Автор подчеркивает, что изменения в уровне химических элементов в крови в исследованиях описанных автором рефлексам идут по линии приспособления организма к намеренным действиям; при настройке на потребление уровень сахара подвергается обнижению, а при подготовке к труду уровень сахара подвергается повышению. Обобщая результаты — автор полагает, что человеческий организм приобретает способность приготовления с химической точки зрения психическим путем к всякого рода физиологическим функциям.

E. Wilczkowski

ON THE PSYCHO-CHEMICAL REFLEXES IN THE BLOOD
IN PERSONS SET UP FOR EATING AND SET UP FOR WORKING

Summary.

A phenomenon described by the author in 1937 which has been observed by him in the form of a reflex and which consists of the change of the level of chemical ingredient in the blood as a result of the application of a definite psychic stimulus, has been called by the author a psycho-chemical reflex in the blood.

Psycho-chemical reflexes are the conditional reflexes introduced by life experience itself. The author's conception goes towards the exploitation of numerous conditional reflexes introduced by life experience for therapeutic purposes.

The author presents concrete material concerning the existence ascertained by him of a psycho-sugar reflex when a person is set up for consumption. The very image of sugar and the suggestion of eating causes the lowering of the level of sugar in blood: the blood is preparing itself for the acceptance of a new portion of sugar. The oscillations in the level of the blood in the examinations for reflexes were five times higher than physiological oscillations ascertained in the same patients.

The author is presenting also concrete material concerning the existence of a psycho-chloric impulse in a person set up for the consumption of sodium chloride (common salt). The oscillations in the level of chlorides in the examinations for reflex were four times higher than physiological oscillations obtained by the way of control examinations.

The behaviour of psycho-chemical reflexes in various clinical forms on the basis of the material published in 1938, may be defined in the following manner. Those ill with progressive paralysis and oligophrenia show reflexes of the highest tension; epileptics — of a high tension; schizophrenics are reacting in a diverse manner, while the patients refusing to accept food show a lack of reaction.

The researches from the last period (1949 — 50) concern the existence of a psycho-sugar reflex in the blood in a man set up for work. The very order given to accomplish certain physical work causes the raising up of the level of sugar in blood: the blood is preparing itself for the greater supply of sugar to the muscles.

The oscillations in the examinations for the reflex were twice as high as physiological oscillations in control examinations.

The author points out that the changes in the level of the chemical ingredient in blood in the examinations for the reflexes described by him show the adjustment of the system to the intended activities ; when a person is set up for consumption — the level of sugar is lowered ; when she is set up for work — the level of sugar is rising up.

Summing up the results, the author states that the human organism acquires the ability to prepare itself from the chemical point of view by a psychic way to all kinds of physiological activities.

Władysław Chłopicki (Kraków)

OMAMY SŁUCHOWE JAKO SWOISTE ZABURZENIA CZYNNOŚCI MOWY ZE STANOWISKA NEUROPATOLOGII I PSYCHOPATOLOGII

Referat wygłoszony na Zjeździe Psychiatrów Polskich we Wrocławiu 28 maja 1950 r.
Na podstawie obszerniejszej pracy ogłoszonej w P. A. U. w r. 1949

Omamy, jak to podkreśla *Schröder*, nie są zjawiskiem ani prostym, ani izolowanym, zależnym wyłącznie od zadrażnienia jednej lub kilku komórek mózgowych, lecz na powstanie ich składa się szereg czynników. To też przy analizie zagadnienia omamów poruszane są zagadnienia anatomii układu nerwowego i jego fizjologii oraz neuropatologii a z drugiej strony zagadnienia psychologii, psychopatologii oraz psychiatrii szczegółowej. Zdania wszystkich, na ogół bardzo licznych autorów, zajmujących się zagadnieniem omamów, można podzielić na dwa zasadnicze kierunki względnie metody analizy zjawiska omamów: na kierunek neuropatologiczny i psychopatologiczny.

Złożoność objawu omamów obrazują przytoczone poniżej w sposób pobieżny poglądy na mechanizm powstawania omamów ze stanowiska neuropatologii i psychopatologii. Przez dłuższy czas w kierunku neurologicznym panowała teoria *Tamburini*, głosząca, że omamy są wyrazem stanu epileptoidalnego ośrodków zmysłowych, rzutujących na zewnątrz nagromadzone tam obrazy zmysłowe, podobnie jak epilepsja kory ruchowej jest wyrazem rzutowania na zewnątrz poszczególnych ruchów nagromadzonych w odnośnych komórkach ruchowych. W tzw. teorii obwodowej omamów podnoszono wpływ zadrażnienia nerwów zmysłowych na powstawanie omamów. Znane jest pod tym względem doświadczenie *Liepmanna*, wywoływanie omamów wzrokowych przy *delirium tremens* przez ucisk na gałki oczne. Ponadto posiadamy liczne piśmiennictwo dotyczące omamów, występujących pod wpływem uszkodzenia, schorzenia lub przejściowej zmiany czynności bądź to narządów zmysłowych bądź też odnośnych nerwów zmysłowych. Między innymi *Sokołow*,

Chwostek, *Goldstein* starali się zmieniać rytm i ton omamów słuchowych przez zmianę rytmu metronomu i dźwięku odpowiednich stroików lub przez stosowanie prądu elektrycznego. Uznano jednak (*Goldstein*), że obwodowe pobudzenie nerwów może być tylko powodem wystąpienia omamów, a istotną ich przyczyną jest swoista ośrodkowa skłonność, gdyż wywoływanie omamów drogą stosowania różnych bodźców udawało się tylko w ściśle określonych stanach psychicznych — albo w czasie przeżywania omamów, albo wkrótce po ich ustąpieniu. Podnetom zaś obwodowym przypada rola wpływania na kształtowanie się symptomatologii omamów — na szybkość i kierunek ruchów widzianych omamów (*Pick*) oraz na rytm i ton omamów słuchowych, jak o tym powyżej była mowa.

Do teorii obwodowej należy zaliczyć również pogląd *Morela* na powstawanie omamów wzrokowych w *delirium tremens*. Stwierdził on mianowicie istnienie w tych przypadkach tzw. skotomatów pozytywnych — plam przezroczystych różnej wielkości i kształtu, czasami drobnych, cienkich, punktowatych elementów o wyglądzie pudru, dymu, mgły, widzianych łatwiej jednym okiem niż dwuocznie i dlatego nazywanych przez niego omamami jednoocznymi. Wspomniane skotomaty pozytywne, będące wykładnikiem upośledzenia przewodnictwa w nerwach i drogach wzrokowych stają się podłożem do powstawania omamów przez uzupełnianie i przekształcanie widzianej mgły, pudru, dymu w akcie przeżywania omamów w przedmioty lub obrazy codziennego doświadczenia.

Ciekawą jest teoria omamów szkoły heidelbergskiej o przemianie czynności nerwowej (*Funktionswandel*), opartej na licznych doświadczeniach z upojeniem meskalinowym. Doświadczenia te potwierdzają między innymi często spostrzeganą zmianę składnika czasu w akcie odbierania spostrzeżeń u zameskalizowanych: — przede wszystkim patologiczne, długie ich trwanie oraz objawy odróżniczkowania się czynności nerwowej, co warunkuje zmianę charakteru i jakości doznawanych wrażeń i spostrzeżeń. Takie objawy spotykamy w opisach *Beringera*, gdy osoba zameskalinizowana obserwuje kogoś opierającego się o szafę i następnie odchodzącego od szafy — to widzi równocześnie jak ten ktoś dźwiga szafę na sobie — lub gdy ktoś przejdzie wolno z podniesioną ręką i rozstawionymi palcami — a zameskalinizowany widzi następnie w powietrzu kilka dłoni z rozstawionymi palcami.

Przypadki ogniskowo uwarunkowanych omamów ogniskami chorobowymi w okolicy szypułek mózgowych opisał *Lhermitte*, następnie *v. Bogaert*, *Delbeck* i inni. Powstanie tych omamów przypisuje *Lhermitte* wyzoleniu czynności onirycznej, skłonności do marzeń i widzeń sennych bez stanu snu cielesnego, jako objaw zależny od zadziałania ogniska chorobowego na ośrodek snu, leżący w tej okolicy.

Na znaczenie układu współczulnego w mechanizmie powstawania omamów zwracają uwagę *Head*, *Mourgue* i *Gilarowski*. *Head* stwierdził u szeregu chorych z omamami istnienie bólów odruchowych z (przeczułicią skóry w przedniej części czaszki w przypadkach omamów wzrokowych, a w środkowej — w przypadkach omamów słuchowych, co odpowiadałoby pewnemu stanowi pobudzenia chorobowego w pierwszym przypadku w nerwie i narządzie wzrokowym, a w drugim — w narządzie słuchowym. *Mourgue* rozbudowujący spostrzeżenia *Head*a zaznacza, że nie znamy jeszcze całego mechanizmu neurologicznego powstania omamów a tylko pewne jego fragmenty. Między innymi plastyczność omamów uwarunkowana jest, zdaniem *Mourgue'a*, właściwościami narządów zmysłowych jako narządów odbiorczo-reagujących, rzutuujących omamy podobnie jak i spostrzeżenia na zewnątrz wskutek powstawania w odnośnych narządach zmysłowych swoistych reakcji na przeżycia omamowe pod postacią odruchów postawnych. *Gilarowski* podkreśla, że sprawa adaptacji wszelkich podnieć układu nerwowego oraz włączania ich w pewną całość, między innymi również i w akcie przeżywania omamów, jest regulowana przez układ współczulny. Wreszcie *Pawłow* podnosił, że ważnym czynnikiem przy powstawaniu omamów jest upośledzenie przewodnictwa podnieć nerwowych w zakresie styków lub synaps międzyneuronowych specjalnie czułych na pewne szkodliwości. Nazywa on tego rodzaju zaburzenia „dyssynapsją“.

W kierunku psychologicznym w miarę postępu czasu uwidacznia się coraz bardziej ujmowanie omamów jako objawu złożonego. Początkowo w połowie XIX stulecia w okresie panowania psychologii atomistycznej ujmowano omamy jako objawy proste, niepodzielne, przekształcające się na zwykłej fizjologicznej drodze i zasadniczych elementów psychiki, za jaki wówczas uchodziły wyobrażenia. Ale już *Baillarger* wprowadził podział na omamy psycho-zmysłowe i psychiczne, tzn. na omamy obdarzone plastycznością zmysłową i pozbawione tej plastyczności. Rosyjski psychiatra *Kandiński* podział ten pogłębił, podnosząc, że omamy plastyczne, które nazwał on omamami prawdziwymi, posiadają charakter obiektywny, przedmiotowy i są przeżywane w przestrzeni zewnętrznej, wówczas gdy omamy psychiczne, nazwane przez niego rzekomymi, cechują się umiejscowieniem w przestrzeni wewnętrznej i są pozbawione charakteru obiektywnego.

Następnie pogłębienie naszych wiadomości o spostrzeżeniach, o złożoności ich budowy wpływa na zwrócenie uwagi na złożoność budowy omamów (*Jaspers*, *Schröder* i inni). Początkowo też omamy są traktowane jako objawy, jeżeli nie powstające w sposób fizjologiczny ze spostrzeżeń wyobrażeń, to w każdym razie tym fizjologicznym objawom

życia psychicznego wielce odpowiadające i posiadające wyraźnie piętno zmysłowości.

W dalszych etapach rozwoju nauki o omamach obserwujemy pewną dwutorowość. Z jednej strony szereg autorów (*Specht, Kronfeld, Schneider*) podkreśla odmienności budowy omamów w porównaniu do budowy spostrzeżeń*) z przesuwaniem się ciężkości w budowie omamów nie na składniki zmysłowe, jak chciał *Jaspers*, lecz pozazmysłowe, na zastępcze akty świadomości, odpowiadające odbieraniu spostrzeżenia i wprowadzające tą świadomość w błąd co do pochodzenia danego przeżycia o cechach przestrzennych i obiektywnych. — Równocześnie z tym szkoła francuska z *Claudem* na czele toczy walkę o prymat znaczenia zmian psychotycznych w powstawaniu omamów, sprowadzając je do roli jednego ze składników psychotycznych takich np. jak urojenia, z którymi, jak wywodzi *Minkowski*, wykazują one nawet podobieństwo w budowie. A z drugiej strony zaznacza się nawrót do przyznawania pewnej autonomii omamom w zakresie objawów psychotycznych — i jakkolwiek utrzymuje się w tych poglądach przekonanie o przewadze znaczenia składników subiektywnych w budowie omamów, o nadmiarze subiektywnego w nich, to jednak sam objaw omamów tłumaczą odnośni autorzy (*Raoul, Ey, Simon, Janet*), jako pewną reakcję zmysłowo-psychiczną albo na uchwytnie i dostrzegalne podniety, leżące u podstawy przeżywania iluzji — albo na podniety niedostrzegalne i nieuchwytnie, prowadzące do powstawania prawdziwych omamów.

Przy tym niektórzy, jak np. *Simon* w sposób zresztą zupełnie słuszny, wszystkie omamy dzielą na dwie zasadnicze grupy: na omamy właściwie zmysłowe z omamami wzrokowymi na czele i na omamy słuchowe albo na „omamy czynności mowy“, jak je nazywa *Mourgue*. Pierwsze polegają na istnieniu obrazów, dla których typowym przedstawicielem jest majaczenie alkoholowe, a drugie cechuje obecność i występowanie wyrazów albo głosów z istotnym składnikiem słownym, wspólnym zarówno dla mowy potocznej jak i dla omamów słuchowych.

Do najbardziej złożonych w swej budowie omamów należą omamy rzekome (pseudohalucynacje), jak to podnoszą, *Claude, Ey, Dublineaux, Minkowski* i inni, ponieważ w budowie ich stwierdza się obecność skład-

*) Np. w omamach meskalinowych materiał zmysłowy cechuje się, w odróżnieniu od materiału zmysłowego spostrzeżeń, brakiem przeżycia przestrzeni, brakiem cieniów. Doznania zmysłowe występują wówczas jako coś mieniającego się i promieniującego. Omamy ponadto odznaczają się większą od spostrzeżeń swobodą kształtowania postaci, a równocześnie charakteryzuje je w przeciwieństwie do spostrzeżeń niedostateczny udział jaźni w tych czynnościach, podobnie jak to ma miejsce przy zasypianiu.

ników obcych przeżyciu omamowemu, jak np. nagłych olśnień, interpretujących w sposób urojeniowy przeżywane omamy, zaburzeń jaźni o cechach utraty własnej aktywności i ulegania wpływom potężnych sił obcych, patologicznie wybujałej wyobraźni, nie liczącej się z przesłankami rzeczywistości i logiki.

Osobiście proponowałbym podział omamów, zgodnie zresztą z podziałem *Claude'a i Ey'a*, w sposób następujący: halucynozy, omamy — iluzje, omamy prawdziwe, i omamy rzekome. Halucynozy odpowiadałyby w myśl wywodów *Claude'a i Ey'a* tym omamom, do których chorzy odnoszą się krytycznie rozumiejąc chorobliwość swych przeżyć. Omamy — iluzje zasługują na wyodrębnienie jako omamy polegające na niedokładnym rozpoznawaniu bodźca. Omamy prawdziwe stanowiłyby grupę omamów plastycznych, rzutowanych w przestrzeń zewnętrzną i przyjmowanych przez chorych za zjawiska zupełnie obiektywne. Wreszcie omamy rzekome tworzą odmianę omamów o cechach małej plastyczności zmysłowej a ponadto posiadających szereg składników obcych przeżyciu omamowemu, jak o tym nadmieniałem powyżej.

Złożona czynność mowy polega według *Delacroix* na współdziałaniu czynników świadomych, nie całkiem uświadamianych (podświadomych) i automatycznych. Czynniki świadome reprezentują przede wszystkim nastawienie mówiącego, kierunek jego dalszych wywodów względnie dalszy schemat biegu jego myśli. Samo zajęcie takiego lub innego stanowiska częstokroć nie jest już przez mówiącego należycie uświadamiane, należy ono właściwie do składników mowy nie całkiem uświadamianych, wchodzi tu bowiem w grę czynniki pozaintelektualne, przede wszystkim uczuciowe i popędowe, dynamika których wymyka się spod naszej kontroli, albo co najmniej znacznie tę kontrolę utrudnia. Przekształcanie się zaś myśli w określone zdania odbywa się właściwie automatycznie. Znaczenia tego składnika automatycznego w czynności mowy jest bardzo duże. Dlatego też *Janet* w swym schemacie czynności psychicznej umieszcza mowę na poziomie czynności odruchowych jak gra skojarzeń pamięciowych, ton uczuciowy itd.

Co do materiału z jakiego zbudowana jest mowa, to odróżniamy w niej składnik słuchowy — ramię odbiorcze mowy, tworzące zakres tzw. „mowy słyszanej“ i umożliwiające rozumienie mowy innych, składnik ideacyjny, reprezentowany przez myśl, bądź to zawartą w wypowiedzi słyszanej, bądź też zawiązek względnie schemat pewnej wypowiedzi zamierzonej i składnik artykulacyjny, ramię nadawcze mowy, leżące u podstawy „mowy mówionej“, manifestującej się produkowaniem poszczególnych słów, których zespół w całości powoduje rozwinięcie albo, jak inaczej to nazywamy, sformułowanie danej myśli.

Wspomniana współzależność myślenia i mówienia uwidacznia się w zdaniu, które w neuro- i psychopatologii od czasu *Picka* uznajemy za jednostkę mowy. Zdanie zaś łączy w sobie dwa oblicza mowy — z jednej strony jednostki ideacyjnej względnie psychologicznej, wyrażającej stan pewnego przeżycia psychicznego, a z drugiej strony jednostki artykulacyjnej, ruchowej. I o ile możliwości myślenia, kojarzenia, zestawiania, przeciwstawiania wydają się czymś niemal bezgranicznym — c tyle sposobów formułowania tych myśli, typów zdań mamy ilość ograniczoną — a więc zdania twierdzące, przeczące, warunkowe itd. Wypływa to z ograniczenia mowy jako narządu ustroju — właściwości budowy narządów artykulacyjnych i ściśle określonych właściwości ruchowych (sposobów czynności) tychże narządów.

Na uwagę zasługuje przy tym podkreślane przez *Picka* znaczenie składnika muzycznego w zdaniu, należącego, dodajmy od siebie, do sfery pogranicznej — fizjologiczno-psychicznej, a stąd napiętnowanego tą dwoistością wpływów, jaką spotykamy w samej genezie zdania. Składnik muzyczny zdania jest wyrazem dalszego rozwoju afektywnego myśli pierwotnej, względnie poprzedzającego ją pierwotnego nastawienia, reprezentującego wielką różnorodność w skali takiego lub innego ustosunkowania się psychologicznego i reakcji uczuciowej danego osobnika na pewne przeżycia. Przy tworzeniu się zdania składnik muzyczny przekształca się w tzw. melodię zdania, dostosowując się do ograniczonych możliwości zdania i stwarzając określony rytm, tempo, pauzy, które organizują i nadają życie zdaniu, jako pewnemu zamkniętemu w sobie przeżyciu psychicznemu. Złożona czynność współdziałania składników artykulacyjnych, słuchowych i ideacyjnych, leżąca u podstawy sprawnego mówienia może ulegać wielu zaburzeniom. Pomijając sprawę afazji, gdzie przychodzi do wyraźnego zakłócenia we współdziałaniu tych trzech czynników i takiegoż zakłócenia i zachwiania jedności czynnościowej mowy w stanach glosso-lalii, kiedy chorzy produkują wiele wyrazów niepowiązanych i bez sensu, pozbawionych składnika ideacyjnego, będących tylko wyrazem podniecenia psycho-ruchowego. Z innych objawów zaburzeń jedności czynnościowych mowy wymienić należy również omamy słuchowe. W powstawaniu omamów słuchowych, jak to miałem sposobność przekonać się na 49 spostrzeganych przypadkach, zasadniczą rolę odgrywają dwa czynniki ściśle ze sobą zespolone: wzmożenie automatyzmu słownego, jako objaw uniezależnienia się składnika artykulacyjnego od kontroli myśli, oraz ujawnienie się mechanizmów echowych mowy, leżących u podstawy słyszenia tych omamów. Wspomniany przed chwilą wzmożony automatyzm słowny polega na tym, że czynność mówienia odbywa się bez udziału naszej świadomości, bez zamiaru czyli też intencji mówienia. Dlatego też osobnicy z objawami wzmożonego automatyzmu słownego

często łapią siebie w pewnej chwili, że wypowiadają jakieś zdanie. Objaw ten występuje w stanach zmęczenia, senności, przy większych przeżyciach uczuciowych oraz w stanach psychoz schizofrenicznych, kiedy to chorzy albo mówią głośno do siebie albo też, jak to się spostrzega w długo trwających zaawansowanych psychozach, stale coś szepczą do siebie, pozostając zupełnie niedostępnymi do nawiązania z nimi kontaktu.

Drugi czynnik powstawania omamów słuchowych, objawy echowe, należą do niższych mechanizmów mowy, ujawniających się we wczesnym dzieciństwie w postaci echolalii, odruchowego powtarzania każdego słyszanego wyrazu. Ważna ta dla rozbudowy i usprawnienia mowy czynność, oparta jest, według wszelkiego prawdopodobieństwa, na istnieniu specjalnych połączeń anatomicznych narządu artykulacyjnego z narządem słuchu — na istnieniu tzw. „łuku artykulacyjno-słuchowego“, jak to nazywa *Pick*.

Na znaczenie objawów echowych w powstawaniu omamów słuchowych, wprowadzie pośrednio, zwrócił uwagę jeszcze *Wernicke*, a później *Schröder*, przyjmując, że zasadniczym mechanizmem dla omamów słuchowych jest ugiętnienie myśli „*Gedanken-lautwerden*“. Ostatnio znaczenie objawów echowych w omamach słuchowych podnosi również *Morel*, podkreślający występowanie u chorych z omamami słuchowymi, tzw. echa czytania „*l'écho de la lecture*“ i echa myśli „*l'écho de la pensée*“. Tylko przy dłuższym czytaniu tekstów chorzy według niego zdają sobie sprawę z pierwowzoru i oceniają odległość pomiędzy tekstem (pierwowzorem) a echem — w innych warunkach przelotnego czytania nazw ulic, liczby domów itd. występuje uświadomienie sobie tylko echa przez słyszenie go bez spostrzegania zazwyczaj właściwej pierwotnej podniety (pierwowzoru) na skutek zaburzeń uwagi i ogólnej sprawności psychicznej. Przy tym echo czytania, w myśl wywodów *Morela*, najczęściej powstaje przed czynnością pojmowania znaczenia poszczególnych słów — a więc w sposób zupełnie odruchowy, co ogromnie utrudnia rozumienie czytanego tekstu. Zasadniczym momentem utrzymywania się opisanych objawów echowych, jak podnosi autor, jest mimowolne wykonywanie przez chorych ruchów artykulacyjnych — echo bowiem zniknęło z chwilą gdy na polecenie *Morela* chorzy hamowali ruchy artykulacyjne bądź to drogą wstrzymania oddechu, bądź też zaciskaniem języka pomiędzy zębami.

Niezależnie zupełnie od tego już od kilkunastu lat robiłem próby nieco inne z osobami cierpiącymi na omamy słuchowe. Celem wywołania objawów echowych polecałem chorym głosem cichym „w myśli“ powtarzać najbardziej zautomatyzowane wyrazy, jak mówienie pacierza, liczenie do 20 itd. — by w ten sposób ograniczyć całą czynność mowy do narządu

artykulacyjnego z możliwie najdalej idącym wyłączeniem kierownictwa ze strony myślenia oraz czynników muzyczno - uczuciowych wpływających organizująco na czynność mowy. Doświadczalnie uzyskiwałem powstawanie objawów echowych drogą powstawania przez chorych zautomatyzowanych wyrazów we wszystkich wyraźnych przypadkach prawdziwych omamów słuchowych. Pragnąłbym tu nadmienić, że klasyczne objawy echowe (echo pacierza lub liczenia) otrzymywałem, jak przed chwilą nadmieniałem, w przypadkach omamów słuchowych prawdziwych, w których objawy rozpadu osobowości nie były tak zaakcentowane, jak w przypadkach omamów słuchowych rzekomych zachowujących się w stosunku do echa dość kapryśnie — albo bez specjalnej reakcji, albo też dając obraz echa bardziej złożonego w postaci komentarzy, uwag, szyderstw w stosunku do wypowiedzanych słów pacierza lub liczenia.

O mechanizmie powstawania omamów słuchowych ze stanowiska neuropatologicznego niestety można powiedzieć bardzo mało. Upośledzenie przewodnictwa nerwów słuchowych, schorzenie lub przejściowe zakłócenie czynności narządu słuchu mogą tylko usposabiać i ułatwiać powstawanie omamów słuchowych, jak o tym już poprzednio była mowa, lecz same nie determinują pojawienia się omamów. Pod tym względem decydującą rolę należy przypisać wzmożonemu automatyzmowi słownemu i objawom echowym. Wzmożony automatyzm słowny jest wyrazem upośledzenia wyższych świadomych składników w akcie mowy, a tym samym uniezależnienia się czynności od osobowości psychicznej. Z tego tytułu automatyzm słowny możemy zaliczyć do objawów odhamowania. Ale szczególnie wyraźnie czynność odhamowania uwidacznia się w objawach echowych mowy. Występuje tu bowiem niższy mechanizm mowy dotąd ukryty i podporządkowany wyższym kierowniczym instancjom mowy. Z chwilą upośledzenia albo zahamowania tych wyższych instancji wyzwalają się mechanizmy echowe i nadają swoiste piętno czynnościom mowy. Z uwagi na to, że objawy echowe (*echolalia*) występują w pierwszych miesiącach życia dziecka, kiedy komórki kory mózgowej jeszcze nie dojrzały, tzn. ich włókienka osiowe nie pokryły się jeszcze osłonką mielinową — oraz że objawy echolalii pojawiają się przy rozległych uszkodzeniach kory mózgowej w następstwie miażdżycy naczyń mózgu — z dużym prawdopodobieństwem możemy zaliczyć objawy echowe do mechanizmów podkorowych.

Ciekawą właściwością objawów echowych, uwarunkowaną prawdopodobnie wadliwą autoobserwacją chorych na skutek zmian psychicznych ich osobowości, jest często spotykane uprzedzenie myśli przez jej echo, które staje się w przeżyciu subiektywnym chorego czymś samodzielnym a nawet czasami czymś lepszym i doskonalszym od pierwotnej myśli

samego chorego. Np. u chorego M. J. lat 38 spotykamy następujący własnoręczny opis swoich przeżyć omamowych:

„ja słyszę zupełnie wyraźnie uszami od dnia 17 lipca 1929 r. mowy ludzkie do mnie skierowane, będące odpowiedziami na moje myśli, uwagami i krytykami moich uczuć, myśli i wyobrażeń, które to moje myśli, uczucia i wyobrażenia obcy ludzie, osoby poza mną będące, przeze mnie w chwili mówienia ich do mnie widziane, w niewiadomy dla mnie sposób przyjmują, słyszą, poznają natychmiast, momentalnie. Oni szybciej poznają moje myśli, aniżeli ja moje myśli pomyśleć w całości zdołam, ponieważ osoby owe naprzód mnie recytują, to co ja chcę pomyśleć, zanim jeszcze ja pomyślę fizycznie. Jak tylko powstanie w mej duszy zamiar np. modlić się, odmówić jakąś modlitwę, jak sobie uświadomię to, co chcę odmawiać, to chociaż ja nie zacząłem jeszcze w myśli recytować modlitwy, osoby owe dla mnie nie widzialne już mi ją przeczytają“.

Takież uprzedzanie myśli przez jej echo spostrzegamy w przypadku chorego K. J. robotnika, lat 39, cierpiące na objawy przewlekłego alkoholizmu: kilka dni temu posłyszał z prawego ucha gruby głos odmawiający „Anioł Pański“ w kilka dni potem cienki głos powtarzał te same słowa, „podrzeźniał“ grubego. Gdy się chory modlił to gruby głos dyktował mu pacierze, a cienkie głosy dwa lub trzy powtarzały za nim, bardzo mu przy tym przeszkadzając.

W tym przypadku zasługuje na podkreślenie uprzedzanie, dyktowanie przez echo pacierza choremu oraz dialogi pomiędzy kilkoma głosami, oparte pod względem patogenetycznym niewątpliwie na mechanizmach echowych. Uprzedzanie myśli może przybierać postać uprzedzania albo dyktowania czynności jaką chory ma wykonać, jak np. w przypadku chorej B. S. lat 29, żony robotnika z objawami psychozy schizofrenicznej.

Chorą jest od roku. Od tego czasu słyszy głosy. Gdy chce gotować lub wykonać jakąś pracę to głosy wymieniają tę czynność dając jej odnośne polecenia. Nie może się modlić, gdyż podczas modlitwy głosy wymawiają nieprzyzwoite słowa. Czasem słyszy dwa głosy — z góry z boku. Od roku zaczęła głośno mówić do siebie.

Powyższa skłonność objawów echowych do ujawniania się pod postacią echa uprzedzającego myśl pierwotną upoważnia do włączenia do zakresu objawów echowych również tzw. monologów, czyli odpowiedzi głosów na zadawane im w myślach pytania oraz dialogów, rozmów głosów pomiędzy sobą, zazwyczaj na temat chorego. Wspomniane monologi i dialogi są w tych wypadkach zobrazowaniem rozpadu osobowości na dwie lub nawet kilka osobowości cząstkowych, walczących ze sobą lub też obserwujących i krytykujących znacznie zredukowaną w swych możliwościach osobowość pierwotną.

Ilustracją znaczenia wzmożonego automatyzmu słownego i objawów echowych w powstawaniu omamów słuchowych są przypadki padaczki z aurą w postaci omamów słuchowych. Padaczka, jak to zaznacza *Lagache*, specjalnie jest pouczająca przy analizie zaburzeń neurologicznych, a również psychicznych, ponieważ łączy w sobie właściwości niewątpliwego cierpienia organicznego, atakującego cały ruchowy układ ner-

wowy, a równocześnie z powodu przejściowości i odwracalności objawów posiada cechy zaburzeń czynnościowych, do których zresztą poprzednio była zaliczona. Zwłaszcza interesującymi są przeżycia w czasie aury, będącej bezsprzecznie pierwszym dźwiękiem całej melodii organicznej, jaką jest napad padaczkowy, a dostępnej do introspekcji z uwagi na zachowaną świadomość chorego.

Chory P. J. lat 35, urzędnik prywatny. Od 20 roku życia cierpi na napady *petit mal*, w czasie których przeżywa omamy słuchowe w postaci słyszenia głosu powtarzanego kilka razy. Podczas słyszenia tych wyrazów jest przytomny, zazwyczaj tylko ogląda się z lękiem dokoła celem przekonania się, kto mówi te słowa — równocześnie zaciska usta, ponieważ ma wątpliwości czy to on przypadkiem głośno tego nie wypowiada.

Chora R. Z. lat 27, nauczycielka z zawodu. Od kilku lat napady padaczkowe o cechach *petit mal*, poprzedzane aurą w postaci omamów węchowych (coś śmierdzi) z równoczesnym ciśnięciem się jak gdyby do ust i do języka szeregu niepowiązanych słów, wśród których zazwyczaj znajduje się wyraz „krokodyl“. W tym czasie jak gdyby słyszy z daleka te same słowa, a w wypadku silnego ataku na krótko traci przytomność, wypowiadając te słowa głośno.

Objawy echowe poza padaczką występują w przypadkach zatruc wszelkiego rodzaju, a więc w stanach psychoz-alkoholowych oraz w przypadkach upojenia meskalinowego, kiedy istniejące lub zaznaczone objawy echowe u chorych schizofreników ulegają znacznemu nasileniu, jak to miałem sposobność przekonać się w 10 doświadczeniach z upojeniem meskalinowym. Wreszcie objawy echowe spostrzegamy w przypadkach psychoz schizofrenicznych, charakteryzujących się upośledzeniem zwartości mowy i usamodzielnieniem się składnika artykulacyjnego.

Właściwości omamów słuchowych podzielić można na trzy grupy, jakkolwiek w każdym przypadku omamów słuchowych często spotykamy wszystkie opisane poniżej zaburzenia. Do pierwszej grupy odnieść należy zaburzenia mowy jako pewnej zwartej i wysoce skoordynowanej czynności myślowo-artykulacyjnej. Spostrzegamy tu zaburzenia w pierwszym członie tej czynności, w myśleniu — zaburzenia typowe zresztą dla stanów schizofrenicznych i polegające na występowaniu i urywaniu się myśli niezależnie od woli chorego. Samo myślenie w pewnych przypadkach nabiera cech słownych. To nie są zwykłe myśli, jak opisuje nam chora, lecz myśli powiększone, wyglądające jak słowo. Innym razem składnik słowny jeszcze bardziej jest zaznaczony. Chorzy słyszą względnie odczuwają w głowie całe zdania.

Np. Chory M. S. lat 23, słuchacz medycyny (psychoza schizofrenicza trwająca od pół roku) zmanierowany, dziwaczny, wykonuje dziwaczne symboliczne ruchy i takąż dziwaczną mimikę. Kontakt z nim jest utrudniony. Zdania wypowiada urywane, często powtarza jedno zdanie kilka razy lub urywa swą wypowiedź nagle w połowie zdania, wykonuje przy tym ruch obronny głową, mówiąc „proszę nie przeszkadzać“. Tłumaczy, że na niego wpływają różne osoby, podsuwają mu jakieś

dziwne myśli lub też wypowiadają w głowie jego zdania, których on osobiście nie chciałby wypowiedzieć.

Powyższe rozmowy, nakazy, uwagi należą, jak poprzednio to już nadmieniałem, do zespołu objawów echowych, nieuświadomianych przez chorych, na skutek wyraźnych w tych przypadkach objawów rozdwojenia lub nawet rozpadu osobowości, przeżyć urojeniowych, wpływania, kierowania itd. — i w ogóle nasilonego stanu psychotycznego, uniemożliwiającego względnie znacznie utrudniającego tym chorym obiektywną obserwację i ocenę swoich stanów psychicznych. Na tle omawianych zmian psychicznych występują omamy słuchowe w postaci tak zwanych monologów czyli rozmów chorych z głosami oraz dialogów czyli rozmów pomiędzy głosami. O upośledzeniu mowy jako pewnej jednostki czynnościowej w przypadkach omamów słuchowych świadczą fakty pojawiania się ogólnych zaburzeń mowy w postaci utrudnienia lub znacznego upośledzenia mowy.

Np. w przypadku chorej R. M. lat 59, z objawami psychozy inwolucyjnej o cechach schizofrenicznych. Od kilku miesięcy zaczęła mówić do siebie i szukać dzieci po piwnicy, ponieważ głosy o tym ją informowały. Spozrzała tylko, że gdy dłużej słyszy głosy i następnie chce mówić, to często myli się w mowie i musi sobie słowa z trudem przypominać.

Chora B. M. lat 33. Objawy psychozy schizofrenicznej. Słyszy od czasu choroby różne głosy, które przeszkadzają jej w pacierzu. Często po słyszeniu głosów czoło ją boli, ma trudność w mówieniu, nie może dobrze się wysławiać.

Drugą grupę właściwości mowy omamów słuchowych tworzą objawy rozpadu zdania. Sprowadzają się one do występowania w omamach słuchowych zdań nierozwiniętych jednowyrazowych, nawet zgłoskowych, posiadających silnie zaakcentowaną melodię zdania o cechach lęku, niepokoju lub gniewu np.

Chory F. E. lat 31, drukarz. Stan majaczeniowy w przebiegu przewlekłego alkoholizmu z rozlicznymi omamami wzrokowymi. Chory ten słyszy od czasu do czasu za swoim uchem głośnie wołanie panny, z którą dawniej chodził — „Edek“, „odejź“, „puść“. Chora N.M. lat 35, urzędniczka. Stan rozpoczynającej się psychozy schizofrenicznej. Od kilku dni nie sypia. „Jakiś szal do głowy przychodzi“, jak twierdzi chora. Wszyscy o niej wiedzą, co porabia i myśli. Dostaje szumu w uszach. Słyszy jakieś dziwne wykrzykiwane słowa „niech żyje“, „taką jest“, „kwas“ — to list szefa tak mówi—dlaczego, tego nie wie i nie może zrozumieć. Chory M. N. lat 47, ogrodnik. Psychoza alkoholowa z omamami wzrokowymi i plastycznymi omamami słuchowymi, częściowo o charakterze dwugłosów. Widział Pana Boga Staruszka, jak go malują na obrazach, widział aniołów. Słyszał głosy, które pukały o poręcz jego łóżka i dawały krótkie nakazy, „do piekła“ — „pal“ — „nie pal“ — „twoja“ — „nie twoja“ — „bierz“ — „wrywaj“ — „wydrzyj serce“.

Takie jednorazowe zdania z silnie reprezentowanymi akcentami uczuciowymi przypominają pierwsze stadium tworzenia się mowy dziecka albo tzw. mowę afektywną Jacksona spotykaną w afazji.

Następnym objawem rozpadu zdania mowy omamów słuchowych jest brak lub też znaczne ograniczenie melodii zdania, dynamicznego składnika, organizującego i nadającego życie zdaniu. U podstawy opisanych poniżej zaburzeń leży introwersja afektywna, upośledzenie składnika uczuciowego, niezdolność danego osobnika do należytego „promieniowania“ na zewnątrz, do nadania odpowiedniego odsiebnego kierunku swoim przeżyciom uczuciowo-popędowym. Dlatego rytmiczne szmery w tych przypadkach tworzą swoistą melodię zdania, kształtującą mowę omamów słuchowych i prowadzącą do powstania tzw. „omamów funkcjonalnych“.

Chody G. W. lat 56, rolnik. Zespół schizofrenii paranoidalnej z urojeniami prześladowania fizykalnego, „elektrykowania“ go przez wrogów sekciarzy. Omamy słuchowe różnego rodzaju. Sekciarze prześladowają go w ten sposób, że kształtują wszelkie hałasy, jak szczenie psów, pianie kogutów, trąbki aut itp., by z nich powstały słowa. Słowa te, hałasy powtarzają często przez kilka razy. Pewnego razu, gdy ostrzył kosę, wir elektryczny „powtarzał“ do niego „ty dziesiętniku“. Chory szybko ostrzył kosę, tak że dźwięki tego ostrzenia były w stanie powtarzać tylko „ty, ty, ty, ty“ „dziesiętniku“ zaś powtarzać już nie mogły.

W ostatnim epizodzie tego przypadku mamy ilustrację sposobu dostosowania się swoistej metryki muzycznej szmeru do wyrazu będącego pod ręką. Z chwilą skrócenia szmeru ulega skróceniu również i sam wyraz lub zdanie — dowodzi to dużego stopnia bierności chorego i zajęcia przezeń postawy odbiorczej zarówno w stosunku do zjawisk w świecie zewnętrznym, jak też i do własnych przeżyć.

Chora M. Z. lat 30, urzędniczka. Przeszła stan majaczeniowy w czasie odzwyczajania się od morfinizmu przewlekłego. Podczas majaceń miała liczne omamy wzrokowe, a później i słuchowe. Omamy te opisuje w liście do lekarza: „zaczęłam się wtedy wsłuchiwać we wszelkie odgłosy, co w skutkach okazało się straszne wobec nadmiernej wrażliwości całego układu nerwowego oraz wiecznie pracujących myśli. Niech pan Doktor sobie wyobrazi, ile ultra — przewrażliwionemu człowiekowi może powiedzieć krążący aeroplan lub stukot dochodzących strażów z ćwiczeń wojennych, zwłaszcza jeśli ów człowiek nastawiony jest na to, aby usłyszeć rzeczy najgorsze. Taki warkot wypowie głośno każdą z głębi wydartą myśl, czy podejrzenie o wiele szybciej niżby człowiek sam ubrał je w swoje własne słowa. Oswobodzić się od tego jest bardzo trudno, bo każdemu ruchowi, każdemu oddechowi człowieka towarzyszy pewien szelest, który może ukształtować się w słowa i wbrew woli zostaje nadawany — tak, że nawet oddech siostry H. czy za dnia, czy w nocy stawał się dla mnie męką nie do wysłuchania!“

W ostatnim przypadku widzimy, do jakiego nasilenia mogą dojść opisywane omamy funkcjonalne, powodując słyszenie głosów w każdym dosłownie szmerze. — Sam mechanizm kształtowania słów i zdań w tego rodzaju omamach polega na automatycznym i szybkim dostosowaniu się tych poszczególnych słów i zdań do istniejącej swoistej metryki szmerów zewnętrznych, co zostaje ułatwione na skutek obecności wzmożonego automatyzmu słownego.

Jako trzecią cechę rozpadu zdania mowy omamów słuchowych należy wymienić iterację, wielokrotne powtarzania poszczególnych słów i zdań. Iteracje w mowie omamów słuchowych, podobnie jak w mowie potocznej mogą zależeć od kilku czynników — od utrzymywania się silnego poruszenia uczuciowego, mocą którego dany wyraz lub zdanie zatrzymują się przez czas dłuższy na powierzchni świadomości i jako specjalnie ważne są wciąż powtarzane, albo też powtarzające się szmery zewnętrzne, kształtując mowę omamów słuchowych, powodują powtarzanie słyszanych wyrazów, jak o tem powyżej była mowa, lub też wreszcie warunkują to ustawiczne powtarzanie pewne zmiany organiczne mózgu, znoszące lotność i sprawność umysłu, a wyzwalające wystąpienie tendencji perseweracyjnych.

Chora M. A. lat 41, była pielęgniarka. Psychoza alkoholowa po raz trzeci występująca. W 17 roku życia zakażenie kiłowe. Przeszła 5 kuracji swoistych. O. B. W. z krwi ujemny. Płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian. Żrenice równe, okrągłe, na światło oddziałują nieco leniwie. Nieznaczna bolesność uciskowa pni nerwowych kończyn górnych i dolnych. Poza tym w stanie neurologicznym odchyień od normy nie stwierdza się. Ostatnio słyszała powtarzane wciąż wyrazy „Agnieszko, idź zabij kochankę męża — masz tasak, zabij, masz tasak, zabij“. Głosy powtarzały to bardzo głośno i po kilka razy. A po chwili gdy nie wiedziała co robić, posłyszała „zabij, zabij“ — „a nie, to cię zbije“ (z jakich 50 razy).

Ciekawą jest rzeczą, że w czterech spostrzeganych przypadkach o pewnych cechach zmian organicznych mózgu stwierdziliśmy specjalnie nasilone iteracje w mowie omamów słuchowych, podczas gdy w mowie potocznej odnośnych chorych, objawów iteracyjnych nie można było spostrzec. Stąd nasuwa się wniosek, że mowa omamów słuchowych, jako pozbawiona należytego kierownictwa świadomości cechuje się małą zwartością i odwrotnie dużą urażalnością na wszelkie organiczne uszkodzenia mózgu.

W grupie zaburzeń mowy omamów słuchowych o cechach rozkojarzenia mowy (schizofazji) spotykamy objawy werbigeracji, stereotypii, neologizmów, tworzące zespół tzw. manieryzmów mowy, jako pierwsze stadium schizofazji.

Chora P. A. lat 34. Psychoza schizofreniczna. Na szczycie rozwoju psychozy, chora słyszała głosy, które przeszkadzały jej w pacierzu, przerywały ciągłość pacierza, zmieniały poszczególne słowa, powtarzając je w sposób rymowany „wierzę w Boga Ojca, wierzę w Ducha Świętego, wierzę, pierze itd.“

Mamy tu więc zaznaczony wyraźnie objaw werbigeracji z charakterystycznym dla niej powtarzaniem rymowanych wyrazów o podobnym brzmieniu, ale pozbawionych w swym zestawieniu sensu.

Chora M. A. lat 41, była pielęgniarka. Przypadek już przytaczanej psychozy alkoholowej. Na początku choroby gdy chora modliła się w kościele posłyszała głosy „za kogoś ty stara k... modliła się, za diabłów?“, drugi głos odpowiedział „przecież P. nie jest diabłem“. Ostatnio przezywania głosów są jeszcze częstsze. Niemal

w każdym odezwaniu się głosów do niej słyszy epitet „k... stara“ np. „widzisz k... stara, pociągła wódkę“. Zdając sobie sprawę, że jest chorą poszła do lekarza i szukała odpowiedniego numeru domu. Usłyszała wówczas „k... stara nie chodź, nie chodź tu do żadnego doktora — diabły nie boją się doktora“. Zdawało się jej, że doktor mieszka pod drugim numerem, szukała tego numeru, a głos zawołał „idźże stara k...“, nie drugi, tylko czterdziesty drugi. Przekleństwa głosów odnosiły się także do spraw religii. W tym stanie, będąc bardzo zdenerwowaną z powodu słyszenia głosów i bezsenności od kilku dni, poszła pomodlić się do kościoła Franciszkanów. W kościele stanęła obok witraża ze św. Salomeą, patrzyła na ten witraż przez chwilę, a głos męski zawołał „patrz jaka k...“. Natychmiast wyszła z kościoła, pokropiła się wodą święconą i napiła się tej wody. W czasie modlitwy jak gdyby ktoś stał za plecami i powtarzał „k..., k..., k...“ a ponadto dodawał jeszcze od siebie wyrazy nieprzyzwoite.

Charakterystycznym objawem w omawianym przypadku jest *koprolalia*, manifestująca się w słyszanych z niezwykłą plastycznością głosach i posiadająca wyraźne cechy sztywności i niezmienności stereotypii.

Chory M. J. lat 38, urzędnik magistratu. Psychoza schizofreniczna. Ostatnio od kilku lat słyszy głosy znajomych, którzy w ustawicznych rozmowach z nim wpływają na niego, starają się zmienić jego naturę, używając przy tym specjalnych technicznych wyrazów. „Głosy te, jak podkreśla sam chory, używały i używają bardzo brzydkich wyrazów, najgorszych brukowych“ na oznaczenie stałych stanów jego duszy lub też czynności jego duszy, usposobienia, tak że wyrazy te bardzo brzydkie, oznaczające w ulicznym języku części płciowe mężczyzny i kobiety lub odbywanie stosunku cielesnego, tutaj u nich, dla nich mają znaczenie wyrazów technicznych, terminów psychologicznych, oznaczających zupełnie co innego, aniżeli w codziennym wulgarnym życiu. Wyrazów tych używają nie tylko mężczyźni, ale i kobiety i to młode panny, dobrze wychowane, bardzo przyzwoite, z zupełną swobodą, z zupełnym spokojem, bez najmniejszego wstydu, bez śladu trwogi, odważnie. Nazywają go „dupem, dupcem, dupakiem, dupeczkim, dupczykiem, dupcyn-gierem, cipem, cipkiem, cipakiem, itd.“ mówią o nim, że on „dupuje, dupie, dupcykuje, dupkuje, dupakuje, dupcze, cipie, cipkuje, cipakuje itd.“. Zdania, które słyszy on są takie, np. „rozpraw dupę na kamieniu, rozwal dupę na kamieniu, hamanimy ciebie, szpakujemy ciebie, szpakujemy ciebie, bo pokornikujesz, gdybyś nie pokornikował tobyś nie był kobietą, teraz wrażeńiuchem jesteś, teraz zaczniesz dupą rozwieprzać się, rozepnij porteczki swoje, hańbakujesz nam Józiu, hańbakujesz nam Józiu, obydlj się, ukryj się, bo durnieś jajczysz“. Chory ponadto podaje własne komentarze do używanych przez głosy wyrazów. „Cipa“ jest to zwrócenie uwagi, świadome łowienie tych głosów, świadome wchodzenie w kontakt z nimi. Jest to „cipa wewnętrzna“ ukryta. Okazanie tego stanu na zewnątrz, uśmiechnięcie się do osób fizycznych jest to „pokazanie cipy“. „Ja jestem“, pisze chory, jako zachowujący się w ten sposób „cipakiem lub cipkiem“. „Rozpięcie porteczek „— to otwórze-nie swojej duszy, wypowiedanie się całkowite wobec głosów.

W przypadku tym spostrzegamy wyraźnie zaburzenia mowy omamów słuchowych. Poza skłonnością do rytmicznego powtarzania i zaznaczonych cech werbigeracji spotykamy się tu ze znamienym i wyszukany-m sposobem zniekształcenia słów o charakterze neologizmów, przez co

w pewnych wypadkach stają się one niezrozumiałymi, jak np. „pokornikowanie“, hamanienie, hańbakowanie itp. Interesującą rzeczą w tym przypadku jest prawie wyłącznie seksualny charakter wypowiedzianych w najróżnorodniejszych i najdziwaczniejszych odmianach wyrazów. Ta dziwaczna całkiem symbolika, a również dziwaczne i nienaturalne zniekształcenie słów nadaje mowie omamów omawianego przypadku wyraźnie piętno manieryzmów. — Istotą schizofazji jest, według *Teulie*, pozbywanie się przez słowo znaczenia ideacyjnego kosztem uczucia przepajającego to słowo. Toteż spostrzegana w opisanych przypadkach degradacja ideatywna słowa, przy dalszym nasileniu się objawów, mogłaby doprowadzić do całkowitego przerwania łączności ze słowem — do zupełnego rozkojarzenia. Zasługuje na uwagę ciekawy szczegół, że w mowie potocznej powyższych przypadków nie spostrzegliśmy cech schizofazji, podobnie jak to miało miejsce z objawami rozpadu zdania wyżej przytoczonymi. Wskazywałoby to, że omamy słuchowe, będące terenem, na którym głównie toczy się cała akcja psychotyczna, stają się bardzo czułym wskaźnikiem wszelkich zaburzeń psychiki i że we właściwościach mowy omamów słuchowych zachodzące zmiany psychiczne najłatwiej się uwidaczniają.

В. Хлопицки

СЛУХОВЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ КАК СПЕЦИФИЧНЫЕ
РАССТРОЙСТВА ФУНКЦИИ РЕЧИ С НЕВРАПАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

Содержание

Автор подчеркивает сложный характер симптомов галлюцинаций. На основании наблюдений и анализа 49 случаев слуховых галлюцинаций автор приходит к заключению, что в возникновении слуховых галлюцинаций играют роль два основных фактора: усиление автоматизма речи и явление эха. Появление этих двух факторов обусловлено отторжением вследствие притупления высших руководящих центров речи. Это появляется отчетливо главным образом в границах явления эха, механизм которых делается очевидным не только в явлениях „эха чтения“ и „эха мысли“ но и в толкованиях и наказах слов и в м. н. монологах и диалогах. Расстройства речи в слуховых галлюцинациях основывается на выступлении односложных суждений таких, какие встречаются в первом периоде созидания речи у ребенка или в „аффективной речи“, в афазиях. Кроме того расстройство речи при слуховых галлюцинациях характеризуют притупления музыкального элемента; это ведет к образованию речи посредством ритмических и ритмизированных шорохов — к т. н. „функциональных галлюцинаций“. Кроме того третьей чертой расстройства речи при слуховых галлюцинациях являются склонности к появлению итерации, специально сильно акцентированных в случаях даже незначительных органических изменений мозга. Характерной чертой является факт, что в разговорном языке этих больных автор не наблю-

дал симптомов итерации, что говорило бы в пользу специальной впечатлительностью этой речи слишком мало сжатой и неконтролированной сознанием. Наконец до категории речи при слуховых галлюцинациях нужно причислить симптомы шизофрении с чертами вербигерации, стереотипии и неологизмов. В наблюдаемых случаях автор тоже не встретил шизопатических расстройств в разговорном языке больных, как это имело место при симптомах итерации. Это указывало бы на то, что слуховые галлюцинации являются чувствительным показателем всяких расстройств психики и что в особенностях речи при слуховых галлюцинациях часто отражаются возникающие психические изменения.

W. С h ł o p i c k i

HEARING DELUSIONS AS PECULIAR DISORDERS OF SPEECH FROM THE NEUROPATHOLOGICAL POINT OF VIEW

Summary

The author points out the complicated character of the phenomenon of delusions. On the basis of observations and the analyzis of 49 cases of hearing delusions he reaches the conclusion that two principal factors are playing a role in the arising of hearing delusions: the increase of word automatism and the echo symptoms. Both those factors appear in the states of the handicapping of higher nervous — psychic activities, especially of the activity of speech. The appearance of both those factors is conditioned by the restraining on account of the handicapping of the higher directing instances of speech. It is manifested distinctly especially as concerns echo symptoms, the mechanism of which is shown not only in the symptoms of the „echo of reading“ and in the „echo of thinking“, but also in the commentaries and orders of sounds and in the so called monologues and dialogues.

The disorders of speech in hearing delusions consist of the appearance of one-word sentences, such as are met with in the first phase of the child's speech or in the „affective speech“ in the state of aphasia. Moreover the disorders of speech of hearing delusions are characterised by the handicapping of the musical factor which leads to the formation of speech by rhythmical and rhytmitized sounds — to the so called „functional delusions“. Besides the third trait of the disorders of speech in hearing delusions is the tendency to iterations, which are marked the most strongly in the cases of even inconsiderable cerebral organic changes.

It is significant that in common speech of those patients the author did not notice any symptoms of iteration which would speak in favour of a special susceptibility of such a speech as being compact only to a small degree and not controlled by consciousness.

Finally among the disorders of speech pertaining to hearing delusions we must reckon the symptoms of schizophrenia with the traits of verbigeration, stereotypy and neologisms.

Among the observed cases the author did not meet any schizophathic disorders in the common speech of the patients, as has been the case with the symptom of iteration.

It would prove that hearing delusions are a susceptible indication of all psychic disturbances, and that in the peculiarities of speech of the hearing delusions there are mirrored often psychic changes which are taking place.

Andrzej Jus

PRÓBA INTERPRETACJI MECHANIZMU POWSTANIA ZMIAN ELEKTRONCEFALOGRAFICZNYCH W SCHIZOFRENII

Dotychczasowe badania elektroencefalograficzne w schizofrenii nie dały jednoznacznych wyników: wyniki tych badań były nawet często całkowicie sprzeczne i obok wyników świadczących o braku zmian elektroencefalograficznych u schizofreników (*Berger, Lemere, Davis i Davis, Hill* i inni) piśmiennictwo daje dane świadczące o istnieniu u schizofreników patologicznych elektroencefalogramów (*Jasper, Fitzpatrick i Solomon, Walter, Gibbs, Gibbs i Lennox, Zurabaszwili* i in.). Niewątpliwie najciekawsze są wyniki badań autora radzieckiego *Zurabaszwili*, który wykazał, że elektroencefalogramy schizofreników odznaczają się asymetrią, dyskoordynacją czynności elektrycznej między symetrycznymi polami półkul mózgowych, i że w przypadkach chronicznych pojawia się patologiczny rytm delta. Badania histopatologiczne przeprowadzone przez tego autora na świeżym materiale biopieczym uzyskiwanym przy leukotomii wykazały zmiany morfologiczne komórek nerwowych warstw powierzchniowych, a zwłaszcza warstwy trzeciej ósmego i dziewiątego pola wg *Brodmana*. Te zmiany dotyczą głównie aparatu synaptycznego i są według autora morfologicznym wyjaśnieniem dyskoordynacji czynności elektrycznej kory mózgowej.

Badania nasze stanowią dalszy ciąg badań przedstawionych już częściowo na zjeździe psychiatrycznym w roku ubiegłym. Mogliśmy wówczas stwierdzić istnienie współzależności znacznego stopnia między obrazem elektroencefalograficznym a postacią kliniczną schizofrenii. W przypadkach, w których dominowały stany lękowe z omamami i urojeniami, elektroencefalogramy charakteryzowały się przeważającym rytmem beta.

Wyniki badań obecnych opierają się na znacznie większym materiale, obejmującym 224 chorych, w tym 143 chorych mogliśmy przebadać metodą polielektroencefalograficzną, posilując się sześciokanałowym aparatem

francuskim „Artex“. Pozostałych chorych przebadano przy pomocy jednokanałowego aparatu szwedzkiego „Junior“.

Wyniki nasze zestawzić można krótko w następujący sposób:

W przypadkach świeżych (68 przyp.), w których proces trwał poniżej 6 miesięcy, stwierdzić można było współzależność między obrazem elektroencefalograficznym a dynamiką przebiegu procesu. Ta zależność najwyraźniej występowała w 28 przypadkach stanów osłupienia katatonicznego. Przypadki z rytmem alfa niewidocznym lub bardzo skąpym, z dominującym rytmem beta (13 przyp.), w przebiegu klinicznym okazały się na ogół mniej pomyślne lub niepomyślne. Miały one często tendencję, pomimo przeprowadzonego leczenia, do przechodzenia w formy omamowo-urojeniowe, często z lękami, i przeważnie nie prowadziły wcale do remisji lub też dawały tylko krótkotrwałe częściowe poprawy.

Przypadki z rytmem alfa dobrze widocznym, z wyraźnymi seriami fal alfa (15 przyp.), miały przebieg kliniczny na ogół pomyślny i nie wykraczając symptomatologią swoją poza ramy postaci katatonicznej, zazwyczaj prędko prowadziły po leczeniu do całkowitej lub znacznej poprawy. Ta skłonność do pomyślnego przebiegu była najwyraźniejsza w tych przypadkach katatonicznego osłupienia (5 przyp.), w których obok fal alfa widoczne były fale wolne o częstotliwości 6-7/s., o amplitudzie większej od amplitudy fal alfa.

W pozostałych przypadkach świeżych, o postaciach klinicznych innych niż katatoniczna, istniała wyraźna współzależność między intensywnością rytmu beta, a nasileniem stanów lękowych i omamowo-urojeniowych. I w tej grupie chorych elektroencefalogramy o wybitniejszym rytmie alfa odpowiadały przypadkom o rokowaniu na ogół korzystniejszym.

Dynamika rozwoju obrazu klinicznego przypadków świeżych znajdowała przeważnie swój odpowiednik w dynamice rozwoju obrazu elektroencefalograficznego: przy zaznaczającej się poprawie klinicznej widoczna była tendencja do zwiększenia się rytmu alfa, zarówno co do ilości fal alfa jak i co do wielkości ich amplitudy.

W przypadkach trwających dłużej niż 6 miesięcy, w których objawy trwającego procesu były wyraźne (112 przyp.) widoczny był związek między obrazem psychopatologicznym, a obrazem elektroencefalograficznym. Stany wzmożonego napięcia afektywnego, zwłaszcza stany lękowe, postaci urojeniowo-omamowe dawały elektroencefalogramy z dominującym lub nawet wyłącznym rytmem beta, podczas gdy stany z dominującą apatią, bez większego bogactwa objawów wykazywały mniej lub więcej nasilony rytm alfa. Na ogół chorzy z obecnym i wyraźnym rytmem alfa wykazywali skłonność do lepszych i szybszych remisji.

W przypadkach przewlekłych, gdzie proces można zasadniczo uważać za wygasły (44 przyp.), w których wytworzył się stan końcowy bez wyraźniejszych już zmian, rytm alfa był przeważnie dobrze widoczny. W niektórych spośród przypadków tej grupy (10 przyp.) stwierdziliśmy wyraźnie patologiczny elektroencefalogram pod postacią serii wolnych fal o częstotliwości od 3 do 6/s., o amplitudzie większej od amplitudy fal alfa. Te patologiczne, wolne fale spostrzegano we wszystkich 10 przypadkach wyłącznie w odprowadzeniach czołowo-ciemieniowych. Powyższe zmiany rytmiki korowej dotyczą przeważnie chorych z całkowitą pustką wewnętrzną i z brakiem kontaktu z otoczeniem. Istnieją jednak w grupie tej chorzy, o analogicznym obrazie psychopatologicznym, bez zmian patologicznych elektroencefalogramu. Jakkolwiek więc istnieje do pewnego stopnia współzależność między głębokością schizofrenicznego otępienia a patologią czołowo-ciemieniowych odprowadzeń elektroencefalograficznych, to jednak fakt ten nie jest regułą. Stwierdzono, że niektórzy chorzy z głębokim otępieniem schizofrenicznym wykazują rytm całkowicie normalny, z wyraźnymi falami alfa.

Nie stwierdziliśmy w żadnej postaci schizofrenii poza przypadkami dotyczącymi stanów końcowych schizofrenii elektroencefalogramów z patologią równie silnie wyrażoną.

Pewne przypadki świeże osłupienia katatonicznego, w których występował jak już wspomnieliśmy rytm 6-7/sek. we wszystkich odprowadzeniach, cechowały się znacznie mniejszym nasileniem patologii w elektroencefalogramu. Fale wolne występowały stosunkowo bardzo rzadko i pojedynczo, tak że elektroencefalogramy można było określić jako znajdujące się na granicy normy. Prócz tego w świeżych przypadkach osłupienia katatonicznego te wolne fale 6-7/sek. widoczne były we wszystkich odprowadzeniach, podczas gdy zmiany elektroencefalogramów w przypadkach stanów końcowych schizofrenii lokalizowały się wyłącznie w odprowadzeniach czołowych.

Przechodząc do prób interpretacji elektroencefalogramów w schizofrenii na podstawie naszego materiału, stwierdzić należy, że w przeważającej ilości naszych przypadków obraz elektroencefalograficzny nie wykazywał cech wyraźnie patologicznych. Istnieją jednak fakty wynikające z analizy większego materiału, zezwalające na łączenie pewnych cech takich normalnych elektroencefalogramów z dynamiką procesu schizofrenicznego. Cechy te są następujące:

1) występuje duża ilość elektroencefalogramów z bardzo nikłym lub nawet nieobecnym rytmem alfa, z dominującym rytmem beta. Według statystyki *Davisów* u zdrowej ludności ilość takich elektroencefalogramów

wynosi około 20%. W naszym materiale obejmującym schizofreników ilość ta wynosi przeciętnie 61% wszystkich elektroencefalogramów nie uwzględniając różnych postaci i okresów schizofrenii;

2) w rozmaitych postaciach i okresach schizofrenii odsetek ten przedstawia się różnie. Jest on najwyższy u chorych ze stanami lękowymi, omamami i urojeniami, najniższy w końcowych okresach ostępienia schizofrenicznego;

3) zmiana stanu psychicznego, przejście z jednej postaci klinicznej w drugą, lub też poprawa stanu psychicznego łączą się często ze zmianą obrazu elektroencefalograficznego. W przypadkach popraw zwiększa się w elektroencefalogramach zazwyczaj ilość fal alfa i rośnie ich amplituda;

4) elektroencefalogramy schizofreników cechuje w odróżnieniu od elektroencefalogramów ludzi zdrowych pewnego rodzaju bezwładność, stałość, niemożność zmiany wyglądu fal pod wpływem działania bodźców. To zjawisko występuje najwyraźniej po zadziałaniu bodźców wzrokowych, które prawidłowo wywołują tzw. reakcję zatrzymania. Oczywiście w tych przypadkach, w których rytm alfa jest niewidoczny, nie można mówić o możliwości uwidocznienia się wpływu bodźca świetlnego na czynność elektryczną kory. Jednak po wyłączeniu tych przypadków (68), na pozostałych 156 chorych z widocznym rytmem alfa, reakcja zatrzymania była obecna tylko w 62 przypadkach.

Wydaje się, że można by tłumaczyć różnorodne obrazy elektroencefalograficzne w schizofrenii wychodząc z poglądów *Pawłowa* na schizofrenię. Oczywiście, że mechaniczne przenoszenie pewnych obrazów elektroencefalograficznych do pawłowskich pojęć pobudzenia i hamowania byłoby niesłuszne i rozważania takie muszą opierać się na klinicznej analizie materiału.

Najwłaściwszym przykładem dla oceny elektroencefalograficznego odpowiednika procesów hamowania jest elektroencefalograficzna analiza snu, który jest, jak wiadomo wg nauki *Pawłowa*, wyrazem procesu hamowania. Fazom coraz głębszego snu, a więc stanom coraz większego hamowania odpowiada zwiększenie się amplitudy fal i zwolnienie rytmu, który w fazie głębokiego snu wynosi 2—3/sek. Należałoby więc za uczoną radziecką fizjologiem *Szpilberg* przyjąć, że procesom hamowania odpowiada rytm wolny, procesom pobudzenia — rytm szybki. *Szpilberg* uważa, że rytm spoczynkowy, rytm alfa odpowiada najlżejszemu stopniowi hamowania, fazie wyrównawczej.

Badanie polielektroencefalograficzne umożliwi nam równoczesną obserwację wielu punktów kory mózgowej i daje nam możliwość zapisywania nasilenia, rozłożenia oraz stałości procesów pobudzenia, dając obraz aktualnego stanu napięcia (tonusu) kory.

Taka próba ujęcia zmian elektroencefalograficznych w schizofrenii w odniesieniu do procesów nasilenia pobudzenia daje najciekawsze wyniki w ostrych, świeżych stanach osłupień katatonicznych. Jak już wspomnieliśmy obecność fal alfa w przypadkach osłupienia katatonicznego jest objawem rokowniczo korzystnym. Znajdowałyby tu swoje potwierdzenie teza o ochronnym znaczeniu procesu hamowania, przy obniżonym napięciu kory. Przemawia za tym również fakt, że szczególnie pomyślny przebieg miały te przypadki, w których obok wyraźnego rytmu alfa występowały fale wolniejsze o wyższej amplitudzie.

Z drugiej strony badania nasze wykazały, że nie wszystkie przypadki osłupienia katatonicznego dają obraz elektroencefalograficzny odpowiadający stanom obniżonego napięcia kory. Klinicznie te przypadki, jak wspomnieliśmy mają na ogół tendencję do przeciągania choroby i do przechodzenia w inne postaci schizofrenii. Można by za *Iwanowem-Smoleńskim* przypuścić, że ilość korowych punktów pobudzenia jest w takich przypadkach znaczna i że z punktów tych promieniuje pobudzenie na całą korę, znosząc ochronne działanie hamowania. Na skutek tego elektroencefalograficznie powstaje obraz pobudzenia, a klinicznie, rokowanie kształtuje się przeważnie mniej pomyślnie, ponieważ zanika ochronne działanie hamowania. Być też może, że w tych przypadkach osłupień katatonicznych, w których rytm alfa jest nieobecny, na skutek dodatniej indukcji obejmującej jądra podkorowe, powstaje w nich proces pobudzenia. Prawdopodobnie w pewnych przypadkach gra rolę pierwsza ewentualność fizjopatologiczna, tj. promieniowanie w korze procesu pobudzenia z punktów pobudzenia korowego, w innych druga ewentualność, tj. dodatnia indukcja podkorowa. Zgodnie z *Pawłowem* należałoby przypuścić, że w przypadkach dodatniej indukcji podkorowej, klinicznie symptomatologia cechuje się takimi objawami jak katalepsja i zmiany napięcia mięśniowego. Niektórzy z naszych chorych z elektroencefalogramami o wyłącznym rytmie beta mieli właśnie takie objawy.

Te rozważania mogą mieć naszym zdaniem pewne znaczenie w wyborze metod leczniczych. Mianowicie te przypadki, w których występuje brak ochronnego działania hamowania nadawałyby się z teoretycznego punktu widzenia najbardziej do leczenia snem przedłużonym. Dalsze badania może wykażą, czy w takich przypadkach pomyślny wynik leczenia snem przedłużonym łączy się ze zmianą rytmiki korowej.

W przypadkach świeżych o innej symptomatologii klinicznej niż katatoniczna istnieje na ogół również współzależność między rytmiką korową a przebiegiem klinicznym. Elektroencefalogramy odpowiadające stanowi obniżonego napięcia kory występują w przypadkach skłonnych do lepszych remisji.

Ta sama współzależność istnieje również w przypadkach dłużej trwających, w których jednak objawy procesualne są wyraźne. W przypadkach tych istnieje widoczny wpływ różnych czynników pobudzających kory bezpośrednio lub też poprzez jądra podkorowe do wytwarzania rytmu beta. Taki szybki rytm beta widoczny jest, jak już wspomnieliśmy, najwyraźniej w postaciach omamowo-urojeniowych oraz w postaciach lękowego podniecenia. W kilku przypadkach (4) obok rytmu beta występował rytm szybki wykraczający poza granice normy i noszący wyraźne cechy patologiczne odznaczające się seriami fal o częstotliwości 20—25/sek., o amplitudzie 30—50 mv. Przypadki te cechowały się intensywnymi omamami i bogatym systemem urojeniowym i zgodnie z nauką *Pawłowa* podpadały pod typ korowego pobudzenia. Nasze badania elektroencefalograficzne nie zdołały stwierdzić, by to pobudzenie było wyraźniejsze w pewnych częściach kory.

Elektroencefalogramy schizofreników w końcowym okresie choroby wykazują pewien odsetek zmian patologicznych (10 na 44, tzn. 22,8%). Lokalizacja w odprowadzeniach czołowo-ciemieniowych była w naszym materiale regułą w tych przypadkach, przy czym zmiany te były symetryczne i synchroniczne w obu półkulach mózgowych. Biorąc pod uwagę fakt, że wyraźne zmiany patologiczne elektroencefalogramu mogą być wywołane albo przez nasilone i rozległe zmiany, jak np. zmiany zapalne, zwyrodnieniowe, guzy, sprawy urazowe, albo przez szczególne umiejscowienie drobnych nawet zmian, jak np. w padaczce — wydaje się, że ta druga możliwość jest powodem zmian elektroencefalograficznych w przewlekłych, zejściowych postaciach schizofrenii. Synchroniczność, symetria i umiejscowienie zmian przemawia za tym, że siedlisko zmian powodujących nieprawidłowe elektroencefalogramy znajduje się w jądrach podkorowych. Prace *Oskara i Celiny Vogtów* wykazały w schizofrenii istnienie zwyrodnień umiejscowionych w jądrze przednim wzgórza wzrokowego. Zmiany w jądrach podkorowych opisali również autorzy radzieccy (cytują za *Gurewiczem*).

Wydaje się na podstawie analizy obrazu elektroencefalograficznego, że właśnie odpowiednie umiejscowienie tych zmian zwyrodnieniowych w jądrach podkorowych jest przyczyną występowania patologicznego rytmu w pewnych zejściowych postaciach schizofrenii. Gdybyśmy chcieli przyjąć, że te zmiany elektroencefalograficzne spowodowane są przez obustronne zmiany zwyrodnieniowe znacznego stopnia kory płatów czołowych, to należałoby przypuścić, że morfologicznie przypadki te różnią się znacznie od wszystkich innych przypadków zejściowych schizofrenii, w których zmian elektroencefalograficznych nie stwierdza się. Brak specyficzności obrazu klinicznego w tych przypadkach nie przema-

wia za powyższym przypuszczeniem. Oczywiście pochodzenie tych wolnych fal w zejściowych postaciach schizofrenii może być całkowicie wyjaśnione jedynie przez przyszłe badania histopatologiczne tych przypadków, w których te wolne fale stwierdzono. Również badania elektroencefalograficzne przy użyciu elektrody podkorowej będą mogły prawdopodobnie tę sprawę wyjaśnić.

Obraz elektroencefalograficzny zejściowych form schizofrenicznych, obecność fal alfa i niekiedy fal wolnych, odpowiada istnieniu procesów zmniejszonego napięcia korowego. Należy jednak podkreślić, że podczas gdy w przypadkach świeżych ten proces hamowania, istniejący przy odwracalnych uszkodzeniach elementów komórkowych a przede wszystkim aparatu synaptycznego, jest czynnikiem ochronnym, warunkującym szybsze cofnięcie się istniejących uszkodzeń, leczniczym, rokowniczo korzystnym, to w przypadkach zejściowych, w których zmiany histopatologiczne są nieodwracalne, proces hamowania oczywiście nie może odgrywać roli leczniczej. Wydaje się, że w stanach zejściowych ten proces hamowania spowodowany jest przede wszystkim przez trwałe zaburzenia między korą a jądrami podkorowymi, które to zaburzenia są najprawdopodobniej przyczyną całkowitej pustki wewnętrznej i uczuciowego ośłupienia.

Rozważania nasze wymagają oczywiście jeszcze szeregu uzupełnień i dalszych badań. Badania takie, oparte przede wszystkim o technikę badań podkorowych, którą łatwo zastosować podczas przedczołowej leukotomii, winny przyczynić się do bliższego wyjaśnienia stosunku zaburzeń korowo-podkorowych w schizofrenii. Również metoda przerywanego bodźca świetlnego przy pomocy stroboskopu da najprawdopodobniej możliwość dalszego i dokładniejszego wyjaśnienia i różnicowania zmian elektroencefalograficznych w schizofrenii.

PIŚMIENNICTWO

- Berger H.: Über das Elektrenkephalogram des Menschen. Mitteil. I-XIV. Archiv f. Psychiat. u. Nervenkr. 1929 — 1938.
- Davis H. and Davis P. A.: The human electroencephalogram in health and in certain mental disorders. J. Nerv. and Ment. Dis. 85 : 463, 1937.
- Gibbs F. A., Gibbs E. L. and Lennox W. G.: The likeness of the cortical dysrhythmias of schizophrenia and psychomotor epilepsy. Am. J. Psychiat. 95 : 255—269, 1938.
- Gurewicz M. O.: Psychiatria. Moskwa 1949.
- Hill D.: Cerebral dysrhythmia: Its significance in aggressive behavior. Proc. Roy. Soc. Med. 37 : 317 — 328, 1944.
- Iwanow-Smolenskoj A. T.: Oczerki patofizjologii wysszej nerwnoj dejatelnosti. Moskwa 1949.

- Jasper H. H., Fitzpatrick C. P. and Solomon P.*: Analogies and opposites in schizophrenia and epilepsy: Elektroencephalographic and clinical studies. *Am. J. Psychiat.* 95 : 835 — 851, 1939.
- Jus A.*: Próba biologicznego podejścia do problemu autyzmu (studium elektroencefalograficzne). *Rocznik Psychiatryczny* 4, 1949 (w druku).
- Lemere F.*: Effects on electroencephalogram of various agents used in treating schizophrenia. *J. Neurophysiol.* 1 : 590 — 595, 1938.
- Pawłowski I. P.*: Wykłady o czynności mózgu. Warszawa 1938.
- Szpilberg P. I.*: Elektroencefalogramma czełoweka w normie i patologii. *Problemy sowetskoj fizjologii, biochemii, farmakologii.* Moskwa 1949 str. 131 — 132.
- Vogt C. und Vogt O.*: Über anatomische Substrate. Bemerkungen zu pathoanatomischen Befunden bei Schizophrenen. *Theoretische Medizin*, 2/7 — 8 : 101 — 108, 1948.
- Walter V. G. et Gastaut H.*: Effects des stimulations physiques sur l'EEG. 11ème Congr. Internat. d'EEG. Paris 1949.
- Zurabaszwili A. D.*: О церебральных основах шизофрении в разрезе электроencefalografii. *Newropatol. i Psychiat.* XVIII, w. 3 : 9—16, 1949.
- Zurabaszwili A. D.*: К патоархитектонике шизофрении. *Newropatol. i Psychiat.* XIX, w. 1 : 26—31, 1950.

Д-р Анд р ж е й Ю с

ПОПЫТКА ИСТОЛКОВАНИЯ МЕХАНИЗМА ОБРАЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРО-ЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СХИЗОФРЕНИИ

Произведены исследования клинические и электроэнцефалографические над 224 больными шизофренией, в том числе над 68 свежими случаями в которых болезнь продолжалась короче 6 месяцев. В свежих случаях наблюдалась связь между электроэнцефалографической картиной а динамикой течения процесса. Случаи, в которых преобладает ритм альфа, или рядом с волнами альфа появлялись волны с несколько замедленным ритмом, — имели в общем благоприятные предсказания. В случаях кататонического ступора с отчетливым ритмом альфа процесс не выходил за кататонические пределы и обыкновенно скоро после лечения следовало улучшение. Случаи кататонического ступора, в которых преобладал ритм бэта, имели обыкновенно худшее предсказание и переходили в другие формы шизофрении. Случаи в которых появлялся исключительно ритм бэта или же преобладал ритм бэта, касались чаще всего больных с состояниями бредовых идей и галлюцинаций, гэбефреническими и кататонического возбуждения. Подходя к этим наблюдениям с точки зрения науки Павлова можно утверждать, что ухудшенные электроэнцефалографические процессы торможения, отличаются хорошо сохранным ритмом альфа и даже волнами более медленными нежели волны альфа, соответствуют процессам пробегающим в общем благоприятно. Здесь находит свое подтверждение положения о защитном значении процесса торможения. Ритм бэта т. е. скорый ритм с низкой амплитудой, свидетельствующей о возбуждении — является выражением очагов возбуждения, встречаемых в некоторых формах шизофрении или же быть может — является симптомом электрической проеции на кору состояния возбужденных подкорковых ядер (в кататоническом возбуждении).

В хронических случаях ритм альфа чаще всего выступает у тех больных у которых болезненный процесс продвинулся весьма далеко и во главе клинической

картины выступает апатия, отсутствие контактов и инициативы. Все факторы, побуждающие кору непосредственно или посредством ядер, вызывают появление ритма бета. Такой ритм бета встречается отчетливо в случаях тревожного возбуждения и в случаях сопровождающимся бредом и галлюцинациями. Замедленные волны констатированные в некоторых хронических случаях следовало бы по нашему мнению, отнести к определенной локализации патологических изменений, вероятно в подкорковых ядрах.

A n d r z e j J u s

ESSAY OF INTERPRETATION OF THE MECHANISM OF EEG CHANGES
IN SCHIZOPHRENIA.

S u m m a r y.

In the electroencephalographic and clinical study of 224 schizophrenics (156 chronic and 68 recent cases) the following observations were made :

In recent cases there was a correlation between the EEG pattern and the development of the illness. Cases with dominant alpha rhythm or with slow waves accompanying alpha rhythm generally had a fairly good prognosis. Cases of catatonic stupor with dominant alpha rhythm did not show in their clinical development any other clinical feature than catatonic and after treatment they generally progressed fast to improvement. Cases of catatonic stupor with dominant beta rhythm generally had a worse clinical prognosis and often turned in other types of schizophrenia. Cases with beta rhythm only present or with dominant beta rhythm usually had the clinical form of hallucinatory-delusional states, hebephrenic states or catatonic excitement.

Applying the principles of Pavlovian teaching to these observations one could state that the electroencephalographically demonstrated process of inhibition expressed by dominant alpha rhythm or by slower waves is corresponding clinically to processus developing favourably. This would confirm the thesis of the protective role of inhibition. Beta rhythm, i. e. fast rhythm of low amplitude, which gives evidence of stimulation, shows the existence of focuses of stimulation in certain forms of schizophrenia or perhaps it may be a symptom of electrical projection on cortex of stimulation states of the subcortical nuclei (in catatonic excitement).

In chronic cases alpha rhythm is mostly present in these schizophrenics in which the morbid process progressed already very far and the clinical form is dominated by apathy, lack of contact and lack of initiative.

All factors stimulating the cortex directly or trough the subcortical nuclei can provoke the beta rhythm. This beta rhythm is best seen in anxiety states and in hallucinatory-delusional states.

Slow waves in certain cases are probably correlated with pathological changes of the subcortical nuclei.

Wacław Semadeni

BADANIA ELEKTROENCEFALOGRAFICZNE
W PSYCHONERWICACH

Klinika Psychiatryczna Ak. Med. w Warszawie.
Kierownik Kliniki Prof. dr Józef Handelsman.

Doniesienie tymczasowe

Badania elektroencefalograficzne w psychonerwicach przeprowadzono w ostatnich latach dość często. Jednak posługiwanie się ich wynikami jest utrudnione tym, że przeprowadzający je nie stosowali ścisłego rozgraniczenia między psychonerwicami a innymi jednostkami lub w badaniach swych kierowali się tylko poszczególnymi objawami, nie podając dokładniejszych danych co do przebadanego materiału. Tak np. *Olaf Kniberg* rozpatruje zmiany elektroencefalograficzne na materiale psychopatów i psychonerwicowców łącznie, stwierdzając w 60% przypadków odchylenia od stanu prawidłowego pod postacią różnie zaznaczonych dyzrytmii. *Polantin* przeprowadził badania na 26 chorych z natręctwami, z których 6 miało rozpoznanie schizofrenia, pozostali psychonerwica; u 20 z tych chorych elektroencefalogram wykazał odchylenie od normy, niezależnie jednak od nasilenia się objawów natręctw. Praca ta zaprzeczyła założeniom autora, że zmiany elektroencefalograficzne stoją w związku z natręctwami. Badania tego autora na chorych psychicznie z różnymi rozpoznaniem wykazały zmiany elektroencefalograficzne pod postacią odchylenia od normy w 30%, podczas gdy na materiale tylko psychonerwicowym dały odchylenia w 60%.

Einhoff dokonał badań na 50 dzieciach od lat 5 do 15, z których 21 było psychopatami, a reszta z objawami psychonerwicowymi, oraz na 47 wybranych zdrowych dzieciach, nie stwierdzając żadnych różnic w elektroencefalogramach tych grup. Wynik tej pracy jest łatwo zrozumiały, jeśli weźmiemy pod uwagę, że dyzrytmie występujące w psychonerwicach są zjawiskiem powszechnym i normalnym w wieku od 5 do 15 lat.

Coovin stwierdza w 40% badanych chorych psychonerwicowych odchylenia od normy w rytmie alfa pod postacią zwolnień (34%), przyspieszeń (6%), przyspieszeń i zwolnień (5%). Na tym to materiale liczącym 200 chorych wykazał, że spośród chorych ze zmianami elektroencefalograficznymi, 31% miało bóle głowy, 23% chwiejność afektu, 39% zaburzenia świadomości a 40% utraty świadomości.

Statystyka ta, dość wnikliwa i operująca dużym materiałem traci jednak na wartości, gdyż autor zupełnie nie wyjaśnia, jakiego rodzaju były te utraty świadomości.

Z piśmiennictwa widzimy, że większość autorów stwierdza w pewnym odsetku psychonerwic odchylenia od normy w krzywej elektroencefalograficznej. Polegają one na mniej lub więcej zaznaczonej dyzrytmii, tj. na występowaniu fal wolnych, o rytmie od 8 do 6 na sek. i amplitudzie nie przekraczającej wysokości fal alfa, oraz szybszych o częst. 12 do 13 na sek. o ampl. ok. 30 mikrov.

W Klinice Psychiatrycznej Akad. Med. w Warszawie przeprowadzono dotychczas badania 34 przypadków psychonerwic, porównując ich wyniki z obrazem klinicznym.

Pod względem elektroencefalograficznym chorych tych można podzielić na 4 grupy:

I. Licząca 22 przypadki o elektroencefalogramach prawidłowych.

II. Licząca 3 przypadki o krzywych wykazujących nieznaczną dyzrytmię, o rytmie alfa dość wyraźnym oraz o falach o ampl. 40 mikrov. częst. 7 do 8 na sek.

III. Licząca siedem przypadków, wykazujących elektroencefalograficznie dyzrytmię znacznego stopnia o rzadkim i nieregularnym rytmie alfa i licznych falach o częst. 6 do 8 na sek. o ampl. 40 mikrov.

IV. Licząca 3 przypadki o elektroencefalogramach typu padaczkowego z falami szczytowymi i wolnymi o ampl. ok. 80 mikrov. częst. 4 do 5 na sek.

Porównując postacie kliniczne ze zmianami elektroencefalograficznymi, widzimy że w grupie I o normalnych elektroencefalogramach na 22 przypadki 21 reprezentowało psychonerwice, w których obrazie dominowały skargi hipochondryczne obok nadmiernego wyczerpania i nadpobudliwości. W pozostałym jednym przypadku obok tego obrazu stwierdzono występowanie drgawek natury psychogennej, bez utraty świadomości, połączonych z demonstracyjnością i występujących przy pobudzeniu uczuciowym.

W II grupie o nieznaczonej dyzrytmii fal elektroencefalograficznych wszystkie 3 przypadki przedstawiały obraz psychonerwicy ze skargami na

nadmierne zmęczenie, nadwrażliwość, zmiany nastroju. Obserwacja wykazała w tych przypadkach skłonność do odczynów typu histerycznego pod postacią skurczów mięśni krtani i bezgłosu.

W III grupie wykazującej znaczną dyzrytmię fal, na siedem przypadków w 6 spostrzeżono obok typowego obrazu psychonerwicowego skłonność do gwałtownych reakcji uczuciowych lub też nawet drgawkowych o typie psychogennym, ze skargami hipochondrycznymi.

W IV grupie o elektroencefalogramach padaczkowych stwierdzono poza zwykłym obrazem psychonerwic i lękiem i natręctwami w 1 przypadku nagłe budzenie się w nocy, bez zaburzeń świadomości, bez drgawek tylko z pewnym uczuciem niepokoju. W drugim przypadku napadowe bóle głowy nasilające się w okresach zwiększonego zdenerwowania; w 3 przypadku „tiki“ trwające od dzieciństwa i *pruritus vulvae*. We wszystkich tych przypadkach stwierdzono skłonność do gwałtownych reakcji, nie stwierdzono natomiast napadów padaczkowych.

Rozważając te dane widzimy wyraźną korelację obrazu klinicznego i zmian elektroencefalograficznych. W grupie I o krzywych prawidłowych na 22 przypadki w 21 stwierdza się psychonerwice hipochondryczne a tylko w 1 występują drgawki natury psychogennej. Na odwrót w grupie II o krzywej dyzrytmicznej na 10 chorych w 1 przypadku stwierdza się psychonerwicę hipochondryczną, a w pozostałych 9 drgawki natury psychogennej, skłonność do wybuchów uczuciowych.

W grupie IV o wyraźnie chorobowym wyglądzie krzywej elektroencefalograficznej mamy też większe odchylenia od zwykłego obrazu psychonerwicowego.

Badania te, chociaż przeprowadzone zostały na małym materiale, wykazują ważność badań elektroencefalograficznych w przypadkach psychonerwic z rozważaniem zmian krzywej w zależności od postaci klinicznej. Otrzymane zmiany elektroencefalograficzne w psychonerwicach, występujące jako różnie nasilające się dyzrytmie, nie stanowią wyraźnie zmian chorobowych a stoją one raczej na pograniczu zdrowia i choroby, niemniej jednak występowanie ich w przypadkach psychonerwic, w których obok zwykłych objawów mamy też dodatkowe o cechach padaczkowych, jak skłonność do drgawek, wybuchowość, niejasne bóle głowy, ma duże znaczenie zarówno teoretyczne jak i praktyczne. Teoretyczne, bowiem może to pomóc w wyjaśnieniu etiologii pewnych nietypowych objawów w psychonerwicy; praktyczne, ponieważ daje nam nowe wskazówki w leczeniu.

W Klinice opierając się na zmianach elektroencefalograficznych o cechach padaczkowych oraz na charakterze padaczkowym objawów kli-

nicznych, zastosowano w tych przypadkach leczenie hydantoinowe. Pierwszych prób dokonano na 12 chorych i wyniki zdają się zachęcać do stosowania tej metody w przypadkach psychoneurwicz o krzywych elektroencefalograficznych dyzrytmicznych.

W piśmiennictwie kilku autorów, a między innymi *Liberson*, uważa za wskazane leczenie hydantalem właśnie w takich przypadkach, jednak nie podaje statystyki osiągniętych wyników.

PIŚMIENNICTWO

- Paulla Polantin* : Clinical and E. E. G. Studies in obsessive compulsive states. The Am. Journal of Psychiatry. May 1949 str. 830 — 839.
- Coowin* : The Significance of Alfa variants in the E. E. G. The Am. Journal of Psychiatry. July 47 str. 369 — 380.
- Eickmoff* : Eegram in maladjusted childrens. The Am. Journal of Psychiatry. September 47, str. 194 — 197.
- Liberson* : Eegrafy. The Am. Journal of Psychiatry 48, str. 456 — 461.

Вацлав Семадени

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПСИХОНЕВРОЗАХ

В психиатрической клинике были проведены ээ - графические исследования над 34 пациентами больных на психоневрозы. В 22 случаях констатировано нормальный ээ - грам, между тем как с клинической точки зрения эти больные представляли картину психоневрозов с перевесом гипохондрических жалоб и только в одном случае кроме картин психоневроза наблюдались судороги психического характера.

В 3 случаях были констатированы волны типические для эпилепсии. Клинически они представляли картину психоневроза, а в одном случае констатированы внезапные пробуждения ночью без судорог, в другом — спорадические головные боли, а в третьем — тики.

Ни в одном из этих случаев не наблюдалось судорог эпилептического характера ни потери сознания; в семье этих трех больных никогда не было эпилепсии. У семи больных констатировано диеритмию в большой степени, в шести из этих случаев в картине психоневроза отличалась склонность к зрывчатым реакциям аффективным или судорожным — психогенного характера. В 3 случаях констатировано небольшую диеритмию а их клиническая картина отвечала психоневрозу со склонностью к истерическим реакциям, как спазм горла, отсутствие голоса и взрывчатость.

Эти исследования, хотя проведены над так незначительным числом больных, показывают значение ээ - графических исследований психоневрозов с обсуждением зависимости изменений кривой от изменений клинического характера. Кажется, что в случаях психоневрозов, в которых в клинической картине имеются некоторые эпилептоидальные черты (расположение к судорогам, кумуляция аффекта, головные боли и различные спорадические сенсации), ээ - грам показывает чаще всего по крайней мере диеритмию. Раз'яснение этого вопроса может иметь кроме терапевтического значения еще лечебное значение.

Wacław Semadeni

ELECTROENCEPHALOGRAPHIC EXAMINATIONS IN PSYCHO-NEUROSES.

Summary.

In the Psychiatric Clinic eegraphic examination of 34 patients with the diagnosis of psycho-neurosis has been carried out.

In 22 cases a normal eegram has been ascertained; from the clinical point of view the patients presented a picture of psycho-neurosis with the preponderance of hypochondric complaint; only in one case beside a psycho-neurotic picture there were paroxysms of convulsions of a psychogenic nature.

In 3 cases waves typical for epilepsy were ascertained. From the clinical point of view they presented a picture of psycho-neurosis.

Out of them one patient was known to awake suddenly in the night without any convulsions; the second—had paroxysmal headaches; the third—had ticks and pruritus vulvae.

In none of these cases there have been ascertained any convulsions of the epileptic nature nor a loss of consciousness.

In the families of those three patients epilepsy was unknown.

In 7 patients disrhythmia of a high degree has been noted. Out of them—in 6 cases the psycho-neurotic picture showed an inclination to violent affective or twitching reactions of a psychogenic type.

The remaining one case showed a form of psycho-neurosis with hypochondric complaints.

In 3 cases an inconsiderable disrhythmia has been ascertained. From the clinical point of view their picture corresponded to psycho-neurosis with an inclination to hysterical reactions such as a contraction of the larynx with aphonia and an inclination to violent outbreaks.

Those examinations although conducted on a small number of patients show the importance of eegraphic examinations of psycho-neuroses taking into consideration the dependence of the changes of the curve on the clinical form.

It seems that in the cases of psycho-neuroses, where the clinical picture shows certain epileptoidal signs (inclination to ticks, cumulations of the affect, headaches and various paroxysmal sensations) the eegram shows most often at least disrhythmia.

The explanation of this problem has a therapeutic significance.

Karolina Jus

DYNAMIKA ZMIAN ELEKTROENCEFALOGRAFICZNYCH W OTEPIENIU ORGANICZNYM.

Państwowy Instytut Psychoneurologiczny w Tworkach

Kiedy *Hans Berger* już bogaty w doświadczenie elektroencefalograficzne z prac nad zwierzętami zaczął się zajmować elektroencefalografią człowieka, zajęła go jako psychiatrę w głównej mierze możliwość użycia metodyki elektroencefalograficznej w klinice psychiatrycznej. Wyraźne piętno możliwości klinicznego stosowania tej metody w psychiatrii znamionuje prace *Bergera* o elektroencefalogramie człowieka. Prac tych ukazała się cała seria w latach od 1929 do 1938 w *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*.

Udało się niewątpliwie stwierdzić u człowieka istnienie związku między wydarzeniami życia psychicznego, a prądami czynnościowymi mózgu.

Prace *Tönniesa*, *Bergera* i *Adriana* wykazały, że istnieją osobnicze różnice elektroencefalogramów człowieka, a prace *Travisa* i *Gottlobera* stwierdziły istnienie stałych cech indywidualnych elektroencefalogramów. Występowanie reakcji zatrzymania przy zastosowaniu bodźca zmysłowego i fakt doświadczalnie stwierdzony (*Chweitzer*, *Geblewicz* i *Liberson*), że obecność omamów wzrokowych wywołuje pewne zmiany w elektroencefalogramie, uprawnia do stwierdzenia, że istnieje związek nie tylko między normalnymi wydarzeniami życia psychicznego ale też i między patologią życia psychicznego a obrazem elektroencefalograficznym.

Berger już w 1931 r. zwrócił uwagę na wyniki badania elektroencefalograficznego w porażeniu postępującym. Na 10 badanych przypadków stwierdził, że u chorych z porażeniem postępującym, u których po leczeniu malarią proces chorobowy zatrzymał się nawet ze znacznym defektem umysłowym, nie występują chorobowe elektroencefalogramy. Natomiast w ostrym okresie występowały elektroencefalogramy patologiczne, w szczególności obok fal wolnych bardzo zmienny rytm alfa, zmienny zarówno w amplitudzie jak w częstotliwości. Dość często stwier-

dzaną w porażeniu postępującym niską amplitudę fal alfa tłumaczył *Berger* hipotetycznie stanem zapalnym opon miękkich i wodogłowiem zewnętrznym niewątpliwie powiększającym opór.

W następnej swojej pracy opierającej się na 29 przypadkach porażenia postępującego *Berger* doszedł do wniosku, że elektroencefalogram oddaje stopień spustoszenia kory i ciężkości otępienia; oprócz fal patologicznych występowała różnica obrazu elektroencefalograficznego w symetrycznie położonych punktach obu półkul, mianowicie w jednej półkuli występowały fale szybkie (55—70 milisekund), a w drugiej fali wolne (140—200 milisekund). W przypadkach nieleczonych fale alfa miały częstotliwość zmienną, a po leczeniu wracały do normy.

Wreszcie w swojej pracy z 1936 r. *Berger* tłumaczy nieregularne przyspieszenie potencjałów mózgowych, mające charakteryzować porażenie postępujące z klinicznym obrazem podniecenia, jako objaw podrażnienia kory (*Reizsymptom*).

Wg *Finleya* im wyraźniejsze w porażeniu postępującym objawy umysłowe tym więcej pojawia się fal wolnych. W materiale jego składającym się całkowicie ze świeżych przypadków chorzy z łagodnymi objawami mają czynność nieprawidłowo szybką. Leczenie ma przywracać szybką czynność o wysokiej amplitudzie u tych, u których ona ustała. *Lemere* stwierdził u 6 chorych z porażeniem postępującym stale słaby rytm alfa.

Autorzy francuscy, *Bertrand*, *Delay* i *Guillain* stwierdzili w niektórych przypadkach porażenia postępującego taki sam obraz elektroencefalograficzny, jak w głębokim idiotyzmie, tzn. występowanie fal wolnych o częstotliwości 3—4/sek., nieobecność rytmu alfa i brak reakcji zatrzymania. W trzech przypadkach porażenia postępującego z otępieniem umysłowym średniego stopnia i zespołem podniecenia psychicznego z euforią, werbigercją stwierdzili wzrost amplitudy i częstotliwości fal, zresztą nieregularnych, i występowanie iglic. Zmiany patologiczne występowały szczególnie w odprowadzeniach czołowych. Wg autorów francuskich istnieje współzależność między stopniem otępienia i patologią elektroencefalogramu, jakkolwiek nie istnieje formuła elektroencefalograficzna porażenia postępującego.

Greenblatt i *Levin* przebadali elektroencefalograficznie 300 przypadków kiły układu nerwowego oraz 240 zdrowych jako grupę kontrolną. W grupie kontrolnej było 10% elektroencefalogramów patologicznych. W grupie porażenia postępującego było 55% patologicznych elektroencefalogramów, przy czym zmiany występowały szczególnie tam, gdzie były drżenia, dysartria, odruchy patologiczne lub „organiczny“ obraz umysłowy. Istniał również pewien związek między ilością ciałek białych,

białka, jakością odczynu złotowego, a zmianami elektroencefalogramu. Obecność omamów i urojeń nie wpływała na odsetek patologicznych elektroencefalogramów. *Finley, Rose i Solomon* w 1942 r. stwierdzili patologiczny elektroencefalogram u 53% chorych z porażeniem postępującym, przy czym zmiany występowały częściej w przypadkach nieleczonych niż leczonych i mniej więcej były proporcjonalne do klinicznej ciężkości przypadków.

W innych otępieniach organicznych, jak np. w otępieniu starczym i alkoholowym, w chorobie Alzheimera, w otępieniu padaczkowym występują również fale wolne.

Jak z powyższego widać wyniki badań nie zawsze były ze sobą zgodne, a w szczególności wiele sprzeczności wykazują wyniki badań, dotyczących związku patologii obrazu elektroencefalograficznego ze stopniem otępienia umysłowego.

Dzieje się tak dlatego, ponieważ w metodyce badań nie zawsze uwzględniano dynamikę rozwoju procesu chorobowego i wzajemną grę różnych czynników, zmieniających się w toku choroby. Naszym zdaniem wiązanie pewnej cechy psychopatologicznej np. otępienia z pewną cechą elektropatologiczną np. obecnością fal wolnych, jest ujęciem nie tyle prostym co *simplicystycznym* i jest ujęciem nie dynamicznym, a statycznym. Metoda badania winna z jednej strony uwzględnić bogatą grę różnych czynników patologicznych, z drugiej strony musi uwzględnić dynamikę rozwoju przez powtarzanie badań w różnych okresach choroby. Tylko takie dynamiczne podejście do zagadnienia doprowadzić może do właściwych wniosków, mających swe uzasadnienie fizjopatologiczne.

Badania nasze przeprowadziliśmy u 60 chorych z otępieniem organicznym. Przyczyną otępienia było w 43 przypadkach porażenie postępujące, w 8 przypadkach miażdżycza naczyń mózgu, w 9 przypadkach przebyty uraz mózgu. Wiek chorych wynosił od 21 do 63 lat.

Stopień otępienia nabytego był w naszym materiale różnie nasilony. U 48 chorych można go było określić jako średni lub głęboki, z dużymi zaburzeniami lub utratą zdolności pojmowania i oceny, w 12 przypadkach występowało tylko nieznaczne obniżenie zdolności pojmowania i oceny krytycznej bez wyraźniejszych zaburzeń pamięci.

Rozpatrywanie zależności między stopniem otępienia umysłowego, a stopniem zmian w elektroencefalogramie prowadzi nas do następujących wniosków:

Na 48 chorych z głębokim lub średnim otępieniem stwierdziliśmy w 21 przypadkach wyraźnie patologiczny elektroencefalogram z pojedynczymi falami o częstotliwości od 3 do 5/sek. (fale delta) o amplitudzie przeważ-

nie wyższej nad 100 mikrowoltów lub z seriami fal delta we wszystkich doprowadzeniach. W pozostałych 27 przypadkach, które dotyczyły w przeważającej części starych przewlekłych przypadków, elektroencefalogramy były w granicach normy.

Wśród 12 chorych o nieznacznym stopniu otępienia umysłowego elektroencefalogramy w 11 przypadkach były całkowicie normalne, w jednym przypadku na pograniczu zmian patologicznych.

Na pierwszy rzut oka wydawałoby się, że różnice między ilością patologicznych elektroencefalogramów w przypadkach ciężkiego otępienia, a ilością w przypadkach nieznacznego otępienia można uważać za istotne.

Bliższa analiza naszego materiału doprowadza do pewnych wniosków, które zmieniają takie proste, zdawałoby się, ujęcie zależności między stopniem otępienia umysłowego, a stopniem zmian elektroencefalogramu. Jeżeli mianowicie rozpatrzmy nasz materiał pod kątem widzenia długości trwania procesu chorobowego i jeżeli podzielimy ten materiał na przypadki, w których proces trwa dłużej niż 2 lata, to takie zróżnicowanie materiału zezwoli na wyciągnięcie wniosków dotyczących dynamiki obrazu elektroencefalograficznego w przebiegu porażenia postępującego.

Na 26 przypadków porażenia postępującego, w których choroba trwała krócej niż 2 lata, w 12 przypadkach elektroencefalogram był nieprawidłowy, przy czym wśród pozostałych 14 przypadków z elektroencefalogramami prawidłowymi, znajdowały się przeważnie przypadki zupełnie świeże z objawami rozpoczynającego się dopiero otępienia umysłowego (9 przypadków). W 17 przypadkach, w których choroba trwała dłużej niż 2 lata (od 2 do 20 lat) elektroencefalogram pozostał prawidłowy w 12 przypadkach. W pozostałych 5 przypadkach elektroencefalogramy były zmienione, przy czym w 4 spośród tych 5 przypadków zmiany ograniczały się wyłącznie do odprowadzeń czołowych. Wiadomo, że na skutek odpowiedniego leczenia porażenia postępującego zmiany zapalne i zwyrodnieniowe mózgu ustępują, natomiast, jeżeli leczenie nie dało dodatniego wyniku lub zastosowano je za późno, pozostają jako trwałe zmiany anatomiczne mniej lub bardziej rozległe zaniki komórek nerwowych mózgu, zaniki włókien i bujanie gleju. Rozległość i stopień tych trwałych zmian anatomicznych decyduje o stopniu trwałego ubytku inteligencji. W takich starych, przewlekłych przypadkach, w których sprawa zapalna przygasła, jak wskazuje badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, istnieje, jak wykazuje nasz materiał, duża rozbieżność między ciężkością obrazu klinicznego, charakteryzującego się bardzo znacznym otępieniem umysłowym,

a brakiem zmian elektroencefalograficznych lub też ich ograniczonym umiejscowieniem. Staje się to zrozumiałe, jeżeli pamiętać się o tym, że zanik tkanki nerwowej może klinicznie dawać obraz wypadnięcia pewnych ważnych czynności lub wyzwolenia się czynności ośrodków niższych, podczas gdy elektrycznie charakteryzować się będzie ciszą, miejscowym brakiem produkcji prądów czynnościowych. Ponieważ jednak zaniki nie obejmują wszystkich elementów nerwowych, elektroencefalograficznie zaniki te winny się uzewnętrzniać zmniejszeniem czynności elektrycznej.

Rzeczywiście w grupie 17 przypadków porażenia postępującego, w których choroba trwała dłużej niż 2 lata czynność elektryczna była w 13 przypadkach obniżona, co objawiało się rzadkimi seriami lub pojedynczymi falami alfa o niskiej amplitudzie. Tylko w jednym przypadku, w którym choroba trwała 3 lata, elektroencefalogram był wyraźnie zmieniony. W przypadku tym badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało utrzymywanie się zmian zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym.

Te spostrzeżenia dotyczące dynamiki zmian elektroencefalograficznych w przebiegu porażenia postępującego zezwalają na wyciągnięcie wniosku, że obraz elektroencefalograficzny w porażeniu postępującym zależy przede wszystkim od okresu choroby, w którym przeprowadzono badanie elektroencefalograficzne.

Badania elektroencefalograficzne, przeprowadzone w okresie początkowym choroby, kiedy zmiany zapalne i zwyrodnieniowe nie są jeszcze zbyt nasilone, a objawy kliniczne odznaczają się nieznacznym stopniem otępienia umysłowego, dać mogą wynik prawidłowy. Taki sam wynik dać może badanie elektroencefalograficzne przeprowadzone w końcowym okresie choroby, kiedy zmiany zapalne ustąpiły, a objawy kliniczne odznaczają się głębokim stopniem otępienia umysłowego. Wydaje się, że stopień zmian elektroencefalograficznych zależy przede wszystkim od stopnia, od nasilenia i rozległości zmian zapalnych mózgu. Te zmiany patologiczne elektroencefalogramu mogą w stanach zejściowych należeć do trwałych uszkodzeń anatomicznych jąder podkorowych i umiejscawiają się wówczas przede wszystkim w odprowadzeniach czołowych.

Na potwierdzenie tych wniosków wpływają jeszcze inne, spostrzegane przez nas, fakty. Istnieje mianowicie uchwytana współzależność między stopniem patologii elektroencefalogramu a okresem czasu dzielącym badanie elektroencefalograficzne od przeprowadzonego leczenia (malaria, leczenie swoiste). Im dłuższy jest ten okres czasu, im więc większe jest prawdopodobieństwo, że nasilenie zmian zapalnych i zwy-

rodnieniowych zmniejszyło się, tym mniejsze zmiany elektroencefalogramu lub tym większe ilości elektroencefalogramów prawidłowych. Wniośki nasze, uwzględniające dynamikę zmian elektroencefalograficznych w przebiegu porażenia postępującego, stoją w sprzeczności z pozorną współzależnością między stopniem otępienia a stopniem zmian krzywej elektroencefalogramu. Tę rzekomą współzależność podkreślali niektórzy autorzy (*Bertrand, Delay, Guillain*). Naszym zdaniem nabiera ona zupełnie innego oświetlenia przy uwzględnieniu dynamiki procesu chorobowego i dynamiki zmian elektroencefalograficznych.

Podobną dynamikę obrazu elektroencefalograficznego stwierdziliśmy w przypadkach otępienia pourazowego, w których długotrwałość procesu chorobowego pozostawała w stosunku odwrotnym do nasilenia zmian elektroencefalogramu.

Na 8 przypadków miażdżycy naczyń mózgu, w 4 przypadkach stwierdziliśmy elektroencefalogram zmieniony z wolnymi falami delta. W tych czterech przypadkach zmiany otępienne były daleko posunięte. W przypadkach tych obraz kliniczny wskazywał więc na rozległe zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym.

Następna współzależność, jaką spostrzegaliśmy sprowadza się do rokowniczego znaczenia patologicznego elektroencefalogramu. Ta współzależność między obrazem klinicznym, a obrazem elektroencefalograficznym dotyczy przypadków porażenia postępującego w świeżych stosunkowo okresach choroby. W czterech takich przypadkach z otępieniem średniego stopnia stwierdziliśmy elektroencefalogramy wyraźnie patologiczne z seriami łaf delta o amplitudzie od 100 do 200 mikrowoltów. Zastosowanie leczenia malarią z następowym leczeniem swoistym w żadnym z tych przypadków nie dało poprawy, a w jednym z tych przypadków w dwa miesiące po ukończeniu leczenia malarią chory zmarł wśród objawów ogólnego wyniszczenia porażennego.

Elektroencefalogramy ośmiu chorych na porażenie postępujące w początkowych okresach choroby, z objawami otępienia średniego stopnia nie wykazywały zmian chorobowych. U trzech chorych z tej grupy przeprowadzone anstępnie leczenie malarią dało poprawę znacznego stopnia z możliwością powrotu do pracy, u dwu chorych zaznaczyła się po leczeniu nieznaczna poprawa, a stan trzech chorych nie zmienił się po leczeniu.

Z wymienionych powyżej przypadków wynikałoby, że stwierdzenie zmienionego elektroencefalogramu w przypadku porażenia postępującego w początkowym okresie choroby jest objawem rokowniczo niekorzystnym.

Stwierdzenie zmian elektroencefalogramu w przypadkach porażenia postępującego w jego okresach początkowych przemawia za tym, że proces anatomo-patologiczny potoczył się u tych chorych szybko i zdołał już we wczesnym okresie objąć dużą połączoną część mózgu. Jest to więc objaw rokowniczo niekorzystny.

Oczywiście, że stwierdzenie normalnego elektroencefalogramu w początkowym okresie choroby nie daje podstawy do jakichkolwiek przypuszczeń rokowniczych. Mogą bowiem w chwili przeprowadzenia badania elektroencefalograficznego jeszcze nie istnieć silnie wyrażone zmiany anatomiczne, mogą one jednak rozwinąć się w miarę postępu choroby, leczenie bowiem nie zawsze postęp ten zdoła zahamować.

Trzeciej współzależności dopatrzeć się można między siedliskiem zmian anatomicznych a umiejscowieniem zmian patologicznych w elektroencefalogramie. W przypadkach porażenia postępującego, w których, jak wiadomo zmiany anatomiczne są najwybitniejsze w obrębie płata czołowego, elektroencefalogramy wykazują największe nasilenie zmian patologicznych w odprowadzeniach czołowych. Na 43 przypadki porażenia postępującego zmiany patologiczne elektroencefalogramu stwierdziliśmy w 17 przypadkach. Te zmiany w 7 przypadkach ograniczyły się wyłącznie do odprowadzeń czołowych, w których występowały fale wolne o częstotliwościach od 3/sek. do 6/sek., o amplitudzie od 100 do 200 mikrowoltów.

Być może, że niezupełnie wygasły proces zapalny ograniczony do płatów czołowych oraz silne zmiany zwyrodnieniowe w płacie czołowym są przyczyną powyższych umiejscowionych zmian elektroencefalograficznych. Możliwe też jest, że w powstawaniu umiejscawianych czołowych patologicznych zmian elektroencefalograficznych odgrywają rolę zmiany chorobowe w jądrach podkorowych. Zmiany te najczęściej ujawniają się w odprowadzeniach czołowych.

Pozostały nasz materiał dotyczący otępienia umysłowego (otępienie spowodowane miażdżycą mózgu i otępienie pourazowe) nie dało możliwości ze względu na rozlany proces anatomiczny wyciągania wniosków o umiejscowieniu.

W n i o s k i :

Badania elektroencefalograficzne dotyczące 60 przypadków otępienia umysłowego, spowodowanego określonymi, znanymi procesami anatomo-patologicznymi, zezwoliły nam na ustalenie daleko idących współzależności między obrazem chorobowym i obrazem klinicznym, a obrazem

elektroencefalograficznym. Ta współzależność w pierwszym rzędzie dotyczy dynamiki rozwoju obrazu anatomo-patologicznego i elektroencefalograficznego, a następnie możliwości rokowniczych w przypadkach świeżych i wreszcie możliwości umiejscowienia zmian anatomicznych. Jak z naszych spostrzeżeń wynika zbieżność między stopniem otępienia umysłowego, a stopniem zmian elektroencefalograficznych jest pozorna. Najwyraźniej fakt ten spostrzegamy w przypadkach porażenia postępującego. Współzależność istnieje przede wszystkim między nasileniem określonych procesów anatomo-patologicznych, a stopniem zmian elektroencefalograficznych. Zaburzenia psychiczne, a przede wszystkim otępienie umysłowe, znajdują swój oddźwięk w zmianach patologicznych elektroencefalogramu jedynie wtedy, gdy te zaburzenia psychiczne spowodowane są przez czynne w danej chwili, określone procesy anatomo-patologiczne, wywołujące ze względu na swój rodzaj i umiejscowienie zmiany elektroencefalograficzne. Jeżeli zaburzenia psychiczne wynikają ze zmian anatomo-patologicznych, które ze względu na swój rodzaj lub umiejscowienie, zmian elektroencefalograficznych nie wywołują, to bez względu na ciężkość stanu psychicznego — patologiczne zmiany elektroencefalogramu nie występują lub też ich cechy patologiczne zaznaczają się w niewielkim stopniu i nie pozostają w żadnym stosunku do głębokości zmian psychicznych.

PIŚMIENNICTWO

- Adrian E. D. and Matthews B. H. C.:* The Berger rhythm : Potential changes from the occipital lobes in man. *Brain* 57 : 355 — 385, 1934.
- Berger H.:* Uber das Elektrenkephalogram des Menschen. Mittel. I-XIV. *Archiv. f. Psychiat. u. Nervenkr.* 1929 — 1938.
- Bertrand I., Delay J. et Guillaïn J.:* L'électroencéphalogramme normal et pathologique. Paris 1939.
- Chweitzer A., Geblewicz E. et Liberson W.:* Etude de l'électroencéphalogramme humain dans un cas d'intoxication mescalinique. *Ann. Psychol.* 27 : 94 — 119, 1936.
- Finley K. H.:* On the occurrence of rapid frequency potential changes in the human electroencephalogram. *Am. J. Psychiat.* 101 : 194 — 200, 1944.
- Finley K. H., Rose A. S. and Solomon H.C.:* *Arch. Neurol. and Psychiatry* 47, 718, ref, in *Recent Advances in Neurology and Psychiatry* by Brain, W. R. and Strauss E. B. London 1946.
- Gottlob A. B.:* The relationship between brain potentials and personality. *J. Exp. Psychol.* 22 : 67 — 74, 1938.
- Greenblatt M. and Levin S.:* Factors affecting the electroencephalogram of patients with neurosyphilis. *Am. J. Psychiat.* 102 : 40 — 48, 1945.
- Tönnies J. F.:* Die Ableitung bioelektrischer Effekte von uneröffneten Schädel. *Physikalische Behandlung des Problems. J. f. Psych. und Neurol.* 45 : 164 — 171, 1933.

- Lemere F.: Berger's a rhythm in organic lesions of the brain. Brain 60 : 118—125, 1937.*
- Travis L. E. and Gottlob A.: Do brain waves have individuality? Science 84: 532—533, 1936.*

Каролина Юс

ДИНАМИКА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЧЕСКОМ ПРИТУПЛЕНИИ

Электроэнцефалографическое исследование 60 случаев умственного притупления, вызванного известными определенными анатомо-патологическими процессами (прогрессивный паралич, сосудистые изменения, послетравматические состояния) позволили определить далеко идущие связи между анатомо-патологической, клинической и электроэнцефалографической картиной. Эта зависимость прежде всего касается динамики развития анатомо-патологических картин, а затем прогностических возможностей в свежих случаях, и наконец возможности локализации анатомических изменений. Как следует из наших наблюдений сходство между степенью умственного притупления и степенью электроэнцефалографических изменений — является мнимым. Наиболее отчетливо наблюдаем этот факт в случаях прогрессивного паралича. Зависимость существует прежде всего между напряжением определенных анатомо-патологических процессов и степенью электроэнцефалографических изменений. Психические расстройства, а прежде всего умственное притупление находит выражение в патологических изменениях электроэнцефалограма только тогда, когда все эти психические расстройства вызваны активными в данном моменте определенными анатомо-патологическими процессами, вызывающими электроэнцефалографические изменения, принимая во внимание их характер и локализацию. Если психические расстройства возникают на основании анатомо-патологических изменений, которые в виду своего характера или локализации не вызывают электроэнцефалографических изменений, то несмотря на тяжесть психо-патологического состояния, электроэнцефалографические изменения не появляются или же их патологические черты обнаруживаются лишь в небольшой степени и не находятся ни в каком отношении до глубины психических изменений.

Summary.

Karolina Jus

DYNAMICS OF ELECTROENCEPHALOGRAPHIC CHANGES IN ORGANIC DEMENTIA.

A dynamic EEG study of 60 cases of organic dementia caused by known pathologic processes (general paresis, vascular changes, posttraumatic states) has led the author to following observations :

There can be stated a clear correlation between the pathology, clinical symptomatology and the EEG pattern in organic dementia. This correlation concerns in the first place the dynamics of the development of the pathology, secondly the prognostic possibilities in recent cases and at last the localization possibilities of anatomic changes. Evidence is given that the coincidence of the high degree

of pathological changes of the EEG and considerable dementia is only apparent. This fact is particularly demonstrative in general paresis. Yet there is a correlation between the intensity of definite pathological process and the degree of EEG changes. Mental disorders and particularly dementia find their expression in the definite pathological EEG changes only then, when they are caused by an actually active definite pathological process, which can owing to its character or localization produce EEG changes. If mental disorders are caused by such pathological changes that their character and localization can not provoke EEG changes then with no regard on the high degree of dementia the pathological changes of the EEG are absent or scarcely marked and stay in no correlation with the degree of dementia.

Zofia Szymańska i Maria Korytowska

ROKOWANIE W TRUDNOŚCIACH CHARAKTEROLOGICZNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY

Bezpośrednim bodźcem do zajęcia się zagadnieniem, które oddawna niepokoi lekarzy, psychologów i wychowawców, narzucając konieczność klinicznego rozpracowania, było wysunięcie tematu „Rokowanie w trudnościach charakterologicznych“ przez Sekcję Psychiatrii Dziecięcej Międzynarodowego Kongresu Psychiatrii, mającego odbyć się w Paryżu we wrześniu 1950 r.

Doniosłość zagadnienia polega na zależności między przyczyną zaburzeń charakterologicznych, a ich usunięciem. Od odpowiedzi na pytanie, jakie są dalsze losy tych, u których we wczesnym czy późniejszym dzieciństwie stwierdzono zaburzenia charakterologiczne, oraz od stwierdzenia co w przypadkach resocjalizacji wpłynęło na poprawę, a w przypadkach nie uzyskanej resocjalizacji, na wycofanie — zależeć powinna, zarówno lecznicza, jak opiekuńcza polityka w stosunku do dzieci i młodzieży, przejawiających trudności charakterologiczne.

Wychodząc z takiego założenia stwierdzić należy, że istotną wartość dla rozwiązania zagadnienia, może mieć praca oparta nie tylko na rozważaniach teoretycznych, ale potwierdzająca doświadczalnie przypuszczenia. W danym przypadku może to być tylko praca oparta na wynikach katarnezy.

Określamy jako dziecko „trudne“ dziecko nie przystosowujące się do otoczenia w poszczególnych okresach swego rozwoju; za trudności charakterologiczne przyjmujemy przejawy tego nieprzystosowania, znajdujące bardzo rozmaity wyraz, zarówno co do postaci, jak i co do treści.

Badani nasi rekrutują się bądź to z dzieci nerwowych, które na każdy konflikt mogą odpowiedzieć nerwicą, bądź z dzieci dotkniętych pewnymi wybiórczymi zaburzeniami umysłowymi lub ruchowymi, związanymi ściśle z pewnym zespołem zaburzeń hormonalnych, na co zwracał uwagę *Gilbert Robin*, bądź też z licznej rzeszy młodzieży w okresie pokwitania,

która na przełom hormonalny swoisty temu okresowi, oddziałuje wzmożoną pobudliwością i chwiejnością równowagi psychicznej. Do trudności charakterologicznych zaliczyć zatem należy wszelkie przejawy nerwicowe, zespół nadpobudliwości psychoruchowej, astenię, łatwe męczenie się, postawę lękową, bierność, lenistwo, impulsywność, infantyizm psychiczny, niestałość tzw. *instabilité*, oraz przejawy opozycji i napastliwości od sporadycznych przypadków przeciwstawienia się bliższemu czy dalszemu otoczeniu do zespołu cech aspołecznych i antyspołecznych.

Nie mogąc mówić o charakterze dziecka jako o pojęciu ostatecznie ustalonym, przyjmujemy fakt istnienia w psychice dziecka pewnych skłonności dążeniowo-uczuciowych. Skłonności te o słabszym lub silniejszym napięciu, pod wpływem oddziaływania środowiska, ulegają różnorodnym — zarówno dodatnim jak ujemnym — przeobrażeniom i mają wpływ na kształtowanie się przyszłego charakteru. Przez „charakter“ rozumiemy: zespół dążeń uczuciowych kierujących postępowaniem człowieka, a uwarunkowany w znacznej mierze, jego środowiskiem (według określenia Dupré).

Niezależnie od pokierowania omówionymi wyżej skłonnościami, ważna jest również sprawa wychowania zespołu właściwych reakcji odruchowych. Odpowiednio bowiem wychowane odruchy warunkowe, będące do pewnego wieku czynnikiem zastępczym w miejsce nie ukształtowanego jeszcze charakteru, stanowią jednocześnie korzystne podłoże dla charakteru, który zaczyna dopiero kształtować się w sposób świadomy.

Materiał na którym oparte są wyniki niniejszej pracy, dotyczy 750 przypadków, 300 z nich — to przypadki Poradni Pedokryminologicznej w Łodzi, opracowane częściowo już uprzednio pod nieco innym kątem widzenia, mające jednak tak wiele punktów styecznych z zagadnieniem rokowania w trudnościach charakterologicznych, że prawie w całości zostały wykorzystane w tej pracy. Tam, gdzie wyraźna była zbieżność rubryk zestawienia łódzkiego z innymi arkuszami zbiorczymi — wyniki sumowano. Rubryki arkuszy nie uwzględnione w materiałach łódzkich, opracowano oddzielnie. Przytaczane w pracy odsetki dotyczą całego materiału tzn. 750 przypadków poza oznaczonymi w nawiasie liczbą 450, co oznacza wyłączenie materiału łódzkiego odnośnie danego zagadnienia. Poza wykorzystaniem w ujęciu całościowym, materiały z Łodzi mają wartość skali porównawczej; pozwalają na spostrzeganie przebiegu, rozwoju i nasilania się trudności charakterologicznych, badanych w Poradni Leczniczo-Wychowawczej w zestawieniu z takim samym procesem u tych, którzy nie zatrzymali się na granicy „trudności“, lecz doszli do konfliktu z prawem — u młodocianych przestępców. Na pozostałe 450 katamnez złożyło się: 37 przypadków poradni przy P.I.P.S., 225 z poradni byłego

P.I.H.P. (obecnie Głównej Poradni Zdrowia Psychicznego), 70 z poradni psychologicznej im. Joanny Kunickiej w Warszawie oraz pozostałe 118 pochodzi z zakładów wychowawczych i wychowawczo - poprawczych z całego kraju.

Materiały warszawskie nie obejmują dostatecznie długiego czasokresu spostrzeżeń, ograniczając go z konieczności do lat powojennych. Zniszczone archiwa oraz niemożność odszukania dawnych pacjentów czy wychowanków, nie pozwalały rozszerzyć okresu 1945—1948 r. Jako najniższą granicę, przyjęto dla katamnezy okres jednego roku. Jedynie w 40 przypadkach czas spostrzegania obejmuje okres kilku, a nawet kilkunastu lat.

Po opracowaniu przez grupę lekarzy i psychologów jednolitego arkusza dla wywiadu katamnesticznego, przejrzano przeszło 4000 teczek pacjentów i wychowanków, wybierając przypadki chorobowe bez zaburzeń charakterologicznych, oraz przypadki ostatecznie rozpoznanych chorób psychicznych, oligofrenii i padaczki, i zaburzeń charakteru związanych ściśle z trwającym procesem organicznym mózgowym, jak śpiączka epidemiczna, kiła mózgowa, a także schizofrenia w okresie remisji. Na ściśle wyodrębnienie tych procesów chorobowych grupy tzw. psychopatii, od której nie różnią się one zupełnie przejawami charakterologicznymi — zwrócił uwagę czołowy psychiatra radziecki — *Gurewicz*.

Zaburzenia te bowiem przypisać należy niezmiennie trwającemu procesowi chorobowemu, związanemu z podłożem anatomo-patologicznym.

W grudniu 1949 r., po wypełnieniu na podstawie teczek I części arkuszy katamnesticznych, przystąpiono do przeprowadzenia wywiadów. Pracę tę powierzono osobom wyszkolonym, częściowo studentom wyższych kursów psychologii i pedagogiki.

Zbieranie materiałów drogą wywiadu napotkało na duże trudności (zmiany adresu, nieobecność osób mogących udzielić wiadomości itp).

Niewielką część materiału (53 katamnezy) otrzymano drogą korespondencyjną, według przesłanego wzoru arkusza katamnesticznego.

Po odrzuceniu niewłaściwych opracowań wywiadu, uzyskany materiał podzielono według płci (chłopcy: 495 czyli 60% i dziewczęta 255 czyli 34%) i wieku (do lat 10 — 16,5%, od 10 do 12 — 24,5% od 13 do 15 — 43,3%, ponad lat 15, — 15,7%) i wciągnięto kolejno na arkusze zbiorcze, dostosowane w kolejności rubryk, do arkusza katamnesticznego.

Po zsumowaniu wszystkich arkuszy, sporządzono zestawienie ogólne oraz przygotowano zestawienia korelacyjne tych rubryk, w których wymowa cyfr była widoczna i prowadziła wyraźnie do pewnych hipotez czy wniosków.

Czołowi przedstawiciele francuskiej szkoły psychiatrii dziecięcej w osobach *Heyera*, *Robina Le Guillanta* i ich uczniów, specjaliści psy-

chiatrów dziecięcej szwajcarscy i niemieccy jak *Isserlin*, *Benjamin*, *Lutz* i *Ronald*, a przede wszystkim przodująca szkoła radziecka, od lat zwracają uwagę na fakt, że determinującym czynnikiem kształtującym osobowość człowieka — to nie jego cechy wrodzone i odziedziczone, lecz jego środowisko. Od dodatnich bowiem, czy ujemnych wpływów środowiskowych zależeć będzie, czy pewne wrodzone skłonności ulegną stłumieniu zahamowaniu, czy też rozwiną się w pełni. W Polsce stali zawsze na tym stanowisku prof. *Batawia*, prof. *Baley* i jego uczniowie, że wymienię tylko pracę mgr *Kunickiej* o środowisku nieletnich przestępców, oraz prace prof. *Żebrowskiej*, dr *Natalii Hahnowej*, dr *Zofii Rosenblum* i mgr *Janiny Neuding*. Wszyscy wymienieni autorzy podkreślają rolę środowiska jako czynnika determinującego w kształtowaniu się cech charakterologicznych dziecka.

Wychodząc więc z założenia, że w środowisku chorego tkwi punkt ciężkości nurtującego nas zagadnienia — wnikliwej analizie poddano środowisko z którego pochodzili pacjenci. Umożliwił taką analizę fakt, że nasze. Poradnie Leczniczo-Wychowawcze i Pedokryminologiczne przeprowadzają bardzo dokładny wywiad środowiskowy, doceniając ważność tego czynnika dla rozpoznania i leczenia.

Ogólna charakterystyka środowiska w świetle katamnezy, wykazuje zaledwie 5% przypadków, gdzie środowisko było wybitnie dodatnie; 17% przypada na środowisko dobre, 20% to środowisko pod pewnymi względami dodatnie, a pod innymi ujemne; znaczny wreszcie odsetek, bo 14% to środowisko wyjątkowo ujemne. Za kryterium oceny środowiska przyjęto zespół warunków, rozpatrywany z punktu widzenia osobniczych potrzeb rozwojowych dziecka.

Z katamnezy wynika, że warunki materialne nie są czynnikiem zasadniczym przy powstaniu trudności charakterologicznych. Poza przypadkami skrajnej nędzy, nie są one nigdy przyczyną główną. W świetle katamnezy znaczna większość dzieci o zaburzeniach charakterologicznych, to dzieci ze środowiska dobrze, lub średnio sytuowanego.

Rozpatrując środowisko z punktu widzenia pochodzenia społecznego, stwierdzamy dosyć równomierny podział na 3 grupy: dzieci pracowników umysłowych — 24%, pracowników fizycznych — 28%, dzieci rodziców bez stałej pracy i bez wyraźnego przydziału do określonej grupy społecznej (np. zajmujący się dorywczo handlem, nie pracujący w swoim zawodzie, wykonywujący kilka zawodów itp.) — 29%. Ta trzecia grupa zajmuje osobną pozycję w wartościowaniu środowiska badanego. Jest to środowisko bez określonego charakteru, nie ustabilizowane, w którym dziecko wzrasta w poczuciu, że życie układa się z dnia na dzień, po linii

najmniejszego oporu — bez żadnego planu i idei przewodniej, a że najwyższym kryterium wartości, są dobra materialne. Środowisko takie, które ogólnie określić można jako środowisko o bezideowej strukturze, stanowi w naszym materiale 29%, a więc jest środowiskiem najczęściej spotykanym.

Zastanawiające i wymagające omówienia jest zjawisko, że poważne trudności charakterologiczne występują często i tam, gdzie pozornie środowisko nie nasuwa żadnych zastrzeżeń. Bliższa jednak analiza wykazuje, że są to przypadki, gdzie środowisko obiektywnie dodatnie, subiektywnie, dla danego dziecka czy pod pewnym względem lub w pewnym okresie czasu, jest środowiskiem ujemnym.

Np. 1) Rodzina zastępcza, która straciła we wczesnym wieku własne dziecko — adoptuje rodzeństwo, 8-letnią dziewczynkę i 10-letniego chłopca. Rodzice — ludzie starsi — bardzo kulturalni, nie wyżyli się w uczuciach rodzicielskich. Dzieci adoptowane są przedmiotem nadmiernej troski i ambicji. Kształci się je wszechstronnie, odkrywa talenty, obarcza nadmiernymi obowiązkami, zapominając o należnych temu wiekowi prawach do zabawy i bez troski.

W wyniku niechęć do nauki i ku zdumieniu rodziców dążenie do opuszczania lekcji i ucieczek celem zaspokojenia potrzeby swobody i kontaktu z rówieśnikami.

2) Młoda matka, która straciła pierwsze dziecko — drży nad życiem drugiego, obecnie jedyne, zdradzającego brak łaknienia. Dziecko jest wątłe. Mimo zaleceń lekarza — przekarmiane. Karmienie odbywa się w atmosferze podnieconej, przy akompaniamencie prośb, namów, bajek, płaczu matki, szarpaniny, wreszcie dziecku skrzepowanemu wsuwa się przemocą do ust łyżkę.

W wyniku odruch warunkowy: dziecko dostaje na widok pustego talerza wymiotów.

Odnaleźliśmy 14% takiego środowiska w naszym materiale (tj. środowiska podmiotowo ujemnego).

Bliższa analiza tych przypadków wykazała, w 50% nerwice zarówno u dziewcząt jak i u chłopców. Niejednokrotnie nie udaje się dociec, co podmiotowo jest dla dziecka w jego środowisku ujemne. Tym bardziej więc stwierdzenie zależności między podmiotowo ujemnym środowiskiem, a stanami nerwicowymi i nerwicami, prowadzi do wniosku, że przy rozpoznaniu nerwicy, należy bardzo wnikliwie analizować środowisko z punktu widzenia badanego dziecka.

Sytuacja dziecka w rodzinie, tam gdzie jest dwoje i więcej dzieci — wbrew teorii *Adlera* o dziecku najstarszym i najmłodszym, nie nasuwa

w świetle katamnezy żadnych, ciekawszych wniosków. Natomiast odsetek jedynaków, który stanowi 42% całego materiału, potwierdza teorie o szkodliwości wychowania odosobnionego — nawet wówczas, gdy jedynostka wychowuje się w grupie, ale na odrębnych prawach. (Przykładowo: chłopiec lat 10, wychowywany w zakładzie przez jedną z wychowawczyń poza grupą — jak syn — jedynak, otoczony nadmiarem opieki i troski, przejawia wszystkie ujemne cechy jedynactwa, w ostatecznym wyniku całkowicie się wykoleja).

Poza jedynactwem, struktura rodziny nie wykazuje bezpośredniego wpływu na podstawie trudności charakterologicznych. Ze stwierdzenia, że 40% dzieci zgłoszonych do poradni posiada pełne rodziny (oboje rodzice żyjący wspólnie), a tylko 15% to rodziny rozbite formalnie (rodzice rozeszli się, jedno z rodziców poza krajem itp.), wynika, że za rodzinę faktycznie rozbitą, uważać należy także rodzinę, gdzie nie ma istotnej więzi i współżycia rodzinnego na skutek czego dziecko najczęściej jest świadkiem gorszących scen, poważnych zatargów lub w najlepszym razie chłodu i obojętności. Środowisko tego rodzaju dla dziecka, u którego tak silne jest nastawienie uczuciowe, nie jest środowiskiem zdrowym i oddziałuje na dziecko gorzej, niż połowiczne sieroctwo.

Połowiczne sieroctwo wyrażające się cyfrą 36% ma największe znaczenie dla wszystkich chłopców, pozbawionych opieki ojca.

Niewielki odsetek (11%) całkowitych sierot świadczy raczej o tym, że dzieci te w większości przypadków znalazły wystarczająco dobrą opiekę zastępczą, a nie dowodzi bynajmniej, że sieroctwo nie stanowi podłoża dla trudności charakterologicznych.

Wobec bardzo małej liczby przypadków, gdzie występuje ojczym lub macocha (9%) nie można omawiać tego zagadnienia w związku przyczynowym z trudnościami charakterologicznymi. Podobnie przedstawia się zagadnienie rodzin zastępczych (9%).

Katamneza wykazała znaczny wpływ dalszego otoczenia dziecka na powstawanie trudności charakterologicznych (szkoła, koledzy, znajomi, wpływy sąsiedzkie), ale co ważniejsze wykazała zależność między brakami środowiska rodzinnego, a podatnością dziecka na ujemne wpływy dalszego otoczenia.

W 108 przypadkach stwierdzono ujemny wpływ dalszego otoczenia jako warunkujący powstanie zaburzeń charakterologicznych: z tego 30% miało środowisko ujemne, 7% wybitnie ujemne, a 37% — średnie.

Dobre środowisko miało 15%, a wybitnie dobre 7%. O wiele łatwiej resocjalizuje się dziecko, które znajduje w swoim środowisku macierzystym (rodzina własna, przybrana, Dom Dziecka) psychiczne zaplecze, oparcie, zapewniające poczucie celowości własnego istnienia i dające

możność uczuciowego wyżycia się. Dziecko, które może swobodnie przeżywać wszystkie, zgodne ze swą naturą i okresem rozwoju — treści uczuciowe, tym samym mniej jest podatne na wpływy zewnętrzne i chronione jest przed zaburzeniami typu nerwicowego.

Z katamnezy wynika, że okresem kiedy powstają zaburzenia nerwicowe, jest zarówno u chłopców, jak u dziewcząt przede wszystkim okres wczesnego dzieciństwa do lat 3 (22%). Tłumaczy się to prymitywnością reakcji uczuciowych psychiki dziecięcej, która nie weszła jeszcze w okres logicznego przeżywania treści uczuciowych. Wtedy, na wyłącznie uczuciowej płaszczyźnie, powstają urazy i kompleksy, będące źródłem późniejszych trudności charakterologicznych i wychowawczych.

Wystarczającym zapleczem psychicznym dziecka we wczesnym dzieciństwie będzie więc środowisko, zapewniające prawidłowy rozwój psychiczny. Mając zapewnioną możliwość dodatkowej uczuciowej kompensacji, dziecko nie będzie potrzebowało kompensować ujemnie: braku dzieciństwa, poczucia krzywdy, poczucia zbędności swego istnienia itp. Pomimo ciężkich nawet warunków, rozwijać się będzie prawidłowo. Wiadomym jest, że przez dziesiątki lat, dzieci wychowywane w zakładach czyli tzw. „sierocińcach“ (co już było kiedyś momentem piętnującym), uważane były za inne i za trudniejsze niż dzieci wychowywane w rodzinach. Przyczyny często doszukiwano się w dziedziczności, a tymczasem tkwiła ona właśnie w braku tego psychicznego zaplecza. Tam bowiem, gdzie zakład, podchodząc do dziecka osobniczo, umiał jednocześnie uaktywnić je dla kolektywu, wychowankowie (o ile nie zetknęli się z wpływem zakładu zbyt późno), okazywali się takimi samymi dziećmi jak wszystkie inne i tzw. cechy dziecka zakładowego, zupełnie u nich nie występowały.

Na wybitną rolę czynnika uczuciowego w patologii dziecięcej wskazuje w ciekawej pracy *Le Guillant*, powołując się między innymi na doświadczenia przeprowadzane przez *Spitza* nad niemowlętami, który udowodnił, że zwiążanie uczuciowe z matką i obcowanie z nią wywiera dycydujący wpływ nie tylko na psychikę, ale przede wszystkim na rozwój cielesny dziecka.

Wiek lat 7—8 jest dalszym, wyraźnie zaznaczonym okresem przejawiania się trudności pochodzenia nerwicowego (17%). Z okresem tym łączą się, zaznaczone w katamnezie konflikty i niepowodzenia szkolne spowodowane najczęściej trudnościami przystosowania się dziecka, do pierwszej, z którą się styka, większej zorganizowanej społeczności. Tym również tłumaczy się fakt, że jaskrawiej zjawisko to występuje u dzieci, które nie uczęszczały do przedszkola.

Okresem kiedy trudności najbardziej się nasilają (powodując zgłoszenie do Poradni) jest wiek między 12-15 rokiem życia (44% ogółu objętych

katamnezą przypadków). Jest to okres, zbiegający się z jednej strony ze wzmożoną podatnością dziecka na przeżywanie uczuciowe i na fizjologiczne zmęczenie, związane z okresem pokwitania tj. z głębokim przełomem hormonalnym. Okres ten powoduje często ambiwalentny stosunek do pracy („już nie mogę, a muszę“). W końcowym etapie kariery szkolnej, dziecko często przeżywa intensywnie świadomość luk i braków, a zdając sobie sprawę, że nie zdąży ich wyrównać, przybiera kompensującą postać napastliwą. Najczęściej spotykamy się z tym u dzieci ociężałych umysłowo, które stanowią 37% ogółu objętych katamnezą.

Dziecko ociężałe umysłowo często nie mogąc sprostać obowiązkom uczenia przybiera kompensującą postawę agresywną, zakłócając bieg życia szkolnego, wagarując itp. Postawa ta jest jednocześnie szkodliwa ze społecznego punktu widzenia, gdyż przyzwyczajają jednostkę do wyłamywania się z norm obowiązujących dany kolektyw. Poza ociężałością umysłową nie stwierdzono wyraźniejszej zależności między powstawaniem zaburzeń charakterologicznych, a poziomem umysłowym — 48% to dzieci i młodzież o inteligencji normalnej — 14% wykazało inteligencję wyższą. W materiale dotyczącym nieletnich przestępców (Poradnia Pedokryminologiczna w Łodzi) było 16% dzieci ograniczonych umysłowo.

Występujące przed wojną w środowisku bezrobotnego proletariatu, zjawisko polegające na przedwczesnej jakby dojrzałości społecznej, powstającej kosztem skróconego dzieciństwa — rozszerzyło się na skutek związanych z wojną przeżyć i sposobu życia — na całe społeczeństwo. Niezależnie od zewnętrznego wyrównania warunków dają się dotychczas odczuwać skutki tego niewłaściwie przyspieszonego rozwoju, przejawiając się bądź to w postaci infantylności psychicznej, bądź też w nieodpowiadającej wiekowi — chęci życia według norm ludzi dorosłych. Tak np. chłopiec, który w wieku od lat 8 do 12 przeżywał wojnę, biorąc na siebie niejednokrotnie odpowiedzialność za czyjeś mienie, a nawet życie, który przyzwyczajony był do samodzielnie zarabianych pieniędzy, nie może po powrocie do obiektywnie normalnych warunków przystosować się do sztucznych (w jego pojęciu) wymagań, narzuconych dla jego wieku — przez dorosłych.

Zbierając wszystkie przyczyny powstawania trudności charakterologicznych na tle środowiskowym, stwierdzić można, że: wszędzie tam, gdzie dziecko nie znajduje uczuciowego oparcia, nie ma wzoru do naśladowania, jest świadkiem gorszących scen w rodzinie, nie czuje się czynnym członkiem wspólnoty rodzinnej, gdzie boi się ojca, nie ma zaufania do matki, gdzie przez nieumiejętne postępowanie rodziców występują zatargi z rodzeństwem, a często i ze szkołą — tam powstaje podłoże dla wszelkich trudności wychowawczych, przechodzących łatwo w charakte-

biologiczne. Spotykamy się wtedy u dzieci z kłamstwem, intrygantwem, złośliwością i wybuchami złości, zaciętością i mściwością (na tle poczucia krzywdy), z wagarami zt szkoły, ucieczkami z domu; w ostrzejszych postaciach występują: kradzież, bójki, udział w bandach, występki seksualne.

Zgłaszane przyczyny skierowania do Poradni dają się ująć w kilka grup; najczęściej spotykamy ujęcie ogólne: trudności wychowawcze w domu i szkole (82%) — na tym dopiero tle różnicować można trudności dominujące — np. kradzież (67%), ucieczki z domu (25%), wagary (49%), sprawy seksualne (18%), kłamstwo (47%) i inne.

W rozpoznaniu jako przyczynę i trudności rozpoznano w 53% ujemne warunki rodzinne, w 7% ujemne warunki szkolne; ujemny wpływ dalszego otoczenia 21%, urazy i wstrząsy 13%, nerwice 7% — 7% choroby nie psychiczne i 7% ociężałość umysłowa, 4% psychopatia.

Wszystkie te objawy występujące poszczególnie, lub w pewnych zespołach nie muszą jednak być związane wyłącznie z wpływami środowiskowymi. Mogą one również powstać na tle bieżących przeżyć i urazów dziecka (niesprawiedliwa ocena w szkole, silne przeżycie lektury lub kina, poważny zatarg z kolegami); w stosunku do dzieci Warszawy mogą to być mocno tkwiące wspomnienia związane z wyjątkowo silnymi przeżyciami wojennymi, które w zależności od cech osobniczych poszczególnej jednostki, mogą doprowadzić do nerwicy lub wyzwolić cechy psychopatyczne.

Gurewicz uważa za psychopatię rozwój zespołu anomalii charakterologicznych na niepełnowartościowym podłożu psychicznym pod wpływem czynników środowiskowych.

Francuska i niemiecka szkoła na ogół podzielają to zdanie, stojąc jednak mocno na stanowisku czynnika dziedziczności i konstytucjonalności.

Szkoła radziecka natomiast podkreśla, że cechy odziedziczone są tylko punktem wyjścia dla dalszego rozwoju anomalii charakterologicznych u psychopatów pod wpływem środowiska, a specjalnie czynników społecznych.

U dziecka trudno jest mówić przy pierwszym zetknięciu o nieharmonijnym rozwoju cech charakterologicznych i niepełnowartościowym podłożu, gdyż osobowość dziecka jest w ciągłym rozwoju i to, co nam dzisiaj wydaje się niedostatecznie dojrzałe i harmonijne, może nim być jutro.

Dlatego też rozpoznanie psychopatii ustrojowej stawiane było bardzo oględnie. Jako kryterium rozpoznania uwzględniano bardzo wczesny wiek powstawania trudności w wyraźnie dodatnim środowisku, brak konkretnych przyczyn natury psychicznej, szczególnie złośliwe cechy antyspołeczne, sztywność objawów ewentualnie obarczenie dziedziczne osobnika.

Na osobną uwagę zasługuje zespół tzw. *instabilité tj. nadpobudliwości psychoruchowej* cechujący się nieharmonijnym rozwojem czynności ruchowych we wczesnym dzieciństwie, niemożnością skupienia uwagi, nadmierną ruchliwością, przerzucaniem się z jednego zajęcia do drugiego, nie doprowadzaniem niczego do końca. Dzieci takie we wczesnym dzieciństwie, na skutek swej żywości już częściowo uciążliwej na terenie przedszkola, a tym bardziej szkoły, stanowią element wybitnie trudny; same nie korzystają na lekcjach i uniemożliwiają właściwą pracę nauczycielowi. Liczne wagary i uciezki wypływają również z tego podłoża i w wyniku prowadzą od przerzucania z jednej do drugiej szkoły aż do usunięcia ze szkoły wogóle. Rozpoznanie tego zespołu przy pierwszym zetknięciu z dzieckiem nasuwa duże trudności, ponieważ pod względem umysłowym, poza zaburzeniami uwagi, dzieci te są zupełnie zdrowe, a postępowanie swoje tłumaczą w przekonujący sposób. Dopiero katamneza pozwala na potwierdzenie, względnie postawienie rozpoznania tego groźnego zespołu.

W pewnych przypadkach szczególnej impulsywności, skłonności do uciezek oraz na podstawie psychogramu *Rorschacha* podejrzewano równoważnik padaczki: nie potwierdzone niestety elektroencefalografią na skutek braku odpowiedniej aparatury.

Na podstawie katamnez nie mieliśmy możliwości krytycznej oceny czynnika dziedziczności. Materiał łódzki i 118 katamnez zakładowych nie zawierały żadnych danych pod tym względem.

Poza tym analiza materiału tak silnie wykazuje współzależność i ząębianie się czynników organicznych, psychogennych i społecznych, że niepodobna z prawdopodobieństwem hipotezy naukowej wysuwać wnioski o determinującym wpływie dziedziczności.

Baczną uwagę zwrócono na stan fizyczny badanych. W 45% były to dzieci zupełnie zdrowe. 5% chore — z naciekami gruźliczymi, o rozwiniętej chorobie gośćcowej, gorączkujące itd.

Reszta tj. 50% były to dzieci wątłe, niedokrwiste, miewające od czasu do czasu stany podgorączkowe na tle zakażenia gruźliczego, krzywicze, niedożywione, cierpiące na przewlekłe nieżyty jamy nosogardzielowej i na wyrośla adenoidalne, które jak wiadomo, są jednym z częstych czynników warunkujących nadpobudliwość psychoruchową i zaburzenia uwagi.

Wyodrębniliśmy spośród tej grupy badanych 16 dzieci z wyraźnymi zaburzeniami hormonalnymi, w 3 przypadkach były to — objawy nad-tarczyczności u dziewczynek w okresie pokwitania i w 13 przypadkach

zespół *Babińskiego-Fröhlicka* oraz wnętrostwo (*cryptorchismus*): 11 razy u chłopców, 2 razy u dziewcząt.

Zespół ten powoduje zaburzenia czynności ruchowych, ruchy niezborne, częstokroć zaburzenia pamięci i to, co rodzice nazywają lenistwem, a co jest niewydolnością na tle zaburzeń gospodarki hormonalnej, czy to przysadki, czy też gruczołów płciowych. U dzieci ze skargami na łatwe męczenie się, podejrzewaliśmy niedomogę nadnercza, u ospałych i ociężałych — przejściową niedomogę tarczycy w okresie pokwitania.

Prawie wszyscy nasi badani przeszli choroby zakaźne, jak odra, płonica i krztusiec, u kilku z nich rodzice łączyli zmiany charakterologiczne z przebyłą chorobą. Szczegółowe badania neurologiczne nie wykazały co prawda żadnych zaburzeń organicznych układu nerwowego, tym niemniej choroba zakaźna mogła wywołać encefalopatię, a w następstwie zakończonego procesu we wczesnym dzieciństwie opisaną przez *Gurewicza* tzw. psychopatię organiczną.

W zależności od rozpoznań udzielono następujących zaleceń i wskazań: leczenie uspakajające, wzmacniające, hamujące i hormonalne, w przypadkach zaburzeń gruczołowych, bądź to w postaci środków farmakologicznych, bądź też w postaci zalecanego wypoczynku na wsi, na koloniach, w sanatorium (13%).

Poza tym zmiana metod wychowawczych rodziny lub szkoły (32%), umieszczenie w Domu Dziecka (11%), w zakładzie specjalnym (26%), zmiana szkoły (9%), włączenie do organizacji (21%), opieka osobnicza (14%) suma odsetek nie sprowadza się do 100, bo czasem wskazania były dwójakie.

W ostatecznym wyniku katamneza dała 43% całkowitego wyrównania trudności, 24% poprawy (znacznej lub częściowej) co łącznie daje 67% całkowitej lub częściowej resocjalizacji. Za całkowite wyrównanie uważaliśmy zupełne ustąpienie trudności wychowawczych, za częściowe — ustąpienie ich na terenie domu lub szkoły. Pogorszenie wyraża się cyfrą 33% (wliczając w to „stan bez zmian“). Tak nadspodziewanie dodatni wynik katamnezy wymaga głębokiego wnikięcia w przyczyny, które resocjalizację spowodowały.

Dla pracowników Poradni Lecznico-Wychowawczych szczególnie zachęcającym do dalszych wysiłków jest fakt, że tam, gdzie katamneza wykazała w wyniku poprawę, tam w 77% było stosowanie się do wskazań Poradni odnośnie do postępowania z dzieckiem w domu i w szkole. Zapewne wpłynął na poprawę u starszych dzieci wiek i zakończony burzliwy okres pokwitania (8%), w 7% bezpośrednią przyczyną była poprawa stanu zdrowia.

Na specjalne podkreślenie, jako przyczyna resocjalizacji, zasługuje czynne włączenie dziecka do zespołu młodzieżowego (harcerstwa, Z. M. P.); zwłaszcza dla jedynaków zespół taki jest terenem, gdzie po raz pierwszy mogą oni uświadomić sobie, jak wielką siłę stanowi zorganizowana grupa w przeciwstawieniu do samotnej jednostki.

Nie sposób pominąć tutaj ciekawe doświadczenie dr *Ilgiewiczowej*, adiunkta katedry psychologii na Uniw. Łódzkim, która w stosunku do młodocianych z trudnościami wychowawczymi, zastosowała zorganizowaną opiekę osobniczą. Każdy z grupy opiekunów (przeważnie studenci psychologii) otrzymał wyczerpujące naświetlenie i szczegółowe wskazówki dla swojego przypadku. Praca opiekuna polegała na stałym czuwaniu nad normowaniem warunków pracy i życia wychowanka nie hamując jego pozytywnej aktywności. Opiekun sam pozostając w cieniu, starał się włączyć wychowanka do, uprzednio przygotowanej do tego zadania, grupy młodzieżowej lub wcielić go w zespół pracy, po porozumieniu się z odpowiednią załogą. Wyniki były nadspodziewanie dobre, katamneza w tych przypadkach wykazała 100% resocjalizacji. Takie postępowanie dało lepsze wyniki od pracy kuratorów sądowych, którzy mając nadmiar zajęć, oraz często opiekując się bardziej rodziną, niż młodocianymi, nie mogli osiągnąć nawet w przybliżeniu tak dobrych wyników.

Ciekawa jest łączność między ogólną oceną środowiska, a wykazaną przez katamnezę całkowitą resocjalizacją. U dziewcząt, tam gdzie nastąpiło całkowite wyrównanie — w 19% było środowisko dodatnie, w 10% względnie dodatnie. Wybitnie duży odsetek (41%) całkowitej poprawy tam gdzie środowisko było ujemne tłumaczy się zmianą środowiska (umieszczenie w dalszej rodzinie, a najczęściej umieszczenie w zakładzie wychowawczym). Jeżeli chodzi o chłopców, obraz liczbowy układu się inaczej: w 80% poprawa zaszła tam, gdzie środowisko było dobre lub względnie dobre — w bardzo małych natomiast odsetkach znajdujemy poprawę tam, gdzie było środowisko najgorsze (5%).

Ta pozorna rozbieżność w statystyce między dziewczętami, a chłopcami tłumaczy się w polskich warunkach znacznie większą trudnością umieszczenia w zakładzie chłopca ze względu na brak odpowiednich zakładów i brak miejsc w istniejących zakładach (zakwalifikowanych 220 a umieszczonych 155 z tym że są to dane z lat 46 — 48 kiedy o miejsce w zakładzie było znacznie łatwiej).

Bardzo charakterystyczne wyniki dał związek między wiekiem dziecka w okresie pojawienia się trudności, a całkowitym ich wyrównaniem. U dziewcząt zarysowują się wyraźnie dwa okresy: wiek ok. lat 7 (15%) i ok. lat 13 (30%) u chłopców lat 12 (12%) i ponad 13 (26%).

Zainteresowało nas specjalnie — jakie czynniki wpłynęły na poprawę w przypadkach nerwic.

Rozpoznanych nerwic było 56 (12% w stosunku do 450 katamnez)

chłopców 41 — 9%
dziewcząt 15 — 3%

Uległo poprawie:

Norma	Znaczna poprawa	Częściowa poprawa	Pogorszenie i stan bez zmian
7%	19%	30%	44%

Razem było poprawy — 56%

Co spowodowało tę poprawę?

Wykonanie zaleceń	Wiek	Poprawa zdrowia	Osobnicza opieka psychoterapia	Włączenie do organizacji
35%	5%	9%	16%	16%

Ogólny odsetek nie da się sprowadzić do 100, ponieważ w wielu przypadkach stosowano kilka wskazań równocześnie.

Niemniej dokładnej analizie poddano 33% przypadków, które nie wykazały zmian na lepsze lub wykazały pogorszenie. Ocena była utrudniona na skutek krzyżowania się wielu czynników, z których pewne należało wybrać i określić jako determinujące zmianę na gorsze. Analizowany w ten sposób materiał katamnestyczny daje się następujący sposób ująć liczbowo w stosunku do 450 przypadków.

Przypuszczalne przyczyny zmian na gorsze:

Nie wykonanie zaleceń	Ujemne zmiany środowiska	Ujemny wpływ szkoły	Pogorszenie stanu zdrowia	Psychopatia i rozwój choroby psychicznej
27%	38%	14%	8%	13%

Nie możemy twierdzić, że gdyby w powyższych 27% wykonano otrzymane zalecenia, wyniki katamnezy byłyby dodatnie tym niemniej jednak możemy twierdzić, że przy niewykonaniu wskazań nastąpiło pogorszenie. W 8% pogorszenie nastąpiło pomimo całkowitego wykonania za-

leceń. Odsetek ten pokrywa się prawie bez reszty z przypadkami psychopatii rozpoznanej już w okresie zgłoszenia, lub rozpoznanej dopiero po uzupełnieniu katamneza.

Ujemne zmiany środowiska jako przyczyna zmian na gorsze, wyrażające się znaczną cyfrą 38%, upoważniają tym bardziej do stawiania sprawy środowiska w pierwszym rzędzie przyczyn trudności charakterologicznych, oraz wykolejenia się dzieci i młodocianych. Zmiany te mogą być rozpatrywane z różnych punktów widzenia i nie muszą być ujemne z obiektywnego punktu widzenia. Może to być zarówno powtórny związek małżeński jednego z rodziców, czy przyście na świat jeszcze jednego dziecka w rodzinie (co w innym zespole czynników może być uważane za dodatnią zmianę środowiska), jak też rozpicie się ojca, choroba rodziców, zmiany mieszkania, zmiana środowiska rodzinnego (np. oddanie do zakładu tam, gdzie nie było to wskazane), czy zmiana lub kolejne zmiany zakładów.

Z kart katamnestycznych wynika, że często, dzieci trudne, sieroty i półsieroty zmieniały od 3 — 7 razy zakłady wychowawcze, przerzucane z jednego do drugiego, co przeczy podstawowym zasadom pedagogiki leczniczej, uniemożliwiając niezbędną w tych przypadkach stabilizację i długofalowe jednolite oddziaływanie wychowawcze. Trudno np. dziwić się, że nastąpiło pogorszenie tam, gdzie dziewczynka 11-letnia opowiadając swe dzieje wymienia pierwszą, drugą i trzecią mamusię, a o mężu drugiej z kolei opiekunki, „mówi mąż tej pani“. Dziecko to w przeciągu 4 lat było sześciokrotnie w różnych zakładach i rodzinach zastępczych. Nie wykluczając, że przyczyną tych zmian mógł być trudny charakter dziecka, niesposób nie stwierdzić, że zmiany takie musiały wpłynąć ujemnie, pogłębiając istniejące trudności.

14% przypadków, w których stwierdzono ujemny wpływ szkoły jako przyczynę pogorszenia, nie obciąża na ogół biorąc nauczycieli: przyczyną bowiem były najczęściej: przeludnienie klas, nauka popołudniowa, ujemny wpływ kolegów, a w nielicznych tylko przypadkach krzywdzące dziecko ustosunkowanie się nauczycieli.

Najmniej omówienia wymaga 8% przypadków pogłębienia się trudności na skutek pogorszenia ogólnego stanu zdrowia. Dziecko stając się niewydolne, gorzej się uczy, ściąga na siebie wymówki nauczycieli i rodziców, rozżala się, a w następstwie biernie lub czynnie przeciwstawia się otoczeniu.

W 15 przypadkach (2%) pogorszenie nastąpiło na skutek rozwoju procesu choroby psychicznej, która przez długie lata przejawiała się w trudnościach podobnych do trudności pochodzenia środowiskowego, lub psycho-gennego aż do chwili, kiedy przybrała postać ostrej psychozy.

6 przypadków miałam możność spostrzeżać przez czasokres wahający się od 6 do 10 lat. Byli to chłopcy, którzy sprawiali dotkliwie kłopoty rodzicom i wychowawcom przez swój negatywizm, cechy agresywne, słaby kontakt, wybujały indywidualizm, nie podporządkowujący się żadnej dyscyplinie. Chłopcy ci zmieniali od 5 do 8 zakładów wychowawczych i szkół. Trudności nie przybierały nigdy cech wychodzących poza ramy zwykłych zaburzeń charakterologicznych aż do chwili, gdy pod wpływem ciężkich przeżyć i zdarzeń środowiskowych — proces chorobowy, tkwiący w zarodku, wyzwolił się i przybrał ostrą postać.

Tam, gdzie podejrzewano równoważniki padaczki w 4 przypadkach, ataki drgawkowe, które wystąpiły w okresie katamnezy — potwierdziły to rozpoznanie.

Zagadnienie psychopatii w świetle katamnezy nasuwa następujące wnioski:

Drogą katamnezy uzyskano przy rozpoznaniu psychopatii ustrojowej, 10% całkowitej reedukacji. Można by się może zastanowić nad pierwotnym rozpoznaniem, jakkolwiek zespół objawów całkowicie upoważniał do postawienia tego rozpoznania. Np. całkowicie pewnym sprawdzianem byłoby prześledzenie biegu życia badanego przez długie lata (z uwzględnieniem okresu przekwitania).

Przykład: chłopiec 14-letni (matka prostytutka — ojciec notoryczny złodziej) zdradza od wczesnego dzieciństwa objawy napastliwości w stosunku do otoczenia: bije, kopie dzieci i wychowawców, kradnie, kłamie. W wieku 13 lat spędza kilka miesięcy w więzieniu za kradzież. W wieku 14 lat przesłany zostaje do zakładu leczniczo-wychowawczego z rozpoznaniem psychopatii ustrojowej.

W ciągu 6-letniego pobytu w zakładzie, gdzie chłopiec znalazł związane uczuciowe z kierownikiem — cechy ujemne wyrównały się pod wpływem cierpliwej i systematycznej reedukacji.

Przeprowadzona po 6 latach katamneza wykazała, iż chłopiec był wzorowym mężem, dobrym ojcem dla 2 dzieci i dla pasierba, jak również i uczciwym pracownikiem.

Przykład: Chłopiec lat 14 pochodzący z bardzo dobrego i pod każdym względem korzystnego środowiska, doprowadza rodziców, sąsiadów i nauczycieli do rozpaczliwych psotami o wyjątkowo złośliwym napięciu. Z wywiadu wynika, że przejawy złośliwości, uporu i napastliwości wystąpiły w najwcześniejszym dzieciństwie. Na tej podstawie, wielu wybitnych psychiatrów stawia rozpoznanie psychopatii ustrojowej i kieruje chłopca do Poradni Leczniczo-Wychowawczej celem skierowania do odpowiedniego zakładu. Z przeprowadzonej 8 lat później katamnezy wynika, że rodzice wyjechali do leśniczówki w Puszczy Białowieskiej. Chłopiec na

miejscu nowego pobytu skończył szkołę powszechną, polubił leśnictwo, ożenił się, ustatkował i jest spokojnym dobrym synem i mężem.

Znaczny odsetek częściowej poprawy 17/94, pozwala stwierdzić, że nawet w przypadkach psychopatii ustrojowej bardzo wczesne całkowite zastosowanie odpowiednich środków leczniczo-wychowawczych, prowadzi może do resocjalizacji lub częściowego przystosowania osobnika psychopatycznego do współżycia w grupie. „Udawało nam się otrzymywać dobre wyniki leczniczo-wychowawcze u jednostek tzw. psychopatycznych. Wydaje nam się wobec tego, że zadaniem nowoczesnego psychopatologa jest zrozumienie, że niema czystej psychopatii ustrojowej i jednostek *eo ipso* zwyrodniałych, lecz że istnieją bardzo złożone mechanizmy biologiczno-psychiczne, które trzeba z całym zrozumieniem, umiejętnością i cierpliwością rozwikłać, jeżeli chce się mieć wyniki dodatnie.“ *)

Z perspektywy 25 — letniej pracy na polu psychiatrii dziecięcej i psychologii, słusznym wydaje się mocne podkreślenie, że nawet tam, gdzie w dziecku rozpoznajemy predyspozycje psychopatyczne, sprawa reedukacji nie jest przesądzona. Jest to zadanie bardzo trudne tym niemniej przy właściwym zmobilizowaniu wszystkich dostępnych środków — możliwe.

Ganuszkin, który zagadnieniu psychopatii poświęcił obszerną pracę, podkreślając znaczenie wczesnego zapobiegania i reedukacji dzieci psychopatów, podkreśla, że odpowiednio zorganizowane społecznie środowisko będzie zagłuszać i hamować psychopatię. Ustrój socjalistyczny z jego swoistą organizacją pracy, ułatwiając jednostce czynne związanie z grupą, a zarazem wymagając od niej twórczej i czynnej postawy życiowej przeciwstawi się rozwojowi cech psychopatycznych dążąc do stworzenia nowego człowieka.

Jeżeli reedukacja nie jest przesądzona w przypadkach najcięższych, tam nawet gdzie podejrzewamy psychopatię ustrojową, to tym lepsze wydaje się być rokowanie w trudnościach bez podłoża psychopatycznego. Przesądza sprawę znowu środowisko, jako najszerzej pojęty zespół warunków w których dziecko się rozwija.

W n i o s k i

Biorąc pod uwagę, że na powstawanie trudności charakterologicznych u dzieci i młodzieży składa się wiele czynników organicznych, psychogennych i społecznych, podkreślić należy, że leczenie zaburzeń charakterologicznych dzieci i młodzieży w pierwszym rzędzie należy do lekarzy

*) Ustęp końcowy zacytowałam z mojej pracy ogłoszonej w roku 1929 w „Roczniku Psychiatrycznym“ zeszyt 11 — pt.: „Zakres przejawów klinicznych psychopatii dziecięcej“.

specjalistów przy wybitnym współdziałaniu psychologów i opiekunów społecznych.

W tym celu każde dziecko trudne do wychowania winno być kierowane do poradni leczniczo-wychowawczej celem ustalenia ścisłego rozpoznania i związku przyczynowego między zaburzeniem charakterologicznym, a częstymi zaburzeniami cielesnymi i ustalenia właściwego leczenia. Zjednoczony wysiłek Państwa, rodziny i społeczeństwa winien iść w kierunku zapobiegania i zwalczania. Ponadto zapobieganie winno obejmować: uświadamianie szerokich warstw społeczeństwa w zakresie higieny psychicznej i systematyczne szkolenie rodziców, nauczycieli i opiekunów, szkolenie zespołów fachowych opiekunów, rekrutujących się ze słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli, medyków oraz higienistów społecznych, tworzenie placówek tego typu co klasy pomocnicze, świetlice, warsztaty szkoleniowo-zarobkowe i przede wszystkim zorganizowanie sieci poradni leczniczo-wychowawczych. Zwalczanie trudności charakterologicznych winno obejmować: badanie każdego dziecka przejawiającego trudności wychowawcze przez *specjalistę psychiatrii dziecięcej*, otoczenie specjalistyczną opieką lekarską wszystkich zakładów wychowawczych dla dzieci trudnych, odpowiednią organizację lecznictwa tych dzieci i zwalczanie przestępczości nieletnich przez odpowiednio postawione zakłady reedukacyjne.

Próby uchwycenia istoty i genezy trudności oraz otoczenie dziecka trudnego właściwą opieką lekarską i wychowawczą powinno rozpoczynać się *jak najwcześniej*, gdyż ma to duże znaczenie dla rokowania. Uchwycenie trudności we wczesnym okresie ich rozwoju pozwala przy mniejszym wysiłku łatwiej uzyskać poprawę, natomiast nieopanowanie rozwoju trudności w odpowiednim czasie, może tam nawet, gdzie nie mają one podłoża organicznego, spowodować nieodwracalne szkody.

Содержание

София Шиманска и Мария Кори́товска

ПРЕДСКАЗАНИЯ В ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ТРУДНОСТЯХ У ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КАТАМНЕЗЫ

Проблема прогнозы в характерологической трудности у детей и молодежи имеет основное значение так как от ответа на вопрос, что влияет на ресоциализацию трудного ребенка — должны зависеть принципы и формы развертывания совокупности охранной и лечебной деятельности. Эта проблема не была до сих пор никогда систематически и всесторонне разработана, в виду чего результаты полученные на основании более или менее правильных теоретических положений и непотвержденные при помощи катамнезического материала, — не имели достаточного критерия. Настоящая работа основывается на результатах 750 катмнез детей, страдающих характерологическими расстройствами. Под понятием „трудного ребенка” в рассматриваемой работе принимается во внимание ребенок,

неприспособленный в своих периодах развития и нормальной среде. Эта неприспособленность проявляется в: 1) отсутствии контактов, что делает невозможным включение ребенка к коллектив; 2) неподходящим контакте (ведущим от мелких семейных конфликтов через неподчинение обязательным для данной общественной группы нормам, до основного противопоставления себя группе вплоть до конфликтов с правом. Теми предпосылками руководились во время селекции разработанного материала, элиминируя случаи олигофрении, а также случаи распознанных психических болезней и диагностированной эпилепсии. Период наблюдений колеблется от 1—3 лет и только в 40 случаев время наблюдения обнимает период от нескольких до 20 лет. Из анализа полученного материала возникают следующие заключения:

I. В возникновении характерологических трудностей у детей и молодежи преобладающую роль играют не болезненные черты, а среда. До факторов влияющих весьма существенно на неправильное развитие личности ребенка принадлежат: а) развал семейства, б) отсутствие отца и матери, в) семейные раздоры, г) отсутствие стабилизации жизни и ошибки воспитательных методов, д) непонимание объективно-положительной средой существенных потребностей ребенка (вызывающее в результате часто психические травмы, комплексы и неврозы). Поданный выше комплекс влияний среды, вызывающих характерологические трудности может проявляться в отношении формы совсем аналогически с трудностями, причиняемыми врожденной психопатией. И только многолетний катамнезический критерий может позволить на констатирование фактической причины трудностей.

II. Материальные условия семьи, исключая крайнюю нищету, не играют решающей роли в возникновении характерологических трудностей ребенка. Можно констатировать вместо того несомненную связь между характерологическими трудностями, а явлением которое можно определить как безнадежную структуру среды (29%).

III. Положение ребенка в родине (самые младшие, средние, самые старшие) не отличается резко как причина возникновения трудностей. Вместо этого процент единственных сыновей (42%) позволяет заключить, что громадное значение в возникновении характерологических трудностей имеет отсутствие атмосферы, делающей возможным с раннего детства выработку общественных инстинктов.

IV. Личность неиммунизированной психически надлежащим влиянием семейной среды является чрезвычайно восприимчивой на отрицательные влияния следующей среды (товарищи, соседи итд.).

V. Характерологические трудности зарисовывающиеся уже в первых годах жизни, — чем ранее они выступали. тем более следует считаться с их патологической основой. Периодом наибольшего напряжения является период от 7 до 8 лет и от 12 до 15 швозраст 7 лет это начало школьной, возраст 12—15 лет это заключительный период начальной школы, совпадающий с периодом переходного возраста).

VI. Школьные конфликты и недуги играют большую роль в возникновении характерологических трудностей, заставляя иногда личность сойти с правильного пути.

VII. Связь между возникновением характерологических трудностей и умственным уровнем подтверждается. одновременно напрашивается заключение, что граница недоразвития (т. н. умственное притупление) вызывает реактивную компенсирующую форму.

VIII. Большой процент характерологических трудностей (30%), вызванный сильными актуальными переживаниями ведущими к психическим травмам и даже к неврозам, не может быть ликвидирован исключительно на психо-педагогическом пути, но требует одновременно умелой интервенции специалиста врача.

IX. Результаты катамнезы позволяют сделать неожиданные оптимистические заключения: на 750 случаев — 43% дали полное сглаживание трудностей, и 24% — частичное улучшение, что в результате дает значительную цифру: 67% ресоциализации.

Кроме того, катамнеза, исключая случаи диагностированных психических болезней, обнаружила отчетливую зависимость между применением соответственных воспитательно-лечебных методов и улучшением. Отсюда вывод: стремления направленные к усовершенствованию и расширению этих методов.

X. Диагноз органической психопатии можно целесообразно поставить на основании по крайней мере нескольких лет наблюдений с одновременным изменением условий среды соответственно указаниям врача.

Процент полной редукации в органической психопатии (7.5%) и частичного улучшения (25%) позволяет сделать заключение, что даже в случаях органической психопатии — полное применение соответственных лечебно-воспитательных средств может вести к ресоциализации или частичного приспособления психопатической личности к совместной жизни в коллективе при условии, что лечебно-воспитательная терапия начинается в возможно раннем возрасте. Определение трудностей в ранней стадии их развития позволяет при приложении меньших усилий получить улучшение; вместо этого неовладение развитием трудностей в соответственном моменте может причинить безповоротные потери даже там, где они не имеют биологической основы.

XI. Рассматривая общие результаты катамнезы, следует, как один из самых существенных факторов ресоциализации, распространение умелой индивидуальной охраны личности с пошатнувшимся психическим равновесием; охрана эта кроме индивидуального воздействия должна основываться на облегчении жизненной стабилизации и на включении данной личности к приготовленному к этой задаче общественному коллективу.

Zofia Szymańska et Maria Korytowska

PRONOSTIC DES TROUBLES CARACTÉRIELS DES ENFANTS ET DE LA JEUNESSE

Le travail est basé sur le résultat de 750 catamnèses des enfants atteints des troubles caractériels. La définition „enfant difficile“ comprend tout enfant ayant dans toutes les phases consécutives de son développement des difficultés d'adaptation à son milieu normal.

Comme troubles caractériels on considère tous les symptômes de l'inadaptation. Le travail porte sur 495 garçons et 295 filletes de 4 à 18 ans.

La durée de l'observation variait de 1 à 10 ans dans 40 cas jusqu'à 10 ans.

Le matériel a été classé sous des points de vue suivants: analyse du milieu envisagé dans la plus large conception du mot, diagnostic, méthodes thérapeutiques appliquées, corrélation des résultats avec les différents traitements.

Le milieu a été analysé sous différents aspects :

I) Valeurs: 5% de milieu excellent, 17% de milieu bon, 20% de milieu relativement bon, 44% de milieu mauvais, 14% — de milieu très mauvais.

Comme critérium d'appréciation du milieu on a pris l'ensemble des conditions envisagées du point de vue des besoins individuels de l'enfant au cours de son développement.

II) L'appartenance à une classe sociale précise, ainsi que les conditions matérielles, ne semblent pas jouer de rôle dans la provenance des troubles caractériels. Par contre on a noté dans 29% de cas comme facteur des troubles — un milieu dépourvu de toute base idéologique.

III) Un milieu bon au point de vue objectif et mauvais au point de vue subjectif (14% de cas), c'est à dire qui ne prend pas en considération les besoins individuels de l'enfant donne lieu à des neuropathies (dans 50%).

D'où la nécessité d'analyser minutieusement le milieu dans chaque cas de neuropathie.

IV) L'analyse de la structure familiale a confirmé nettement la nocivité d'une éducation isolée: 42% d'enfants atteints des troubles caractériels étaient des enfants uniques.

V) La catamnèse a décelé la corrélation entre la susceptibilité à l'influence d'un milieu indirect (école, camarades, voisins) et la pénurie du milieu familial. La valeur du milieu familial pourvoyant aux besoins subjectifs de l'enfant doit être spécialement soulignée: c'est un rempart psychique défendant l'enfant contre les conflits et traumatismes qui sont la source des troubles caractériels ultérieurs.

VI) La catamnèse a prouvé que le milieu joue un rôle primordial dans le surgissement et la liquidation des troubles caractériels.

Même dans des cas de psychopathie constitutionnelle — les traits hérités et innés ne sont qu'un point de départ pour le développement ultérieur des anomalies caractérologiques et le milieu ne cesse pas de jouer un rôle important.

Les enfants atteints des troubles caractériels ont été amenés à la consultation avec un diagnostic général des „difficultés“ d'éducation soit à la maison, soit à l'école (82%).

Sur ce fond général on a différencié les vols 67%, les fugues du domicile (25%), les fugues de l'école (49%), excès sexuels (18%), mensonges (47%) etc.

Comme facteur déterminant les troubles caractériels on a constaté :

milieu familial nocif	53%
influence nocive de l'école	7%
influence nocive du voisinage	21%
conflits et traumatismes	13%
neuropathies	7%
maladies	7%
lenteur d'esprit	7%
psychopathies	12%

On a proposé comme méthodes thérapeutiques :

modification du système d'éducation dans	32%
changement d'école	9%
accès à une organisation juvénile	21%
maison d'éducation spéciale	26%
maison d'enfants	11%
protection individuelle	14%
traitement pharmacologique	13%

Comme résultat final la catamnèse a décelé que 67% de troubles caractériels ont donné lieu à une resocialisation (dans 43% — totale, dans 24% — partielle).

Dans 33% il y avait soit aggravation, soit état stationnaire.

Les parents ont attribué la resocialisation aux facteurs suivants :

obéissance aux conseils médico-pédagogiques obtenus	77%
accès de l'enfant à une organisation	31%
protection individuelle spéciale	31%
âge plus avancé (fin de la puberté)	8%
amélioration de la santé générale	7%

Dans les cas d'aggravation on dénote au premier plan :

modifications nocives du milieu	38%
négligence des prescriptions médico-pédagogiques	27%
influence nocive de l'école	14%
aggravation de l'état de santé	8%
psychopathies et éclosion des psychoses aiguës	13%

Le chiffre relativement considérable de resocialisation dans les cas des psychopathies constitutionnelles (7,5% de resocialisation totale et 25% de resocialisation partielle) permettent d'émettre l'opinion qu'il ne faut pas préjuger de la resocialisation d'un individu psychopathique, toutefois à condition de commencer le traitement dès l'enfance la plus précoce.

Stanisław Cwynar

ZAGADNIENIA RACJONALNEGO WYKORZYSTANIA SZPITALI PSYCHIATRYCZNYCH DLA CELÓW LECZNICTWA

Państw. Szpital dla Psychicznie Chorych w Kobierzynie

Każdy Zjazd Psychiatryczny ma pewne powtarzające się tematy, które już nekająco działają na audytorium, a mimo to nie tracą aktualności. Załatwienie tych powtarzających się zagadnień wymaga czasu, wysiłku i pieniędzy.

Do serii tych zagadnień należą :

- 1) brak personelu lekarskiego i wyszkolonego średniego personelu pielęgniarzkiego,
- 2) brak sprzętu do uzupełniających badań chorych, jak aparaty radiologiczne, elektroencefalografy, elektrokardiografy, oftalmoskopy, a także w niektórych szpitalach brak jest przyrządów do elektrowstrząsów i elektronarkozy,
- 3) brak łóżek psychiatrycznych, powodujący przepełnienie w szpitalach.

Co dotychczas zostało zrobione celem usunięcia tych braków ?

Otóż władze państwowe poczyniły pewne kroki, żeby przede wszystkim zwiększyć kadry kwalifikowanego personelu. Szpitale otrzymały zgodę Ministerstwa Zdrowia na zatrudnienie na stanowiskach młodszych asystentów lekarskich absolwentów medycyny, a prócz tego przyznano szereg stypendiów dla pragnących specjalizować się w psychiatrii. Stworzenie tych ekonomicznych ułatwień dla absolwentów i lekarzy zasiliło w ostatnich dwu latach dość znacznie kadry psychiatryczne. Nowi adeptci psychiatryczni zostaną prawdopodobnie w większości przyszłymi specjalistami w naszej dziedzinie.

Jeśli chodzi o kwalifikowany średni personel pielęgniarzki, to ilość szkół pielęgniarzki znacznie zwiększyła się, a nawet powstała pierwsza szkoła pielęgniarek psychiatrycznych, co już w niedługim czasie zapewni dopływ nowych sił do celowego wykonania zadań, jakie stoją przed pol-

ską psychiatrią. Zagadnienie fachowych kadr jest więc realnie rozwiązywane przez nasze odpowiedzialne czynniki.

Jeśli chodzi o zaopatrzenie szpitali w sprzęt do uzupełniających badań i leczenia, to ulega ono stałej poprawie. Nasz własny przemysł zaczyna również produkować niektóre aparaty potrzebne i używane w psychiatrii.

Pozostaje trzecie zagadnienie do rozwiązania, a mianowicie brak łóżek psychiatrycznych.

Jeśli przyjrzymy się rozwojowi polskiego szpitalnictwa w okresie powojennym, to zauważymy ogromne osiągnięcia. Liczba łóżek szpitalnych wzrosła do liczby 93.048, co stanowi prawie o 30% więcej, niż Polska miała łóżek szpitalnych w roku 1938.

W okresie powojennym wzrosła ilość łóżek psychiatrycznych.

Wielkie wstrząsy społeczne, jakie oddziaływały na ludność naszego kraju, zwłaszcza w okresie wojny i długiej okupacji, zwiększyły liczbę zachorowań na choroby psychiczne. To, a także i udostępnienie dla całej niemal ludności możliwości bezpłatnego leczenia psychicznie chorych, jest przyczyną zwiększonego napływu chorych do szpitali psychiatrycznych.

Trzeba koniecznie budować nowe szpitale psychiatryczne. Zdaję sobie z tego sprawę, że budowanie nowych szpitali psychiatrycznych to sprawa niesłychanie kosztowna i dlatego w dalszym ciągu przedstawię projekt, którego urzeczywistnienie przyniesie niewątpliwie znaczne korzyści. Tymczasem przystępuję do analizy niedostatecznej sprawności naszych szpitali psychiatrycznych.

Sprawność szpitala i jego przelotność zależna jest od stopnia wykształcenia zawodowego lekarzy i personelu pomocniczego, od zaopatrzenia szpitali w odpowiedni sprzęt i wreszcie od tego ile łóżek przeznaczają się w szpitalu na aktywne leczenie. Sprawa łóżek przeznaczonych na leczenie, jest to sprawa takiej organizacji pracy, żeby w obliczu realnych zadań, jakie stawia szpitalowi przynależny mu do obsłużenia teren, stworzyć najwięcej możliwości wykonania tych zadań.

Sprawność szpitala zależy jednak przede wszystkim od pracy lekarza.

Czy wszyscy lekarze psychiatrzy mają społeczne nastawienie do tego zagadnienia?

Dość często bywa inaczej. Lekarz w izbie przyjęć patrzy, czy ma wolne łóżko i przyjmuje chorego albo nie przyjmuje. Kliniczny lekarz myśli jeszcze przy tym, czy dany przypadek będzie potrzebny w tym czasie profesorowi dla celów naukowo-dydaktycznych i jeśli nie, to podaje rodzinie adres najbliższego szpitala, nie zastanawiając się nad tym, że tamten szpital jest także przepełniony. Także prawie każdy lekarz w większym szpitalu myśli przede wszystkim, żeby na jego oddziale były warunki

znośnie dla chorych i z oburzeniem traktuje fakt przysyłania do niego chorego z oddziału jeszcze bardziej przepełnionego. Reagowanie lekarzy przytoczone przykładowo jest uzasadnione trudną sytuacją, ale nie jest w zupełności usprawiedliwione. Jeśli każdy z lekarzy potrafi spojrzeć na teren, który został przydzielony jego szpitalowi do obsłużenia, jako na teren społecznego zadania ratowania wszystkich psychicznie chorych, to nie ograniczy się do stwierdzenia faktu, czy ma miejsce na przyjęcie chorego czy nie, ale będzie się starał mieć to miejsce.

Tego nie zrobi jeden lekarz. Tu musi być zrozumienie doniosłości zadania u wszystkich psychiatrów obsługujących dany teren. Sądzę, że nie każdy chory psychiatryczny musi być leczony w szpitalu. W wielu przypadkach można by zastosować próbne leczenie ambulatoryjne, łącznie z ambulatoryjnym stosowaniem elektrowstrząsów, co niewątpliwie zmniejszyłoby napływ chorych do szpitali o tyle, że nie byłoby ze strony społeczeństwa zarzutu odmowy czynnej pomocy lekarskiej ze względu na brak miejsca w szpitalu.

W obrębie szpitala też musimy się liczyć nie tylko z tymi chorymi, których mamy pod opieką, ale i z tymi, którzy czekają na leczenie i lada chwila przyjdą. Leczenie więc przyjętych powinno zaczynać się natychmiast po przyjęciu chorego do szpitala, a obserwacja chorego po przebyciu aktywnego leczenia powinna być możliwie najkrótsza. Wiemy przecież, że wczesne wypisywanie jest uzasadnione nie tylko koniecznością przygotowania wolnych łóżek dla napływających nowych chorych.

Ale teraz chodzi nam właśnie o zdobycie wolnych łóżek dla napływających chorych, którzy potrzebują leczenia. Im więcej łóżek przeznaczonych w szpitalu na aktywne leczenie, tym więcej mamy szans szybkiego leczenia i uzyskania większej przelotności. Chodzi więc o organizację i tempo pracy.

Szpital, w którym sam pracuję, ma obecnie na około 950 łóżek faktycznych 400 łóżek leczniczych. Ilość łóżek leczniczych musi być dostosowana do napływu chorych. Ponieważ do naszego szpitala przybywa w ciągu miesiąca ponad 200 chorych, a przeciętny pobyt chorego w szpitalu wynosi 1½ do 2 miesięcy, to właśnie 400 łóżek leczniczych jest tym *minimum*, które wystarczałoby, gdyby leczenie osiągało 100% korzystnych wyników.

Niestety tak dobrze z leczeniem jeszcze nie jest. W obecnej chwili mamy w naszym szpitalu ponad 550 chorych przewlekłe, a liczba ich stale rośnie. Łącznie ze wzrostem liczby chorych przewlekłe będzie malała ilość miejsc leczniczych dla świeżych przypadków i wreszcie duży szpital, o dużej wydajności leczniczej, zacznie się kurczyć w swoich możliwościach

służenia właściwemu celowi, stając się wreszcie nie szpitalem, lecz przytułkiem.

Wymieniłem wyżej warunki, które musi spełnić każdy szpital psychiatryczny, żeby wykonać zadanie społeczne, do jakiego jest przeznaczony. Otóż w naszym szpitalu staramy się spełnić te warunki. Jednakże prócz kontynuowania intensywnego i celowego leczenia, musimy znaleźć odpyływ dla materiału przewlekłego. Materiał, jaki stanowią przewlekłe chorzy zawiera w sobie trzy grupy jakościowe.

1) Przewlekłe chorzy z czynną psychozą niebezpieczni dla samych siebie lub otoczenia, a więc wymagający ścisłego dozoru. Takich jest około 20%.

2) Przewlekłe chorzy ostępiali lub niedołęźni, niezdolni do żadnej pracy, względnie pracujący nieefektownie tak, że ewentualna ocena ich produktywności nie stanowiłaby realnej gospodarczej wartości. Takich jest w ogólnej grupie przewlekłych chorych 40%.

3) Przewlekłe chorzy zdolni do wydajnej pracy nie posiadający rodzin, do których mogliby wrócić, a także niezdolni do zupełnie samodzielnego życia ze względu na pewne trwałe braki psychiczne. Tych jest też około 40% w całym materiale chorych przewlekłych.

Każda z tych trzech jakościowych grup wymaga innego rodzaju warunków i opieki.

Przewlekłe chorzy niebezpieczni dla porządku prawnego muszą pozostać w szpitalu psychiatrycznym, jako wymagający ścisłego dozoru i leczenia objawowego.

Przewlekłe chorzy ostępiali i niedołęźni nadają się raczej do specjalnych zakładów opiekuńczych, gdzie dozór mógłby być słabszy, a tylko byłaby celowo zorganizowana higiena ich życia codziennego.

Przewlekłe chorzy trzeciej grupy — ci zdolni do wydajnej pracy, potrzebują jeszcze mniej dozoru. Ci chorzy powinni otrzymać dla siebie ośrodek, gdzie mogliby mieszkać i produktywnie pracować oraz korzystać z przywileju znacznej swobody.

Przed wojną istniały w Polsce dla tego typu przewlekłych chorych kolonie opieki rodzinnej dla psychicznie chorych, gdzie psychicznie przewlekłe chorzy oddawani byli pod opiekę rolnikom, u których pracowali, a nadzór nad takimi koloniami mieli lekarze psychiatrzy i odpowiednio szkolone siły pomocnicze lekarskie.

Myślę obecnie o założeniu ośrodków rolniczo-przemysłowych, gdzie ta grupa przewlekłych chorych, kierowana przez fachowców, a kontrolowana co do zdolności do pracy przez lekarzy-psychiatrów, mogłaby nie tylko utrzymać samą siebie, ale i swoich opiekunów.

Może ktoś postawiłby zarzut, że używani byłiby do pracy ludzie chorzy, co byłoby rzekomo sprzeczne z etyką. Moim zdaniem tak nie jest. Ileż to milionów chorych na gruźlicę z zatrzymanym procesem gruźliczym pracuje, mimo że zasadniczo są to przecież ludzie chorzy. Zresztą praca ani dla zdrowych, ani dla tego typu chorych psychicznie nie jest czymś krzywdzącym, a właśnie jest warunkiem ich dobrego samopoczucia.

A teraz jeszcze przeprowadzę obliczenie statystyczne.

Około 15% z leczonych obecnie psychicznie chorych stanowi materiał niepomysłny mimo stosowania wszelkich znanych nam metod leczenia. Wśród tych 15% chorych przewlekłe 3% stanowią niebezpieczni dla porządku prawnego, którzy muszą zostać w szpitalu. Chorzy niedołążni wymagający tylko opieki według zasad higieny, czyli tacy, którzy mogą być umieszczeni w domach opiekuńczych z odpowiednim personelem doglądającym ich — stanowią 6%.

Wreszcie jeszcze 6% to wyżej omawiani przeze mnie przewlekłe chorzy zdolni do pracy. Tych liczbowo gromadzi się w naszym szpitalu około 120 rocznie. Według moich obliczeń, należałoby stworzyć ośrodek rolniczo - przemysłowy, który, stopniowo rozwijając się, pomieściłby 2400 ludzi.

A jak wyraża się to w wartościach ekonomicznych?

Pominę grupę przewlekłe chorych niedołążnych, choć przesunięcie ich ze szpitali psychiatrycznych do specjalnych domów opiekuńczych byłoby gospodarczo korzystne. Obliczę tylko koszt utrzymania przewlekłe chorych zdolnych do pracy.

Jeśli na terenie szpitala w Kobierzynie zbiera się takich przewlekłe chorych 120 rocznie, to jedno pokolenie będzie ich miało 2400 na terenie województwa krakowskiego i rzeszowskiego. Na obszarze całego Państwa będzie ich około 8 razy więcej, czyli 21.600. Jeśli koszt dzienny obecnie w szpitalu wynosi 15 zł — za utrzymanie jednego chorego, to koszt jednej dniówki tych zdolnych do pracy chorych wyniesie po 20 latach 324.000 zł. Już dziś we wszystkich szpitalach polskich jest na pewno nie mniej niż 1.000 takich chorych zdolnych do 8-godzinnej produktywnej pracy, za których społeczeństwo codziennie płaci 15.000 zł. Czy to jest usprawiedliwione czymkolwiek, żeby każde pokolenie marnowało ogromny majątek tylko przez inercyjne powtarzanie błędów organizacji opieki nad psychicznie chorymi?!

Jest to drugi ważny moment w tym zagadnieniu.

Wracam jednak do pierwszego, to znaczy do faktu, że każdy przewlekłe chory to stracone łóżko dla leczenia, a każde stracone łóżko dla leczenia to przy naszym braku łóżek psychiatrycznych stracona możliwość

właściwego leczenia przeciętnie 6 chorych psychicznie w ciągu jednego roku.

Sumując wszystkie rozważania, apeluję o natychmiastowe przystąpienie do praktycznego rozwiązania zagadnień przewlekłe chorych psychicznie na całym obszarze Państwa Polskiego. Chodzi o stworzenie w najkrótszym czasie produkcyjnego zakładu rolniczo-przemysłowego, mogącego zatrudnić i pomieścić 1.000 przewlekłe chorych zdolnych do pracy.

Co roku należałoby tworzyć nowy tej wielkości zakład w Polsce celem przyjmowania ze szpitali psychiatrycznych tego typu chorych i wykorzystania ich siły produkcyjnej. Prócz tego należałoby pomyśleć o zakładach opiekuńczych dla chorych niedołączonych, którzy przeniesieni ze szpitali psychiatrycznych, stanowiliby wtedy dla Państwa znacznie mniejsze obciążenie budżetowe.

Zanim to nastąpi musimy pogłębić ideowo nasze nastawienie do tempa leczenia i organizacji pracy w każdym zakładzie leczniczym psychiatrycznym, tak żeby jak najrzadziej zdarzały się odmowy przyjęcia chorych na leczenie.

Rozwiązanie praktyczne zagadnienia chorych przewlekłe, to jest zmniejszenia natłoku w szpitalach psychiatrycznych i stworzenie korzystniejszych warunków dla leczenia tych, którzy mogą być uleczeni. Jeśli chodzi o pieniądze na ten cel, to przecież sprawa sama w sobie zawiera potrzebny kapitał. Trzeba go jedynie raz przesunąć o rok wcześniej, żeby w następnych latach zaoszczędzić go w całości. Skoro na utrzymanie 1.000 chorych zdolnych do produkcyjnej pracy, a przebywających obecnie w szpitalach płaci się w Polsce 15.000 zł dziennie, czyli 5.475.000 złotych rocznie, to może wystarczy dać kredyt tej wysokości na przystosowanie któregoś z państwowych gospodarstw rolnych na ten cel i sprawa będzie rozwiązana wybitnie korzystnie z punktu widzenia interesu gospodarczego. Przy tej okazji przemysł polski zyskałby dopływ z P. G. R. ludzi pracy, których zastąpiłaby na ich łatwiejszym warsztacie ta zdolna do pracy grupa chorych przewlekłe.

Rozwiązanie tego zagadnienia według proponowanego przeze mnie planu, będzie równocześnie dobrze zrozumianą akcją „O“, a równocześnie było by to wyjście z dotychczasowej trudnej sytuacji.

Treścią tego referatu chcę zainteresować wszystkich dyrektorów szpitali psychiatrycznych i psychiatrów, żeby zyskać ich poparcie. Jeszcze bardziej chcę zainteresować treścią tego referatu czynniki rządowe i partyjne, odpowiedzialne za organizację pracy, opieki i życia obywateli w Polsce.

UZUPEŁNIENIE AUTORA

Powyższy referat został wygłoszony podczas XXIII Zjazdu Psychiatryków Polskich, dnia 30.5.1950 r. W toku dyskusji nad referatem podkreślano ogromną aktualność sprawy konieczności zlikwidowania przepełnienia w szpitalach psychiatrycznych. Dyskutanci wyrażali pewne zastrzeżenia, które dotyczyły zasadniczo dwu zagadnień. Pierwsze to obawy, że w razie powstania zakładów produkcyjnych rolniczo-przemysłowych dla psychicznie przewlekłe chorych ale zdolnych do pracy nie będą oni traktowani jako chorzy, ale będą jak gdyby w detencji i to byłoby wyrazem niesłusznej rezygnacji psychiatrii z dalszego leczenia tych ludzi.

Drugą obawą było to, że ci przewlekłe chorzy, nie będąc już w szpitalu, będą stanowili grupę jakby napiętnowaną społecznie, a nawet jeden z dyskutantów zakwestionował nazwę „chronicy“, jako zawierająca w sobie znaczenie beznadziejności.

Otóż w całej pełni uznaję humanitarne intencje Wielce Szanownych Kolegów i wyjaśniam, że właśnie myślałem o zakładzie specjalnym, w którym nie wszystkie wymagania Państwa w stosunku do indywidualnego człowieka obowiązywałyby tak samo, jak ludzi psychicznie zdrowych. Zakład taki byłby pod stałą kontrolą zamieszkałego w nim psychiatry, który organizowałby tam pracę, życie codzienne i rozrywki w myśl zasad psycholecznictwa. Także kierownicy fachowi byłiby doszkalani na odpowiednich kursach psychiatrycznych, żeby umieli odpowiednio odnosić się do chorych. Trzeba by jeszcze zastanowić się, czy organizacyjnie bezpośredni patronat nad tą instytucją należałby do najbliższego szpitala psychiatrycznego, czy do najbliższej Centralnej Poradni Zdrowia Psychicznego odpowiedniego województwa.

W każdym razie rozumiem rolę takiego zakładu, jako rolę ogniwa między pobytem chorego w szpitalu, a możliwością powrotu jego do życia w społeczeństwie. Chodzi tu oczywiście o tych chorych, którzy nie mogą tego okresu odbyć pod opieką własnych rodzin.

Psychiatra opiekujący się tymi ludźmi obserwowałby ich stale i w razie pogorszenia się stanu zdrowia kierowałby danego chorego do szpitala, a w razie stwierdzenia poprawy aż do kwalifikacji do samodzielnego życia, wypisałby go z zakładu zupełnie. Co do samej nazwy „chronik“ to można by i tę subtelność uwzględnić i nazwać tę grupę przewlekłe chorych, optymistycznie, ozdrowieńcami, a zakład — zakładem rehabilitacyjnym dla psychicznych ozdrowieńców. Zapewne istnieją inne zastrzeżenia, ale musimy jak najprędzej stworzyć miejsce dla tej kategorii chorych, ale zdolnych do pracy, żeby opróżnić łóżka szpitalne dla możliwości leczenia świeżych przypadków zachorowań. Najbardziej logicznym zamówieniem społecznym skierowanym do szpitali psychiatrycznych jest przecież leczenie skuteczne tych, których uleczyć można. Sprawa jest bardzo pilna i domaga się natychmiastowego urzeczywistnienia, gdyż rozbudowa szpitalnictwa psychiatrycznego nie została uwzględniona w planie 6-letnim.

Na zakończenie wyrażam pogląd, że byłoby najpraktyczniej, gdyby w sprawach psychiatrycznych każde województwo było pewnego rodzaju autonomiczną całością zespołów psychiatrycznych, czynnych w zapobieganiu, leczeniu, rehabilitacji zawodowej, które to zespoły ściśle współpracowałyby ze sobą.

W dyskusji kolejno zabierali głos: Dr *Pomianowski*, Dyr. Dr *Jaroszewski*, Dyr. Dr *Stryjeński*, Prof. Dr *Wilczkowski* i Dyr. Dr *Kaczanowski*.

Liczby pieniężne zostały przeliczone według nowej wartości złotego.

Станислав Цвынар

Государственная больница для психически больных в Кобержине.

Директор — др. Владислав Иссайевич

ПРОБЛЕМА РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ЦЕЛЕЙ

Содержание

Автор делает обзор предпринятых усилий и существующих недостатков влияющих на возможности лечения психически больных в психиатрических больницах. Обратив внимание на необходимость соответствующего общественно-динамического отношения польских психиатров ко всей психиатрической проблеме, автор подчеркивает значение вопроса хроников. Каждый хроник занимающий кровать в психиатрической больнице, это лишение возможности лечения в свежих случаях в течении каждого года. Автор подразделяет хроников на 3 группы: 1) хроников опасных для общественного порядка; 2) хроников неспособных к производственному труду и требующих постоянного ухода и 3) хроников неспособных к вполне самостоятельной жизни, но способных к производительному 8 часовому труду. Автор предлагает перенести хроников II выделенной группы в специальные опекунские дома, а для III группы предлагает создать производственные сельско-промышленным трудом центры, где они были бы заняты под руководством специалистов и под контролем врачей психиатров. Автор определяет теперешнее количество этого рода хроников в польских психиатрических больницах на 1.000 и полагает, что привлечение их к производственному труду, под соответствующим опекой дает государству ежегодно 182.500.000 зол. Экономии и освободит значительное количество кроватей в психиатрических больницах, которые должны быть использованы для лечебных целей. При обсуждении этой проблемы, автор обращает внимание на тревожный факт, что фактически имеется значительно больший процент людей больных психически и требующих лечения, нежели в общем расчете предполагается 1 : 1.000 жителей.

В заключении автор обращается к правительственным и партийным организациям с воззванием заинтересоваться планом практического освобождения больниц от хроников, имея в виду, что производительность лечебной работы психиатрических больниц зависит больше всего от количества кроватей, предназначенных для лечебных целей.

Stanisław Cwynar

A PROBLEM OF THE RATIONAL USE OF PSYCHIATRIC HOSPITALS FOR THERAPEUTICAL PURPOSES

Summary

The author gives a survey of the efforts made and of the existing wants which influence the possibilities of treating psychic patients in the psychiatric hospitals.

After turning the attention to the need of a proper social-dynamic relation of Polish psychiatrists to the entire psychiatric problem, he describes the question of chronic patients. Every chronic patient occupying a bed in the psychiatric hospital means the loss of the possibility of treating 6 new cases in the course of every year. The author divides chronic patients into 3 groups: I — chronic patients dangerous to the legal order; II — chronic patients incapable for productive work and requiring permanent care, and III — chronic patients incapable of a fully independent life, but capable of a productive 8 hours' work. The author proposes to transfer the chronic patients of the II qualitative group to special welfare homes, while for the III group he proposes to create productive agricultural — industrial centers where they would be employed under the guidance of experts and under the supervision of doctors — psychiatrists.

The author reckons that the number of chronic patients in the Polish psychiatric hospitals amounts now to about 1000, and he is of the opinion that the transfer of those chronic patients to productive work under a suitable care would save for the state 182.500.000 zlotys yearly as well as a great number of freed beds in psychiatric hospitals, which might be used for therapeutical purposes.

While considering this problem the author turns the attention to the alarming fact, that in reality a much greater percentage of people suffer from psychic illnesses needing hospital treatment than it is generally supposed: 1 for 1000 inhabitants.

Finally the author appeals to the government and party factors to take an interest in a plan of the practical freeing of hospitals from the chronic patients, because the productivity of therapeutical work of psychiatric hospitals depends mostly upon the number of beds destined for active therapy.

INAUGUACYJNE PRZEMÓWIENIE PREZESA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

PROF. DRA JÓZEFA HANDELSMANA

Zjazd dzisiejszy, XXII Zjazd Psychiatrów Polskich odbywa się w okresie dla nauki polskiej bardzo ważnym, a mianowicie w okresie prac przygotowawczych do

I. Kongresu Nauki Polskiej i dlatego Zjazd nasz oprócz zwykłych na każdym Zjeździe zadań, ma zadania specjalne. Pragnąłbym przypomnieć kolegom, jakie nas zadania czekają.

Dekret o organizacji nauki z października 1947 r. przewiduje co dwa lata organizację Kongresu Nauki Polskiej. W końcu bieżącego roku odbywa się Zjazd pierwszy. Po dokonaniu oceny aktualnego stanu naszej nauki opracuje nowe normy organizacyjne naszego życia naukowego i jednym z głównych zadań będzie zapoczątkowanie metod planowania w powiązaniu z sześciolletnim planem państwowym.

Można być pewnym, że Kongres Nauki będzie ważnym wydarzeniem w dziejach nauki polskiej. Celem przygotowania do Kongresu zostało stworzonych 10 sekcji, wśród nich jedna sekcja nauk lekarskich. Sekcja ta posiada 4 podsekcje, w skład których wchodzi podsekcje nauk klinicznych, a jednym z jej działów jest podsekcja neurologiczno-psychiatryczna, której przewodniczącym jest prof. *Kuligowski*.

W okresie przygotowawczym należy położyć największy nacisk na gruntowne przedyskutowanie zagadnień związanych z Kongresem.

Do programu pracy przygotowawczej należy:

- 1) zobrazowanie i ocena aktualnego stanu nauki;
- 2) walka o postępową naukę (nie zapominając o postępowych tradycjach w nauce ojczyznej);
- 3) powiązanie nauki z życiem państwa i wreszcie
- 4) planowanie badań naukowych.

Po szczegółowej rejestracji zakładów i kadr naukowych, prac prowadzonych w Zakładach należy poddać je krytycznej ocenie, zarówno kierunku naukowego zakładu jak celowości, ważności i realności opracowanych przez nie tematów. Niezbędne jest krytyczne i wszechstronne zobrazowanie stanu każdej gałęzi wiedzy, jej kierunków, perspektyw rozwojowych oraz ich powiązania z procesami rozwojowymi życia narodu.

Nie należy obawiać się ani unikać ostrości dyskusji, koniecznym jest szczegółowe przedyskutowanie.

Na miano planu badań naukowych zasługuje tylko taki kształt zamierzeń, który należycie uwypukla pewne problemy zasadnicze.

Nie wystarczy jedynie prowadzenie i rejestrowanie prac naukowych bez zajęcia względem nich krytycznego stanowiska.

Jeżeli chodzi o psychiatrię, to grupa robocza podsekcji neurologiczno-psychiatrycznej zebrała ankietę wśród wszystkich klinik i wśród 17 szpitali psychiatrycznych.

Stwierdzono wiele trudności ze względu przede wszystkim na brak dostatecznych kadr naukowych, niedostateczne wyposażenie techniczne, stwierdzono często niezrozumienie istoty nauki postępowej, niedostateczny autokrytycyzm. Stwierdzono jednak również zrozumienie konieczności pracy planowanej, zespołowej i u wszystkich kierowników stwierdzono zrozumienie konieczności powiązania nauki z życiem narodu.

Po wszechstronnym przedyskutowaniu otrzymanej ankiety i rozpatrzeniu możliwości naukowych poszczególnych zakładów, podsekcja psychiatryczna Kongresu Nauki przedstawiła do opracowania przez psychiatrów następujących zagadnień:

- 1) Psychonerwice w ujęciu nowoczesnych postępowych badań.
- 2) Neuropsychiatria dziecięca.
- 3) Alkoholizm (i inne choroby intoksykacyjne układu nerwowego).
- 4) Psychiatria społeczna:
 - a) zapobieganie chorobom psychicznym,
 - b) rehabilitacja chorych psychicznych,
 - c) otwarte leczenie psychiatryczne.
- 5) Padaczka.
- 6) Aktywne leczenie neuro-psychiatryczne.
- 7) Zagadnienia fizjopatologiczne w psychozach.
- 8) Zagadnienie psychiatrii sądowej (w opracowaniu wspólnie z podsekcją nauk prawnych).

Trzy z tych tematów będą przedstawione na Walnym Zgromadzeniu jako tematy główne następnego Zjazdu Psychiatrów Polskich w r. 1951. W każdym wypadku tematy te muszą być opracowane jak powiedzieliśmy już na początku, na podstawie postępowych poglądów naukowych opartych na psychiatrii radzieckiej i muszą być poddane surowej, ale sprawiedliwej ocenie krytycznej.

Wracając do tego, co powiedziałem na początku, XXIII Zjazd ma jako zadanie specjalne wzięcie udziału w pracach przygotowawczych Kongresu Nauki. Zarząd Główny Pol. Tow. Psych. pragnąc, by członkowie Towarzystwa i XXIII Zjazdu Psychiatrów Polskich byli odpowiednio do czekających ich zadań przygotowani, po porozumieniu z podsekcją neurolog-psych. Kongresu Nauki, poprosił kolegów *Jusa*, *Kaczanowskiego* i *Kaczyńskiego* do wygłoszenia referatów programowych Zjazdu jako odczytów ideologicznych.

Mając nadzieję, że Zjazd wypełni powierzone mu zadanie, życzę najserdeczniej jako Prezes Towarzystwa, oraz w imieniu podsekcji psychiatrycznej — pomyślnych obrad.

SPRAWOZDANIE

z XXIII ZJAZDU PSYCHIATRÓW POLSKICH WE WROCŁAWIU
W DNIACH 28—30 MAJA 1950 R.

Zjazd rozpoczął się dnia 28 maja 1950 r. o godz. 9,30 w sali wykładowej Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Zjazd otworzył Prof. Dr *A. Demianowski*.

Na Przewodniczącego Zjazdu powołano Prof. Dr *Wilczkowskiego*.

Na Wice-przewodniczących powołano:

1. Doc. *Chłopickiego Władysława*
2. Dr *Gallusa Jana*
3. Dr *Kancewiczową Kamilę*
4. Dr *Malinowskiego Adolfa*
5. Dr *Swierczka Stanisława*
6. Dr *Zajączkowskiego Henryka*

Sekretarzem generalnym zostaje Dr *Świątkowski Stefan*.

Do sekretariatu weszli: Dr *Jusowa*, Dr *Jarzębińska*, Dr *Pogorzelski*, Dr *Rosta-
fiński*, Dr *Szczeniowski*, Dr *Schramm*.

Z ramienia Ministerstwa Zdrowia wita Zjazd Dr *Hausmanowa*.

Z ramienia Zarządu Głównego Polskiego T-wa Psych. wita Zjazd Prezes Prof. Dr *Józef Handelsman*.

Zjazd wysłał depezę z wyrazami czci do Prezydenta R. P. *Bolesława Bieruta* i do Min. Zdrowia Dr *T. Michejdy*.

Zjazd powziął uchwałę dotyczącą pokoju:

XXIII Zjazd Psychiatrów Polskich we Wrocławiu łączy się z apelem pokojowym setek milionów ludzi dobrej woli. Psychiatrzy Polscy stwierdzają, że szaleństwo wojenne imperializmu ma swoją metodę, której celem jest зараżenie ludzi psychozą wojenną wbrew ich najbardziej istotnym, osobistym, społecznym i narodowym interesom.

Zjazd Psychiatrów wyraża przekonanie, że nie ma ani jednego lekarza w Polsce, który by nie brał czynnego udziału w przeciwstawianiu się jakimkolwiek działaniom, które prowadzą do wojny lub w sposób zamaskowany propagują wojnę.

OBRADY PRZEDPOŁUDNIOWE:

Przewodniczący Prof. Dr *Wilczkowski* w asyście wszystkich wice-przewodniczących. Sekretariat prowadzi Dr *Jusowa*, asystuje Dr *Rosta-
fiński*.

Zostały wygłoszone następujące referaty:

1) *A. Jus* (Państwowy Instytut Psychoneurologiczny, Tworki): „Krytyka idealizmu w psychiatrii“. Referat ten będzie opublikowany w jednym z czasopism naukowych.

2) *F. Kaczanowski* (Państwowy Szpital dla Psychicznie Chorych, Tworki): „Krytyka materializmu mechanistycznego w psychiatrii“. Referat będzie opublikowany w jednym z czasopism naukowych.

3) *M. Kaczyński* (Klinika Psychiatryczna, Lublin): „Znaczenie materializmu dialektycznego w psychiatrii“. Referat ten będzie opublikowany w jednym z czasopism naukowych (obszerne streszczenia zamieszczono w bieżącym Roczniku Psychiatrycznym).

Dyskusja

wzięli udział: *Korzeniowski, Brzezicki, Cwynar, Ossendowski, Zajączkowski, Leligdowicz, Kancewiczowa, Dreszer, Szuman, Kaczyńska, Atapin, Bilikiewicz, Piątkowska, Dąbrowski, Bielawski, Hausmanowa, Wilczkowski.*

Dr Korzeniowski. Wszystkie 3 referaty były świetne. Byłoby błędem nie zsumować, iż głównie ujmowały zagadnienia historyczne, co było powodem niemożności pogłębienia tematów. Nie wyzyskane zostały argumenty przeciwidealistyczne takie jak wyleczalność lub poprawa cierpień psychicznych pod wpływem leczenia. Piękny, może najlepszy referat *Dr. Jusa* nie wyzyskał też wyników elektroencefalografii w krytyce niewyleczalności chorób i determinizmu. *Dr Kaczanowski* zreferował sprawę kierunków mechanistycznych również raczej historycznie. Nie wyjaśnił, iż istnieje szereg koncepcji pozytywnych zastępujących błędy lokalizacyjne mechanistów przez argumenty współdziałania układów nerwowych — przy czym uszkodzenie jednego z układów powoduje odbicie w funkcji innych układów. Również i rola środowiska poprzez związki czasowe *Pawłowa* nie została dokładnie naświetlona. Referat *prof. Kaczyńskiego* również grzeszył ogólnikowością. Nie wspomniał nic o zasadzie „odśrodkowo-dośrodkowej“, która tłumaczy stosunek czynników zewnętrznych do wewnętrznych w każdym przeżyciu psychicznym.

Prof. Brzezicki. Jestem zdania, że referenci mając i mało czasu, i mając za zadanie dać wstępne tylko ogólne wytyczne diamentu nie mogli wniknąć w szczegóły. Osobiście dużo wyniosłem z dzisiejszego referatu, mimo że zdaję sobie sprawę że dialektyczne ujęcie psychiki ludzkiej jest rzeczą specjalnie trudną i niełatwą do opanowania mimo rzekomo jasnych założeń diamentu. Sprawa lokalizacji poruszana przez jednego z referentów nie powinna być ujmowana mechanicznie, a jednak nie można uważać, by jawne objawy nie zmieniały się z uszkodzeniem pewnych, ściśle określonych okolic. Przypomnę tu afazję oraz wgląd przewidywań i spontaniczność, które zanikają przy uszkodzeniu *lobus frontalis*. Słusznie krytykował jeden z referentów konstytucjonalizm *Kraeatschmera*, jednak nie należy odrzucić dlatego konstytucję charakterologiczną osobniczą podkreślaną tak często przez *Pawłowa*, który nie tylko u ludzi, ale i u psów wyróżniał różne temperamenty. Nie kto inny jak właśnie *Pawłow* mówił o wrodzonych a nawet dziedzicznych kruchych przyborach nerwowych u osobników później chorujących na schizofrenię.

Sprzecznność w jedności widzimy najsilniej w charakterach syntonicznych, skirto-tymicznych właśnie u typów o „kruchych przyborach nerwowych“ i u typów arty-stycznych podkreślanych przez *Pawłowa*.

Dr Cwynar, Dr Jus użył, a raczej przytoczył zdanie *K. Marksa* „Był materialny określa świadomość, a nie na odwrót“. Licząc się z tym, że nie wszyscy słuchacze

są dobrze obznajmieni z zasadami materializmu dialektycznego uważam za stosowne podkreślić, że nie tylko byt materialny określa świadomość ale w dalszej konsekwencji świadomość kształtuje byt.

Z referatu Dra *Kaczanowskiego* wynikałoby, że dziedziczenie nie ma nic do powiedzenia w powstawaniu pewnych objawów psychopatologicznych. Nie jest to zgodne z rzeczywistymi zapatrywaniami biologów materialistycznych na tę sprawę, gdyż niewątpliwie dziedziczenie istnieje, ale istnieją też możliwości wpływania na sprawę dziedziczenia. Druga sprawa to sprawa ścisłego rozgraniczenia pojęć materializmu mechanistycznego (wulgarnego) i materializmu dialektycznego. Konsekwentnie rozumując to monizm materialistyczny jest w zupełnej zgodzie z materializmem mechanistycznym, a natomiast w materializmie dialektycznym zaznacza się pewne przeciwstawienie organizmu jako materii i ducha. Chcę zapytać, czy to nie jest drogą do czegoś w rodzaju *du a l i z m u*? Nie sądzę, że myślę tu o spirytualistycznym „*duchu*”. — Jednakże odczuwa się tu zaznaczające się rozszczepienie przedmiotu jakim jest człowiek dla badacza dialektyka — materialisty.

Dr Ossendowski. Zaslugą Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego jest ustalenie właściwego kierunku psychiatrii polskiej w oparciu o materializm dialektyczny nauki *Pawłowa* pamiętając o tym także iż *Jan Mazurkiewicz* i jego szkoła stworzyły zbieżne materialistyczne poglądy w psychiatrii. Dalsze badania w pracowniach i klinikach niezawodnie dadzą coraz więcej dowodów słuszności powziętego kierunku w psychiatrii praktycznej.

Dr Zajączkowski. Wyrażam obawę, że kateryczne potępienie psychoanalizy i związanego z nią okresu pięćdziesięciu lat pracy wielu wybitnych psychiatrów przekreśli i uniemożliwi korzystanie z tych doświadczeń, co byłoby bardzo szkodliwym i zubożającym dla naszej gałęzi medycyny. Brak zainteresowania i upadek psychoterapii u nas niewątpliwie łączy się z tym krytycznym stosunkiem do filozoficznej i światopoglądowej nadbudowy psychoanalizy. Byłoby jednak z wyraźną szkodą dla pracy psychiatrycznej, gdyby ta metoda lecznicza została zarzucona i doświadczenia wielu dziesiątków lat w tej dziedzinie przekreślone.

Dr Leligdowicz. Idealizm w swojej pierwotnej postaci nie jest obecnie chyba przez nikogo wyznawany — pozostaje on bowiem w zbyt rażącej sprzeczności z otaczającą rzeczywistością i ze zdrowym rozsądkiem. Jednak do niedawna wychowanie naszego społeczeństwa było głęboko przepojone pierwiastkami idealizmu w najrozmaitszej formie, nie więc dziwnego, że bardzo często spotykamy się z nimi i że wywierają one szkodliwy wpływ także na metodykę pracy naukowej, oraz na jej wyniki. Szczególnie szkodliwe i niebezpieczne są próby godzenia pierwiastków idealistycznych z materialistycznym światopoglądem.

Dr Kancewiczowa. Referaty dzisiejsze są przełomem w naszej nauce psychiatrycznej, bo postawiły na porządek dzienny sprawy ideologiczne, ale nie są obowiązujące, mogą podlegać dyskusji, jak wszystko w nauce, np. ocena dorobku prof. *Mazurkiewicza*. Metoda dialektyczna jest ważna w medycynie, a w szczególności w psychiatrii, traktującej o psychice ludzkiej.

Podstawową zasadą dialektyki jest powiązanie teorii z praktyką. Otóż praktyka psychiatryczna, stosując obecnie wszędzie aktywne leczenie, jest dialektyczna i to nie tylko w ZSRR, który nam jest wzorem, nie tylko w Polsce, ale i w krajach anglosaskich tak przecież hołdujących psychoanalizie.

Parę słów o psychoterapii, którą niesłusznie identyfikuje się z psychoanalizą. Ta ostatnia jest jedną z metod psychoterapeutycznych. Zaś psychoterapia w ogóle jest zespołem warunków sprzyjających wyleczeniu chorego psychicznie. Jakie znaczenie ma środowisko i aktywne metody leczenia zobrazuje referat kol. *Szymań-*

skiej, opracowany na materiale Głównej Poradni Zdrowia Psychicznego, który będzie wygłoszony w 3 dniu Zjazdu.

Prof. *Dreszer*. Nawiązuje do Zjazdu Naukowego Młodzieży Akademickiej w Gdańsku, w czasie którego w referatach i dyskusjach była poddana krytyce książka prof. *Bornsztajna*, jako jedyny podręcznik psychiatrii w języku polskim po wojnie, dostępny dla młodzieży. W odpowiedzi przedstawicielka młodzieży wrocławskiej podkreśliła znaczenie prac i dzieła prof. *Mazurkiewicza* i przyrodniczy charakter jego kierunku.

Staję w obronie referentów — referaty mogły mieć jedynie charakter wprowadzający, pobudzający do dyskusji, więc nie mogły być wyczerpujące.

Prof. *Szuman*. Podkreślając swoje krytyczne ustosunkowanie się do psychoanalizy przypomina jednak, że w teorii psychoanalizy można wyróżnić wiele elementów natury socjologicznej, które referenci pominęli. Proszę by referenci takie podstawowe pojęcia marksistowskiej psychologii, jakim jest np. pojęcie podmiotowości (odbijanie przedmiotowej rzeczywistości przez psychikę) bliżej sprecyzowali ze względu na wieloznaczność pojęcia podmiotowości.

Podkreślam znaczenie zorganizowanej współpracy polskich psychiatrów i psychologów, jak m. in. na zjeździe znajduje to swój wyraz.

Dr *Kaczyńska*. Bardzo szczęśliwie, że podano nam na Zjeździe krytykę zarówno idealizmu jak i materializmu mechanistycznego, bo dopóki nie wytworzymy sobie dialektycznego sposobu myślenia będziemy skłonni odrzucając idealizm, popadać w materializm wulgarny. Nowością w ruchu umysłowym zwanym materializmem dialektycznym nie jest bowiem materializm, ale metoda dialektyczna, którą należy uważać jako konieczny etap w rozwoju myśli ludzkiej. Jest to inny niż dotychczas sposób ujmowania wszelkich zjawisk, który aczkolwiek od dość dawna zaczął się wytwarzać na świecie całym, jednak najkonsekwentniej został wyrażony w materializmie dialektycznym. Przy dialektycznym ujmowaniu znika zagadnienie: dualizm czy monizm, bo ani to ani to, ale jedność przeciwieństw.

A więc człowiek jest jednością psychofizyczną, w której nie można sprowadzać zjawisk fizycznych do psychicznych jak to czynił materializm wulgarny, ani jako jedność przeciwieństw.

Ta jedność, całość jest o układzie hierarchicznym, to zn. że układy niżej zorganizowane warunkują wyższe, te zaś odgrywają rolę kontrolną sterowniczą w stosunku do niższych.

Wspaniałym wkładem *Pawłowa* w to nowe ujęcie jest wykazanie hierarchicznej wyższości nerwizmu nad chemizmem, daje przez to naukową podbudowę dla zjawisk psychicznych. Ale w dalszym ciągu psychizm należy uważać za wyższy jeszcze hierarchicznie układ w tej jedności psychofizycznej, jaką jest człowiek uwarunkowany przez niższe układy, ale spełniając rolę kontrolną, sterowniczą w stosunku do nich.

W związku z tym, należy zdawać sobie sprawę, że świetna teoria *Pawłowa* pobudzeń i hamowań wyjaśnia podstawę nerwową zjawisk psychicznych, ale nie wyjaśnia ich bez reszty, jak to niektórzy przyjmują, bo poza zjawiskami nerwowymi pozostają jeszcze zjawiska psychiczne, których nie należy utożsamiać i porównywać, bo tak czynił materializm wulgarny.

Jeżeli chodzi np. o zaburzenia psychiczne to poza mechanizmami pobudzeń i hamowań zawsze trzeba się liczyć z czynnikiem psychicznym, a mianowicie z konfliktem uczuciowo dążeńowym.

Dr *Atapin*. Dr *Jus* określając stosowane przez psychologów pojęcia głębi podświadomości jako idealistyczne, sam wpada w idealizm odrzucając istnienie podświadomości, która jednak jest faktem obiektywnym — sumą pobranej uprzednio rzeczywistości świata i ustosunkowanie się do niej osobnika, nie podlegająca projekcji na zewnątrz w danym uchwytym momencie. Jednym z niewątpliwych dowodów jest istnienie afektów, które w oderwaniu od podłoża materialnego są tylko słowem, ale w związku z układem wegetatywnym ich siedzibą, posiadają potężny wpływ na organizm psychofizyczny, czego dowiódł już dawno *Sieczonow*, odkrywając wpływ sterujący układu wegetatywnego na tak apsychną funkcję, jak odruch bezwarunkowy.

Prof. *Bilikiewicz*. Domaga się wprowadzenia w życie zasad diamatu łączności teorii z praktyką oraz konieczności krytyki i samokrytyki. Jako przykład i punkt wyjścia bierze prelegent dyskusję nad wartością pracy prof. *Mazurkiewicza*. O pracy tej wypowiedziano się ujemnie, np. przemówienie dyskusyjne *Doc. Kaczyńskiego* na Zjeździe w Gdańsku, pewien fragment przemówienia *Dyr. Kancewiczowej* itd., drudzy natomiast wypowiadają się bardzo pozytywnie. Prelegent widzi przyczynę tych sprzecznych poglądów w fakcie, że praca ta nie ukazała się drukiem, stąd oceny nie mają kontroli źródłowej. Prelegent daje wyraz nadziei, że stworzona zostanie u nas krytyka naukowa jawna i życzliwa, gdyż tylko taka spełnia swoje zadanie, prowadząc do naprawy błędów. Wtedy z teoretycznej dyskusji będzie korzyść praktyczna.

Dr *Piątkowska*. Szkodliwość i niebezpieczeństwo tkwiące w teoriach wprawdzie materialistycznych, ale zabarwionych idealistycznie, dostatecznie chyba ilustruje ich dotychczasowy dorobek: w oparciu o genetykę formalną — fatalistyczne podejście do zjawisk psychopatologicznych, a w konsekwencji nihilizm leczniczy, rasizm, sterylizacja, eutanazja.

Abs. *Dąbrowski*. W związku z krytyką idealizmu w psychiatrii, chciałby omówić polityczną stronę niektórych publikacji, a mianowicie pewne fragmenty z podręcznika prof. *Bornsztajna* „Wstęp do psychiatrii klinicznej“ fragmenty, które ujawniają wyraźne kosmopolityczne skłonności. Np. autor przytaczając historię choroby pewnego przypadku schizoidii u chorego z arystokratycznej rodziny, podaje, że jego pogląd na wojnę, na okupację niemiecką, na *Hitlera*, jest „uderzająco nienormalny jako Polaka, pochodzącego z dobrej szlacheckiej rodziny“, str. 155. W związku z powyższym sądzę, że „droga nadjaźni pana z owej dobrej szlacheckiej rodziny nie uwarunkowała zbyt nienormalnie jego stosunku do nadludzi. Mamy wiele przykładów nienormalnego stosunku powyższych osobników do spraw narodowych, stosunku nie mającego podłoża schizoidii...“

Prócz tego na „Wstępie“ znajduje się wiele charakterystycznych wypowiedzi ujawniających tzw. „zachodomanie“ tzn. przejmowanie i zalecanie wszystkiego, co przyszło z zachodu, wraz z rugowaniem i przemilczaniem dorobku polskiego względnie radzieckiego w zakresie psychiatrii. Np. działalność *Pawłowa* w tej dziedzinie zosadła sprowadzona prawie do zera. „*Pawłow* nie był żadnym psychiatrą“ str. 366. Natomiast jego metoda badania wyższej czynności nerwowej to „najkonsekwentniejszy bo aż do absurdu doprowadzony wynik wprowadzenia metod i teorii fizjologicznych do psychiatrii“, str. 367.

Autor stoi na stanowisku, że „przyszłość psychiatrii leży głównie na szlaku psychologicznym“, że przyczyną zacofania rozwoju psychiatrii w Polsce jest zbyt krytyczne ustosunkowanie się polskich lekarzy do teorii i metod psychologicznych. Autor radzi zrezygnować z tego stanowiska, radzi „otrząsnąć się z inercji, szerzej otworzyć okno na zachód i na jego świeże porowy odżywcze, trzeba by wyjść z zaśnieżonej skorupy XIX w. wiecznego fizjologizmu i wziąć żywszy udział w ruchu naukowym, który rozrasta się coraz bardziej we Francji, i Ameryce pod znakiem psychologizmu“ str. 372.

Sądzę, że mamy dość dużo sposobności, aby poznać na czym owe „świeże powiewy“ polegają jak i do jakiego rozkładu kultury doprowadziły na zachodzie dekadencje owoce umysłowego dorobku burżuazji spod znaku psychologizmu i psychoanalizy. Widzimy, jak ideologowie „świeżych powiewów“, a ściślej mówiąc ideologowie amerykańskiego imperializmu wzięli sobie za istotny cel odwracanie uwagi społeczeństwa od nieprzejejdnych przeciwności klasowych drogą demobilizowania, skażenia świadomości milionów ludzi pracy, kultu nieświadomości jako niepohamowanych namiętności i nieznanych impulsów kierujących jednostką niezależnie od jej woli. Widzimy, jak ideologowie amerykańskiego imperializmu propagujący dziś hasła „Federacji Narodów“ i Ruchu Światowego, chcąc znaleźć w psychoanalizie jeszcze jeden uniwersalny środek, przy pomocy którego „Światowa Organizacja Zdrowia“ mogłaby znaleźć uniwersalne *panaceum* na nieuleczalną „chorobę“ kapitalistycznych narodów, na chorobę przedstawiającą wewnątrz nich sprzeczności między proletariatem a klasą wyzyskiwaczy.

Dr *Bielawski*. Należy zdać sobie sprawę z tego, co jest przyczyną, że skłonni jesteśmy trzymać się kurczowo formułek scholastycznych. Cięży na nas balast myślenia kategoriami mistycznymi, a to pochodzi z wierzeń wyznawanych przez przodków. Takie pojęcia jak „duch, materia“ albo „wolna wola“ nie mają po prostu odpowiedników w rzeczywistości i trzeba przestać tym się zajmować.

Wreszcie odnoszę wrażenie, że większość psychiatrów polskich stoi i nawet stała na gruncie materializmu dialektycznego, a pojedyncze nieliczne przypadki zejścia na bezdroża spekulacji scholastycznej były przedmiotem tylko wesołości ogółu Zjazdów.

Dr *Hausmanowa*. 1) Referaty mogą być tylko podstawą do dyskusji, nie są wiążące. Muszą wywoływać rewizję pojęć, sprowokować dyskusję we wszystkich zakładach naukowych.

2) W materializmie dialektycznym jest jedność psychiczna i somatyczna, ale nie ma wulgarnego przeciwstawienia jak w materializmie mechanistycznym.

3) Podręcznik prof. *Mazurkiewicza* nie może stać się podręcznikiem dla młodzieży ze względu na pewne swoje reakcyjne poglądy (sterylizacja, nihilizm leczniczy), ale powinien i może ukazać się jako krytycznie opracowana monografia.

4) Do freudyzmu trzeba podchodzić dialektycznie, inna była jego rola w zaraniu powstawania tego kierunku, inna dziś, kiedy jest bezwzględnie reakcyjny i służy w U.S.A. najbezwzględniej burżuazji.

5) Nie można badań lokalizacyjnych zaliczać bezwzględnie do mechanistycznego materializmu. Są one nieodzowne w neurofizjologii i bez nich nie jest do pomyślenia nowoczesna psychiatria, neurologia, neurochirurgia, psychologia. Chodzi tylko o właściwe ustawienie tych badań, o ujmowanie ich dynamicznie i w jedności z całością układu nerwowego.

Prof. dr *Wilczkowski*, zamykając dyskusję, dotyczącą pierwszych trzech referatów, zwraca uwagę na niezmierną doniosłość omówionych tematów, dały bowiem

one podstawy do dyskusji nad zasadniczymi drogami, jakimi powinny iść badania naukowe w psychiatrii. Przy zestawieniu nastawienia idealistycznego i nastawienia materialistycznego można powiedzieć, że w dobie obecnej nikt nie wątpi, że jedynym właściwym nastawieniem jest nastawienie materialistyczne.

Z omówienia materializmu mechanistycznego w psychiatrii i materializmu dialektycznego w psychiatrii jasnym się staje, że jedynie właściwą metodą badania jest metoda dialektyczna. Metoda dialektyczna wyrasta z postępu nauki, nic więc dziwnego, że liczni naukowcy stosują tę metodę, nie zdając nawet z tego sobie sprawy. Ważnym jest, by wszyscy pracujący naukowo poznali podstawy metody dialektycznej i stosowali ją z całą świadomością i z całą znajomością rzeczy.

OBRADY POPOŁUDNIOWE DN. 28.5.50. r.

przewodniczy dyr. dr *Gallus* w asyście dyr. dr. *Swierczka*. Sekretariat prowadzi dr *Rostafiński* w asyście dr *Jarzębińskiej*.

1) *E. Wilczkowski* (Klinika Psychiatryczna, Łódź): „O psychochemicznych odruinach we krwi u ludzi“.

2) *W. Chłopiccki* (Klinika Psychiatryczna, Kraków): „Omamy słuchowe jako swoiste zaburzenia czynności mowy ze stanowiska neuropatologii i psychopatologii“.

3) *A. Jus* (Państwowy Instytut Psychoneurologiczny, Tworki): Próba interpretacji mechanizmu zmian elektroencefalograficznych w schizofrenii“.

4) *W. Semadeni* (Klinika Psychiatryczna, Tworki): „O badaniach elektroencefalograficznych w psychonerwicach“.

K. Jus (Instytut Psychoneurologiczny, Tworki): Dynamika zmian elektroencefalograficznych w otępieniu organicznym“. Prace powyższe wydrukowano w bieżącym zeszycie „Rocznika psychologicznego“.

6) *M. Rostafiński* (Klinika Psychiatryczna, Tworki): „O omamach doświadczalnych u chorych na padaczkę“.

Na tym zakończono 1-szy dzień Zjazdu.

Michał Rostafiński

O OMAMACH DOŚWIADCZALNYCH U CHORYCH NA PADACZKĘ

W 1943 roku w pracowni f-my Sandoz *A. Hoffman* odkrył preparat nazwany LSD 25.; LSD 25. jest częściowo syntetycznym związkiem, w którego skład wchodzi naturalny kwas lysergowy, tj. jeden z alkaloidów sporysza i reszta syntetyczna 2-etylamidowa. Ciekawą cechą tego preparatu jest to, że działa w bardzo małych dawkach, bo ilość jego wyraża się w gamma (jedna milionowa grama).

Pierwsza praca na temat działania tego preparatu na ustrój ludzi zdrowych i schizofreników została napisana przez *W. A. Stolla* w 1949 roku. Z pracy tej wynika, że przy dawkach wynoszących od 20 do 60 gamma, podawanych ludziom zdrowym *Stoll* otrzymał szereg różnych objawów jak: euforie, u niektórych z następującą depresją, pewne odhamowanie, stany halucynacyjne oglądane przy zamkniętych oczach lub w zaciemnionym pokoju, przeczulice zmysłowe, różne parestezje itp.

Preparat LSD podany schizofrenikom dawał w afekcie podobne objawy, z tą tylko różnicą, że ilości preparatu musiały być wielokrotnie większe.

W 1949 r. otrzymała nasza Klinika pewną ilość tego preparatu. W bieżącym roku dokonano pierwszych doświadczeń na materiale chorych na padaczkę. Dotychczas dokonano 10 prób u 8 chorych. Dawki wahały się od 60 do 240 gamma.

Próby te miały w planie skontrolować treść i barwę halucynacji powstałych pod wpływem działania LSD i porównanie ich z treścią i barwą samoistnych halucynacji padaczkowych.

W naszym materiale stwierdza się u 5 chorych wzmoczone samopoczucie objawiające się wielomównością, skłonnością do śmiechu szerszą gestykulacją. W 1 przypadku — obniżone samopoczucie z wyraźną obojętnością, przypominającą obojętność schizofreniczną. W 4 przypadkach stwierdza się halucynacje, w tym w 1 przypadku bardzo obfite. Chora widziała palące się ognisko, garnuszki stojące rzędem, przesuwające się obrazki w ramkach itp. W pozostałych przypadkach halucynacje były bardzo skąpe, elementarne. Parestezje stwierdza się w 3 przypadkach. W 1 przypadku, gdzie były dokonywane 2 próby, stwierdza się wyraźnie rozkojarzenie. 1 przypadek nie dał żadnego pozytywnego wyniku. W 1 stwierdzono wyraźną przeziębienie węchową.

Dotychczas nie udaje się stwierdzić zbieżności występowania halucynacji epileptycznych i powstałych wskutek podania LSD. Chory, u którego zaobserwowano obniżone samopoczucie z obojętnością, w pierwszym badaniu po przybyciu do Kliniki podał, że od około 2 lat po wypadku samochodowym odczuwa pewną obojętność. Przypuszczam, że należy objaw ten tłumaczyć jako odhamowanie podobne, jakie uzyskuje się przy narkoanalizie, ponieważ i w bieżącym materiale jest też jeden przypadek wybitnego odhamowania, gdzie chora pod wpływem działania LSD opowiedziała fragment z swego życia w czasie swego dzieciństwa, gdy ojciec jej, alkoholik, po pijanemu dokonał z nią czynów lubieżnych. Wtedy miała 6 lat.

Liczba dotychczasowych doświadczeń nie pozwala jeszcze wyciągać ostatecznych wniosków, jednak można już powiedzieć, że w porównaniu z wynikami *Stolla* czymś nowym jest barwa widzianych przedmiotów. U ludzi zdrowych barwa zwiędzeń była jasna, świetlista, podczas, gdy w 1 przypadku, gdzie były obfite halucynacje, chora widziała wszystkie barwy ciemne, trudno dające się odróżnić. Nawet barwa biała miała kolor stosunkowo „ciemny“. Nowym jest też zjawisko rozkojarzenia nie obserwowane nigdy u ludzi zdrowych, poddanych próbom z LSD.

W tej chwili ograniczam się do zanotowania różnic, nie wdając się jeszcze w próby analizy tych zjawisk, dane jednak dotychczasowe zachęcają do dalszych prób, z których będzie już można zapewne wyciągnąć odpowiednio uzasadnione wnioski.

II DZIEŃ ZJAZDU

rozpoczął się o godz. 9,00 rano dn. 29 maja 50 r. w sali wykładowej Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Przewodniczący dr *Malinowski* i doc. *Chłopicki*, sekr dr *Jarzębińska* w asyście dr *Schramowej*.

Dyskusja

nad referatami: *E. Wilczkowskiego*, *W. Chłopickiego*, *A. Jusa*, *W. Semadeniego*,

K. Jusowej, *M. Rostafińskiego*.

W dyskusji wzięli udział: 1) *Petelski*, 2) *Zajączkowski*, 3) *Dreszer*, 4) *Bielawski*, 5) *Brzezicki*, 6) *Chłopicki*, 7) *Komorowski*, 8) *Pomianowski*, 9) *Wilczkowski*, 10) *Petelski*, 11) *Szuman*, 12) *Handelsman*, 13) *Łapiński*.

Odpowiedzi referentów: 1) *Wilczkowski*, 2) *Chłopicki*, 3) *Jus*, 4) *Semađeni*, 5) *Rostafiński*.

Dr *Petelski*. Podkreślając, że badania prof. *Wilczkowskiego* są b. ciekawe i wymagają dalszego opracowania zauważa, że wahania np. w poziomie cukru należy łączyć nie z wyobrażeniem spostrzeganym, ale z pragnieniem spożycia, jakie to wyobrażenie na drodze odruchu warunkowego wywołuje. Badania wahań poziomu cukru i chlorku we krwi należy raczej ujmować jako cały zespół odruchów warunkowych i innych zmian w ustroju natury fizjochemicznej. Wyjaśnienie ich mechanizmu oczywiście jest możliwe na podstawie dalszych badań opartych na nauce *Pawłowa* i jego szkoły. Dyskutant przeprowadził analogię między badaniami prelegenta, które ujmuje jako badania nad fizjochemią pragnienia spożycia, a badaniami nad fizjologią uczucia lęku, strachu. Odnośnie metodyki badań podkreślił, że przy badaniach poziomu cukru, gdzie spodziewamy się jego obniżenia, na skutek wędrówki cukru z krwi do tkanek na obwód i gdzie należy spodziewać się uruchomienia zapasów glikogenicznych wątroby należałoby badać krew żylną, a nie z palca, która ma skład krwi tętniczej. Porównanie badań krwi z palca i żyły było by bardzo istotne. Duże znaczenie miałyby zbadanie obserwowanych przez chorego zjawisk, przy rozmaitym stanie „nacukrzenia“ ustroju. Tabela obrazująca „odruch psychocukrowy“, przy nastawieniu na pracę wydaje się nieprzekonywająca, różnica między ilością podwyższeń poziomu cukru w badaniach kontrolnych i badaniach na odruch jest zbyt mała, ponadto w niektórych wypadkach podwyższenia poziomu cukru przy badaniu na odruch są zbyt małe, aby mogły przemawiać za wystąpieniem odruchu, leżą one w granicach błędu. Nie można jednak na tej podstawie stwierdzić, że „odruch przy nastawieniu na pracę“ nie istnieje, gdyż i tu trzeba różnicę poziomu cukru wiązać z nastawieniem afektywnym, chęcią postanowienia wykonania pracy przez badanego a nie wyobrażeniem spostrzegawczym i nastawieniem badanego przez badacza na wykonanie pracy.

W zestawieniu rozpoznań klinicznych osób badanych prelegent postawił w jednym rzędzie rozpoznania objawowe z nosologicznymi, co może być źródłem błędu i kłopotu przy ewentualnym wyciąganiu wniosków.

Dr *H. Zajczkowski* — w dyskusji nad referatem Prof. *Wilczkowskiego*. Wysuwa zagadnienie charakteru odruchów psychochemicznych prof. *Wilczkowskiego*, czy są odruchami bezwarunkowymi czy warunkowymi i czy będą wywoływały związki czasowe. Wydaje się, że zwrócenie uwagi na stronę uczuciową doświadczenia może dać głębszy wgląd w te objawy, a mianowicie tłumaczyć dlaczego występują tak silne wahania w odruchach psychochemicznych, a nawet dawać wyniki w kierunku odwrotnym. Prawdopodobnie można tu upatrywać mechanizm przecukrzenia krwi, przy stanie uczuciowym właściwym dla zadrażnienia poprzez pobudzenie nadnerczy, mobilizacji glikogenu w wątrobie i wyrzucenie cukru do krwi. Stany uczuciowe jeszcze większą odgrywają rolę w odruchu psychogenicznym w nastawieniu na pracę, gdyż nie u każdej osoby powstawały pozytywne uczucia przy widoku stosu cegieł, które musiał przemieścić. Doświadczenie to rozbudowane odpowiednio mogłoby dać w chwili obecnej przysługę społecznej. Gdyby doświadczenia przeprowadzić tak, by nastawienie na pracę było skutkiem a) kategorycznego rozkazu, b) uzgodnionej propozycji, c) wyczynu o cechach współzawodnictwa — udałoby się według wszelkiego prawdopodobieństwa stwierdzić specjalnie silną mobilizację biologiczno-chemiczną ustroju przy nastawieniu na współzawodnictwo pracy, wykreślającą wartość społeczną tego nastawienia.

Prof. Dr *R. Dreszer*. — w dyskusji nad referatami Dr *Jusa* i Dr *Jusowej*. Przy porównaniu wyniku prac Dr *Jusa* i Dr *Jusowej* uderza w schizofrenii wyraż-

nie nieprawidłowy charakter elektroencefalogramu większości przypadków oraz nikłość zmian przy niewątpliwie ciężkich zmianach anatomicznych w porażeniu postępowym. Może to rzucić pewne światło na istotę procesu schizofrenicznego polegającego może nie tyle na rozległości zmian anatomicznych, a na zaburzeniach powiązań synaptycznych na co wskazują badania bioptyczne *Zurabiszwili*, który właśnie stwierdził w schizofrenii zaburzenie struktur synaptycznych.

Dr *Bielawski* — w dyskusji nad referatem prof. *Wilczkowskiego*, Dr. *Jusa* i Dr. *Semadeniego*. Zastanawiającym jest, czy na odruchach psychochemicznych nie udało by się pogłębić badania z zakresu pamięci odruchów, sprawy która leży u podłoża takiej czy innej koncepcji wyższych funkcji mózgu. Zastanawiającym jest, że u wielu chorych na schizofrenię odruch psychochemiczny bądź nie zachodzi, bądź jest karpny. Czy nie jest to związane z uczuciową sztywnością. Poszukujemy wczesnych, niezawodnych objawów schizofrenii. Może opieszałość tej reakcji psychochemicznej byłaby patognomiczna.

Zastanawiającym jest zachowanie się elektroencefalogramu w schizofrenii, czy mamy tu sprawdzian poglądów *Pawłowa* o hamowaniu (fale alfa). Jest to bardzo prawdopodobne. Moje refleksje idą w kierunku nieco innym. Dobrotliwe przypadki schizofrenii z przewagą fal alfa świadczyłyby, że ustroj sam daje sobie radę z chorobą przez wprowadzanie czynnika wypoczynku ustroju. Przecież i w stosunku do wyników lobotomii można by tę koncepcję zastosować. Być może, że dobroczynny wpływ operacji jest spowodowany po prostu zahamowaniem czynności mózgu. Poprawa nie następuje natychmiast po operacji, lecz powoli w miarę upływu czasu — słowem tak rzecz się dzieje jak na przykład w innych wypadkach leczenia przez unieruchomienie (odma płucna, usztywnianie stawu).

Prof. *Brzezicki* — w dyskusji nad referatem Dr *Rostafińskiego*.

W Klinice Krakowskiej robiliśmy także doświadczenia z L.S.D. pochodną kwasu lysergowego na 2 lekarzach, 6 studentach medycyny i 2 chorych (1 schizofrenik, 1 histeryk). Wydaje mi się na podstawie naszego materiału (oczywiście za szczupłego do wyciągania wiążących wniosków), że powyższe *phantasticum* przejawia się między innymi głównie w sektorach wyobrażeniowych, nastrojowym i wegetatywnym naszej jedności psychosomatycznej. W sektorze wyobrażeniowym objawy są słabe, nawet przy dość dużych dawkach. Badany widzi małowarwne przesunięcia w świecie zewnętrznym, jak krzywe linie, jak sfałdowanie sufitu, wszystko widzi jakby rozbite na drobne części lustra itd. Jedna histeryczka opowiadała o fantastycznych zwidywaniach, co do prawdziwości których mam zastrzeżenia. W sektorze nastrojowym widziałem może najciekawsze objawy, Z początku nastroj był wesoły i podniosły. Później tylko objawy zewnętrzne nastroju (mimika, gesty), były wesołe. Nastroj wewnętrzny był smutny, beznadziejny, hipochondryczny. Występowało rozszczepienie (*schisis*) między objawami somatycznymi i psychicznymi. Objawy wegetatywne, osłabienie, poty, bicie serca i uczucie unicestwienia były tak silne, zwłaszcza u młodych studentów, że przerwaliśmy badania. Jako *phantasticum* preparat nie jest tak silny jak mescalina, tem niemniej badania warte są kontynuowania.

Dr *Chłopicki*, w dyskusji nad referatem Dr. *Rostafińskiego*. Zaznacza, że omamy opisane w referacie kol. *Rostafińskiego* o charakterze szeregu gwiazdeczek, kubeczków świecących itd. b. przypominają widzenia meskalinowe opisane przez prof. *Szuman*a, które *Szuman* tłumaczy momentami anatomicznymi, właściwościami budowy siatkówki i dróg wzrokowych, albowiem podobne widzenia powstają zarówno po silnym ucisku gałek ocznych, jak też przy ogniskach chorobowych

w drogach wzrokowych. Należy je jednak zakwalifikować jako omamy — iluzje, gdyż mają one wyraźny punkt wyjścia w prymitywnych wrażeniach odpowiednio następnie interpretowanych „figuralnie“ przez czynność widzenia.

Sprawa budowy omamów nie jest ustalona, jednak wydaje się, że w wielu szczegółach omamy w danym przypadku wzrokowe różnią się od spostrzeżeń. Przede wszystkim zachodzi w nich zsumowanie wyniku przestrzennego, nie odróżnianie wyraźne przestrzeni zewnętrznej od wewnętrznej, obcej od własnej, jak to podnosi *Sneider*, stąd pochodzi między innymi falowanie ściany w uśpieniu mescalinowym, w rytm własnego oddechu. Ponadto w omamach obserwujemy wielką dowolność w kształtowaniu się postaci, niezwykłą łatwość ich przekształcania się i raczej bierny stosunek halucynującego do powstających omamów, jak to ma miejsce również we śnie.

Dr *Komorowski* — w dyskusji nad referatem prof. *Wilczkowskiego*. Uważa, że otrzymanie różnic psychoodruchowych byłoby wyraźniejsze przy uwzględnieniu fizjologicznie zachodzących wahań w składzie chemicznym krwi, poziomu cukru, soli, czy innych składników w ustaleniu odchyień odruchowych. W dyskusji nad referatem kol. *Rostafińskiego* zapytuje, jaki praktyczny cel miały tego rodzaju doświadczenia z trującym preparatem L.S.D. 25, na chorych bez ich wiedzy i zgody.

W dyskusji nad referatem Dr. *Chłopickiego*. Podkreśla możliwość pewnego pomieszczenia pojęć przy używaniu terminu omamy-halucynacje. Jest on zazwyczaj używany na określenie pewnych stanów chorobowych, a nie objawów.

Dr *Pomianowski* — w dyskusji nad referatem Dr. *Rostafińskiego*. Zapytuje: czy, jeśli trujące działanie preparatu L.S.D. jest możliwe, referent uniknął przypadków nieszczęśliwych i czy ma dane katamnetyczne. 2) Jeśli *Hoffman* stwierdził nieprzydatność preparatu L. S. D. dla rozpoznawania i leczenia chorób, to jaki był cel badań, czy fenomenologiczny? W takim razie czemu wybrano epileptyków, nie licząc się z niebezpieczeństwem? Czy prof. *Brzezicki* i Dr *Rostafiński* dopuszczają możliwość doświadczeń ewentualnie niebezpiecznych na osobnikach ubezwłasnowolnionych?

Prof. Dr E. *Wilczkowski* przemawiając w sprawie referatu dr *Jusowej* podkreśla niezmierną doniosłość wyników jej badań. Tego rodzaju wyniki zostały uzyskane dzięki właściwemu podejściu zastosowanemu przez autorkę, a mianowicie dzięki dokonaniu badań w przekroju przebiegu procesu chorobowego.

Dr *Petelski* — w dyskusji nad referatem Dr. *Chłopickiego*. Zauważył, że Doc. *Chłopicki* w świetnym referacie doskonale naświetlił sprawę omamów ze stanowiska psychopatologii. Nie mógł jednak w jednym referacie równie wyczerpująco zająć stanowiska neuropatologicznego. Stwierdzone przez szereg badaczy radzieckich omamy we wczesnych postaciach schizofrenii przemawiają za słusznością hipotezy tłumaczenia przez *Fiamberti* wyników uzyskanych w leczeniu schizofrenii acetylocholiną. Według tych hipotez początkowe omamy polegające na słyszeniu własnych myśli, a także uczucie wpływu z zewnątrz u schizofreników należy tłumaczyć tym, że pewne podrażnienia nie mogące przejść przez zablokowane zespoły synaps, przebiegają drogami ubocznymi w sposób kapryśny i niekiedy osiągają te ośrodki, do których były przeznaczone. Dyskutant zwrócił się z prośbą do referenta o wyjaśnienie, jak ujmuje omamy *Gurewicz* w świetle swojej teorii synaps.

Prof. *Szuman* — w dyskusji nad referatem dr *Rostafińskiego*. Widzi, że preparat LSD 25 uzupełnia prawdopodobnie w szpitalu cechy meskaliny. W badaniach dr *Rostafińskiego* występowały prawie tylko wzory geometryczne w zwidzeniach, po zażyciu meskaliny widzi się osoby, rzeczy i przedmioty jakby rzeczywiste, chociaż

wystylizowane. Pierwsze zwidzenia wykazywałyby raczej na peryferyczne, drugie na bardziej naturalne oddziaływanie owych preparatów.

Prof. *Handelsman* — w dyskusji nad referatem dr *Semadeniego* i w sprawie dyskusji nad ref. dr. *Rostafińskiego*.

1. W odpowiedzi kol. *Bielawskiemu* wyjaśniam, że wszystkie przypadki, które przychodziły na badanie jako psychonerwice, były wszechstronnie szczegółowo przebadane i rozpoznanie było stawiane ostrożnie, tak że chodziło nam o różnicowanie z psychopatiami. Dopiero przypadki zupełnie pewne psychonerwicy były kierowane na badanie elektroencefalograficzne, a dzięki badaniu kol. *Semadeniego* w kilku przypadkach psychonerwicowych chorych można było przypuszczać podkład padaczkowy, co pozwoliło odpowiednio poprowadzić leczenie.

2. Co się tyczy dyskusji nad referatem kol. *Rostafińskiego* wyjaśniam, że odpowiedzialność za jego doświadczenia spada na mnie. Stwierdzam, że sprawa halucynacji nie jest bynajmniej taka jasna, jak niektórym dyskutantom się wydaje:

Poza halucynacjami mamy wiele zaburzeń w dziedzinie złudzeń, ale nie halucynacji, a więc i ugięte myśli, i pseudohalucynacje, i ejdetyzm. *Gilarowski* opiera się raczej na badaniach *Popowa*. A doświadczenia LSD doskonale potwierdzają teorię przez niego opisaną o otrzymaniu złudzeń przez odpowiednie bodźce pobudzające lub hamujące w specjalnych warunkach. Wreszcie co się tyczy padaczki, to to cierpienie jest najdawniej opisywane, ale każde doświadczenie, które pomagałoby w leczeniu padaczki, jest celowe; badania kol. *Rostafińskiego* nie dały żadnej odpowiedzi w tym kierunku, ale nie można powiedzieć czy nie ułatwią nam zrozumienia niektórych objawów w padaczce i tym samym dopomogą w znalezieniu odpowiednich dróg do leczenia.

Dr *Lapiński* krytykuje stanowisko obecnego zebrania, które przytaczając piśmiennictwo obecne zapomina, że Polska wydała wiele prac z dziedziny złudzeń.

Prof. dr *Wilczkowski* w odpowiedzi na dyskusję, dotyczącą jego referatu, podkreśla, że wszystkie badania uwidocznione na tablicach zostały dokonane w sposób jednolity, a mianowicie: sposobem ze wzmocnieniem bodźca, wzmocnienie zaś odbywało się zawsze po pobraniu obu próbek, nie mogło zatem wpłynąć na wynik badania w poszczególnym przypadku. Autor zaznacza, że nie ulega żadnej wątpliwości, iż psycho-chemiczne odruchy we krwi u ludzi są odruchami warunkowymi, są one odruchami warunkowymi przez samo doświadczenie życiowe założonymi.

Myśl autora idzie w kierunku wyzyskania tego rodzaju odruchów do badań klinicznych.

W pierwszym etapie badań autor miał na względzie przede wszystkim stwierdzenie istnienia psycho-chemicznych odruchów w postaci przez niego opisywanej, wobec czego sprawę paradoksalnej reakcji niektórych badanych pozostawił do przedłożenia w dalszym etapie po dokonaniu specjalnych badań; autor nadmienia jednak, że kierunek reakcji zależy od nastawienia psychicznego. Np. murarz z rozpoznaniem porażenia postępowego po otrzymaniu zlecenia przenoszenia cegieł gorąco zaprotestował, twierdząc, że jest majstrem i ma od tego pomocników. Odruch w tym przypadku wypadł paradoksalnie.

Autor poucza dyskutanta, że nie usuwa się z uzyskanego doświadczalnie materiału wyników, jakie wypadają nie po myśli badającego, lecz wręcz odwrotnie obowiązkiem jest obiektywne przytoczenie wyników i doszukiwanie się przyczyn ich rozbieżności.

Autor zaznacza też, że sposób stosowania przez niego bodźca miał na celu poruszenie w jak najszerszym zakresie wszelkich momentów, mogących warunkować odbywanie się reakcji.

Pobieranie krwi z palca stosuje autor, mając na względzie uproszczenie zastosowania badań psychochemicznych odruchów dla celów klinicznych.

Autor zaznacza, że opracował trzeci sposób badania psychochemicznych odruchów, który jak się zdaje, będzie najwięcej przydatny dla celów klinicznych.

Na zakończenie autor podkreśla, że sprawa zastosowania psychochemicznych odruchów do badań klinicznych wymaga wielu lat systematycznej pracy.

Dr Chłopicki. Na wstępie Doc. *Chłopicki* na marginesie uwag kol. *Pomianowskiego* podnosi, że zagadnienie omamów nie jest wcale zagadnieniem ustalonym i wyjaśnionym, że problematyka omamów wiąże się z problematyką wielu rozdziałów zarówno psychopatologii jak i neuropatologii, że nad tym zagadnieniem usilnie pracują w Związku Radzieckim — dowodem czego jest wielka ilość prac w tej dziedzinie — i że wreszcie omamy nie są czymś oderwanym od życia lecz stanowią jeden z ważnych objawów chorobowych, kształtowanie się których ma również znaczenie rokownicze.

Nazwę halucynozy dlatego autor przyjął w ślad za *Claud'em Ey'em*, że wprost pod względem lingwistycznym podkreśla ta nazwa powinowactwo objawów objętych nią do halucynacji — omamów prawdziwych.

Z tego tytułu należałoby celem uniknięcia zamieszania zamienić zespół chorobowy nazwany przez *Wernickego* halucynozą, inną nazwą np. psychozą alkoholową z omamami słuchowymi.

Co do neuropatologii omamów słuchowych to należy podkreślić, że jest ona b. mało rozpracowana. W pracy swej podkreśla ref. znaczenie czynnika odhamowania, którego wyrazem klinicznym jest wzmoczenie automatyzmu złożonego i ujawnienie się objawów echowych, jako mechanizmów niższych mowy. To właśnie rozumowanie byłoby tłumaczeniem uszkodzenia synaps według teorii *Gurewicza*, synaps na najwyższych piętrach dróg mowy i tłumaczyłoby wyzwolenie niższych mechanizmów mowy. Również częstość iteracji w mowie omamów słuchowych, zwłaszcza w przypadkach z nieznacznymi objawami organicznych uszkodzeń mózgu, w których mowa potoczna nie wykazuje żadnych podobnych zaburzeń, przemawia za mechanizmem odhamowań leżącym u podstawy powstawania omamów słuchowych, jest to mowa bowiem, bardziej automatyczna i mniej kontrolowana przez świadomość jak mowa potoczna i dlatego łatwiej urażalna przez szkodliwość ustroju nie uszkadzające jeszcze mowy potocznej. Czynniki organiczne takie, jak upośledzenie słuchu, szумы w uszach ułatwiają powstawanie omamów, lecz ich nie determinują.

Dr Jus — odpowiedź w dyskusji. — (elektroencefalografia). Przy zmianach jakościowych elementów nerwowych (zapalenia, zwyrodnienia) zmiany eeg. są zazwyczaj wyraźniejsze podczas gdy zmiany ilościowe funkcji (ich zanik) tych zmian zazwyczaj nie dają. Tym prawdopodobnie należy tłumaczyć dynamikę zmian eeg. w przebiegu chorób mózgu. W schizofrenii badania eeg. są dlatego ważne i ciekawe, że metoda elektroencefalograficzna daje często możliwość uchwycenia zmian i odchyleń funkcji centralnego układu nerwowego, podczas gdy metody morfologicznych badań przy współczesnej metodyce histopatologicznej nie dają na razie możliwości wykrycia tych zmian.

Dr Semadeni — odpowiedź w dyskusji. W pracy swej starałem się właśnie wykazać, że zmiany elektroencefalograficzne stoją w związku z cechami epileptoidalnymi u badanych, a nie ze zmianami funkcjonalnymi psychonerwicy. Wynik elektroencefalograficzny nawet typowy dla padaczki bez poparcia klinicznego nie upoważnia nas do rozpoznania padaczki. Dlatego na zebranym materiale oparliśmy się na poradni klinicznej i zachowaliśmy rozpoznanie psychonerwicy.

Dr *Rostafiński*. — odpowiedź w dyskusji. Stwierdza się 2 grupy zarzutów w odniesieniu do mojej pracy:

1) o szkodliwości preparatu,

2) o fakcie dokonywania prób na chorych i wyboru materiału chorych.

ad 1) Samo działanie jest szkodliwe, bo daje zmiany psychopatologiczne, ale trwałych zmian nie stwierdziłem.

ad 2) Celem prób było skontrolowanie i porównanie zwiadywań występujących po podaniu LSD z samoistnymi halucynacjami padaczkowych.

Uważam, że podanie podobnego preparatu chorym jest wskazane, ponieważ ewentualne wnioski mogą się przyczynić do wyjaśnienia mechanizmu zmian chorobowych na drodze porównania wyników, otrzymanych u ludzi zdrowych i chorych.

Może to mieć znaczenie dla leczenia.

Następnie wygłoszono referaty:

1) E. *Brzezicki* (Klinika Psychiatryczna, Kraków): „O paragnomen w schizofrenii i o niektórych formach myślenia patologicznego“. Streszczenie referatu w załączeniu.

2) J. *Krasowska* (Klinika Psychiatryczna, Tworki): „Czynnik zatrucia alkoholowego w rozwoju zmian psychicznych u młodzieży“. Streszczenie w załączeniu.

3) T. *Bilikiewicz* (Klinika Psychiatryczna, Gdańsk): „Pierwsze doświadczenia z topektomią“. Streszczenie w załączeniu.

4) *Malinowski* (Klinika Psychiatryczna, Gdańsk): „W sprawie przymusowego leczenia alkoholików“. Streszczenie w załączeniu.

W tym miejscu Przewodniczący zarządził przerwę do godz. 15,30.

Eugeniusz Brzezicki, Kraków.

O PARAGNOMEN W SCHIZOFRENII I O NIEKTÓRYCH FORMACH MYŚLENIA PATOLOGICZNEGO

Od roku 1946 w czasie wykładów moich wspominam o *paragnomen*. Dziś po czterech latach dokładnych badań, które dalej prowadzę na Klinice, uważam, że *paragnomen* jest częstym objawem schizofrenicznym. Spotykany jest jednak także wśród niektórych psychopatów. Dotąd spotykałem *paragnomen* tylko wśród tzw. autotypików (schizotypików) i skirtotypików. Do *paragnomen* zaliczam pomysły, względnie fantazje spontaniczne, nie biegnące w myśli determinanty przewodniej), a więc powstające wbrew oczekiwaniu „*praeter expectationem*“ bez wyraźnego zabarwienia efektywnego, niezrozumiałe dla otoczenia i często dla samego chorego. Mam wrażenie, że *paragnomen* mniej zależy od sfery wolicjonalno-afektywnej niż pomysły wzgl. fantazje spontaniczne. Dzieje się tak moim zdaniem dlatego, że determinanta myślowa jest przez motywy i cel najsilniej związana ze sferą uczuciowości. Motywy i cel w *paragnomen* nie są najważniejszymi składnikami tego kompleksu myślowego. Każdy kompleks myślowy jest związany z całością życia psychicznego, jednak pewne kompleksy są silniej, a drugie słabiej związane z życiem uczuciowym. Kompleksy paragnomiczne zwykle prą z wielką siłą do wylądowania się w słowie lub czynie. Wykazują zatem duży dynamizm intrapsychiczny i są zatem zaburzeniem normalnego dynamizmu myśleniowego jako komponenty ogólnego podstawowego dynamizmu intrapsychicznego. Są spotykane u 60% schizofreników, którzy nie stracili jeszcze inicjatywy myślowej. Spotyka się go częściej jak objaw inicjalny. Powstaje w postaci bezsłownej „niepokojącej“, by za chwile zamienić się w formę słowną lub od razu powstaje w formie słownej. Zależy to od typu myślenia słownego i koncep-

towego, a mianowicie czy myślenie u osobnika danego jest od razu ubrane w szatę słowną.

Mam wrażenie, że z powodu częstości występowania objawu paragnomicznego w schizofrenii mamy prawo przypuszczać, że *paragnomen* można uważać za osiowy i zasadniczy objaw schizofreniczny obok innych objawów osiowych. Proponuję zatem następującą krótką definicję schizofrenii:

Schizofrenię jako psychozę można rozpoznawać, jeśli u osobnika stwierdzimy następujące objawy:

a) Autyzm spotykany na podstawie własnych badań, najczęściej gdyż w 90% u mężczyzn, a w 51% u kobiet.

b) Zmianę w postępowaniu lub myśleniu zauważoną przez otoczenie lub samego chorego, świadcząca o załamaniu się linii wytycznej życiowej jako rzeczywisty i właściwie jedyny dowód powstania procesu psychotycznego (87% u mężczyzn, 85% u kobiet).

c) *Schisis*, rozszczepienie w myśleniu, w życiu afektywno-wolicjonalnym, dysharmonię między myśleniem a uczuciem, nastrojem lub działaniem (70% u mężczyzn, 58% u kobiet).

d) *Paragnomen* czyli myśli lub postępowanie wbrew oczekiwaniu spotykane u badanych z jeszcze zachowaną inicjatywą myślową i ogólną intrapsychniczną (55% u mężczyzn, 70% u kobiet), który jest raczej objawem wstępnym, lub aspontaniczność, tzn. abulję czyli brak pragnień i dążeń jako dowód stopnia dynamiki intrapsychnicznej i inicjatywy. Punkt d) wywołuje u otoczenia największe zaniepokojenie, ponieważ tak *paragnomen* jak i *abulia* są dla nich niezrozumiałe.

Oczywiście zdają sobie sprawę z tego, że powyższe czteropunktowe określenie schizofrenii nie jest dostatecznie jasne i proste.

Badania moje dotychczas przeprowadziłem na 300 schizofrenikach.

Obecnie przeprowadzać będę dalsze badania na większym materiale klinicznym.

Z powyższego wynika, że wydaje mi się, iż *paragnomen* jest objawem w tej postaci nie opisanym, oraz że w schizofrenii wiele zaburzeń wydaje się być nie tyle pochodzenia talamicznego czyli afektywno-wolicjonalnego co czołowo — wegetatywnego pod postacią aspontaniczności w pewnych przypadkach, a dyspontaniczności w innych.

Krasowska Janina, Klin. Psych. w Warszawie

CZYNNIK ZATRUCIA ALKOHOLEWEGO W ROZWOJU ZMIAN PSYCHICZNYCH U MŁODZIEŻY

Zestawienie obejmuje 40 przypadków spostrzeganych w Klinice Psychiatrycznej Akademii Lekarskiej w latach od 1946 do 1949.

Rozważanie dotyczy osobników w wieku od lat 15 do 26, z których wszyscy rozpoczęli nałogowe spożycie alkoholu między 10 a 16 rokiem życia.

Zmiany spostrzegane dadzą się ująć w następujące grupy:

1. zaburzenia przewlekłe,
2. zmiany psychotyczne ostre,
3. zmiany psychotyczne przewlekłe.

Na ogólną sumę 40 przypadków w 38 spostrzegano degradację psychiczną w zrozumieniu psychiki jako całości i jedności życia intelektualnego i uczuciowego.

O degradacji psychicznej stanowią:

1. osłabienie zdolności do analizy i syntezy, które jak wiadomo są przejawem elementarnej i podstawowej własności kory mózgowej jaką jest pobudliwość, która z kolei jest właściwą zdolnością kory do engrafii. Klinicznie wyraża się to zmniejszeniem sprawności intelektualnej, zubożeniem treści myślowej i osłabieniem pamięci.

2. osłabienie zdolności do wprowadzania w życie istniejących w umyśle, dowolnie wypowiedzianych, zasad etycznych, estetycznych, naukowych i użytkowych, co świadczy o ubytku w syntezie psychicznej, jako całości, a klinicznie znajduje swój wyraz w powszechnie znanej patologicznej zmianie charakteru. W odróżnieniu od ogólnego stopienia uczuciowego, jakie spotykamy w schizofrenii, w omawianych przypadkach stwierdzono zwykły charakterystyczny dla zatrucia alkoholowego izolowany zanik uczuć wyższych przy jednocześnie dobrze zachowanych bezpośrednich reakcjach uczuciowych bliższych swoim charakterem popędowi. Klinicznie wyraża się to brakiem mocnych kierowniczych tendencji do utrzymania na właściwym poziomie społecznym przyszłości własnej lub rodziny.

Stopień degradacji był różny, właściwy dla każdego przypadku. Nie we wszystkich przypadkach udało się ustalić dokładnie jaki czas upłynął od chwili nałogowego spożycia alkoholu aż do chwili wystąpienia pierwszych objawów degradacji psychicznej, tzn. takich objawów, które zostały spostrzeżone i jako takie podane przez otoczenie. Jednak przeciętny czas leży w granicach od roku do pięciu lat, w jednym przypadku do lat siedmiu. We wszystkich przypadkach spożycie alkoholu wahało się od paru kieliszków do tzw. $\frac{1}{4}$ l l do 2 razy tygodniowo. Zwykle była to wódka, w jednym wypadku spirytus, a w czterech „bimber“. Wino i piwo stanowiło tylko nieznaczny dodatek u poszczególnych osobników. Oczywiście chodziło tu głównie o początkowy okres nałogowego spożycia alkoholu w wieku od 10 do 18 lat bez przerw.

3. Do drugiej grupy zostało włączone 18 przypadków, w których wystąpiły objawy ostrej psychozy alkoholowej. W jednym przypadku halucynozą *Wernicke* ze znakiem zapytania — w pozostałych 17 — stan delirijny. W tej liczbie tylko w 6 przypadkach u osobników w wieku od lat 20 miało charakter właściwego *delirium tremens* o przebiegu i obrazie typowym jednak z pewną skłonnością do przedłużenia się. W 4 przypadkach czas trwania sięgał 12 dni, w dwóch pozostałych sięgał 8 tygodni. Pozostałe przypadki dotyczyły osobników w wieku 16 i 17 lat, którzy pili duże ilości alkoholu od roku do lat 5 przed wystąpieniem objawów *delirium*. Spostrzegane stany deliryjne miały przebieg nietypowy, zarówno pod względem obrazu psychopatologicznego jak i czasu trwania oraz zejścia. Pojawiały się zwykle nagle, niekiedy tylko poprzedzane okresem parodniowym złego samopoczucia. Trwały długo, bo od 2 do 6 tygodni, a w jednym przypadku nawet do 3 miesięcy. Miały zejście łagodne, z powolnym zanikaniem objawów i kończyły się zwykle dość nagle wyjściem ze stanu zamroczenia. Potem następowała zwykła w tych razach amnezja. W 6 przypadkach na 12 omawianych zejście nastąpiło w kierunku powrotu do zdrowia, w pozostałych przeszło w stan przewlekłych zmian psychicznych bezpośrednio lub w jakiś czas za „wyzdrowieniem“. Wszystkie przypadki stanu delirijnego cechowały poza zamroczeniem i plus-minus typowymi omamami wzrokowymi — lęki, ucieczki, omamy słuchowe, podniecenie psychoruchowe, narastające niekiedy do stanu przypominającego maniakałny, urojenia o treści prześladowczej, bohaterkiej, wielkościowej lub wręcz fantastycznej, robiące czasem wrażenie przeżyć i obrazów marzenia sennego, a w jednym — przypominało film.

4. Wreszcie w 10 przypadkach na 12 spostrzeganych stwierdzono dość wyraźne objawy psychiczne wieku pokwitania. Szczególnym jest, że na 9 przypadków alkoholizmu przewlekłego u osobników w wieku od 20 do 26 lat, jakie zostały włączone w listę omawianych 40, w 5 przypadkach zostały stwierdzone pozostałości wieku pokwitania, co pozwala 5 na 9 osobników zakwalifikować jako niedojrzałych psychicznie.

5. Trzecią grupę obejmuje 10 przypadków przewlekłych zmian psychotycznych, w których pojawienie się przewlekłych zmian psychotycznych było następstwem zejścia stanów deliryjnych lub wystąpiło niezależnie od nich. We wspomnianym przypadku halucynozy *Wernickego* ze znakiem zapytania rozwinęła się w dalszym przebiegu rzadko wśród dorosłych spotykana postać przewlekłej halucynozy, poprzedzona zapaleniem nerek po zatruciu „bimbrem“, degradacją psychiczną, osłabieniem aktywności spontanicznej, ogólnym wycieńczeniem fizycznym i objawami neurologicznymi. U osobników młodszych podobne przypadki nie zdają się być równie rzadkie jak u dorosłych, skoro na skromną zresztą ilość ogółem wziętych 40 przypadków udało się stwierdzić ją na różnym poziomie jej przebiegu aż w 6 przypadkach.

Jednak mała ilość przypadków tych jak i pozostałych obrazów psychotycznych przewlekłych nie pozwala na bliższe na razie ich omawianie poza zwykłym doniesieniem.

Dalsze spostrzeżenia w tym kierunku dostarczą być może materiału do rozważania i do wyjaśnienia tych zagadnień.

Tadeusz Bilikiewicz, Stanisław Nowicki, Ludomir Sedlaczek-Komorowski

PIERWSZE DOŚWIADCZENIA Z TOPEKTOMIĄ PRZEDCZOŁOWĄ

Coraz liczniejsze doniesienia, opisujące uboczne skutki psychiczne zabiegów psychochirurgicznych typu leukotomii, dowodzą że operacje te pociągają za sobą niemal z reguły poważne, czasem wręcz tragiczne zaburzenia osobowości, upośledzenie wyższych czynności intelektualnych, zanik napędu psychoruchowego oraz zwyrodnienie w zakresie uczuciowości wyższej. Zarówno klasyczna leukotomia przedczołowa, jak też i jej rozmaite modyfikacje i udoskonalenia, dają w wyniku pewien odsetek śmiertelności. Z danych piśmiennictwa wynika, że topektomia przedczołowa nie przedstawia tych wszystkich niebezpieczeństw, chociaż zabieg ten jest technicznie poważniejszy i trwa znacznie dłużej. *Poll* na 125 operowanych przypadków nie miał ani jednego zgonu. Ponieważ zabiegu tego dokonywano częstokroć u ludzi umyślowo zdrowych, ze wskazań takich jak nieuleczalne bóle, psychopatie, nerwica natręctw itd. mamy dzisiaj już dość dobry wgląd w skutki psychiczne, jakie prowadzi topektomia. Ujemne następstwa zdają się wyrażać tylko pewnym zmniejszeniem napędu psychoruchowego, nie widzi się natomiast wspomnianych na wstępie ciężkich zaburzeń wyższych czynności psychicznych, spostrzeganych u chorych leukotomizowanych. Wskazania do topektomii są te same co do leukotomii. Na ich czele wymienić trzeba wszelkie stany podniecenia psychoruchowego, nie dające się opanować metodami konserwatywnymi, skłonność do działań impulsywnych i natręctwa myślowo-ruchowe. *Le Beau* zauważył natychmiastowy zanik głodu morfinowego, co prawdopodobnie pozwoli rozszerzyć zakres wskazań na narkomanie, a może i ciężki alkoholizm. Z ostatnich spostrzeżeń *Poola* zdaje się wynikać, że poprawa w sta-

nach podniecenia psychoruchowego występuje właściwie dopiero w 3 do 4 miesięcy po zabiegu. Wszyscy zgodni są z tym, że ból jako przykre uczucie znika natychmiast po zabiegu, aczkolwiek utrzymuje się nadal ból jako wrażenie zmysłowe. Takie samo rozczepienie dotyczy i szeregu objawów psychotycznych, np. omamów i urojeń, które nie znikają, jednakże zatracają swój ton uczuciowy, a tym samym przestają być czymś męczącym. To samo można powiedzieć o natręctwach myślowych. Stanie się to niewątpliwie kopalnią zupełnie nowych badań i odkryć kliniczno-psychopatologicznych i psychofizjologicznych.

Jak należy topektomię wykonać, aby wydobyć z niej najwyższą skuteczność a zarazem uniknąć szkodliwości, o tym nie powiedziano jeszcze ostatniego słowa. W każdym razie skrawek wyciętej kory mózgowej powinien być dość pokaźny, różnie wielki zależnie od wskazania, dla którego zabieg podejmujemy. Pool doszedł ostatnio do wniosku, że u schizofreników (i w innych psychozach) należy usuwać do 30 g świeżej substancji, natomiast u umysłowo zdrowych nie należy usuwać więcej niż 20 g. W tym ostatnim przypadku groziłyby już zaburzenia osobowości, które u psychotyków z natury rzeczy musi się ryzykować, byleby osiągnąć istotną poprawę w stanie psychicznym. Zaburzenia osobowości grożą również, jeśli usunie się korę mózgową poza szwem wieńcowym. Usuwanie zbyt małych skrawków kory np. tylko w obrębie pola *Brodmanna* 9 lub 10, jest niewystarczające. Wycięty obustronnie skrawek obejmować powinien obydwie wspomniane pola, a nawet pole 46. Naruszenie pola 45 jest niebezpieczne, a pole 11 — zbędne.

Referat niniejszy ma charakter doniesienia tymczasowego, gdyż doświadczenia autorów są bardzo skromne. Dotyczą one na razie tylko dwóch przypadków, operowanych w I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Gdańsku przez prof. *Nowickiego*.

Przyp. I. Dziewczynka 1. 14. B. B., ciężko obciążona dziedzicznie. Choroba rozpoczęła się stopniowo przed trzema laty powoli narastającymi zaburzeniami charakterologicznymi o typie schizofrenii prostej. Po upływie roku wytworzył się wyraźny zespół hebefreniczny. Leczenie wstrząsami elektrycznymi i insulinowymi oraz dwukrotne leczenie uspieniem elektrycznym dawało tylko krótkotrwałą, częściową poprawę. Utrzymujący się stan podniecenia psychoruchowego z błaznowaniem stanowił wskazanie do topektomii, którą wykonano 4. IV. 1950 po stronie prawej, a 9. V. 1950 po stronie lewej.

Przyp. II. Chłopiec 1. 8. S. M., u którego rozpoznano zaburzenia charakterologiczne z niedorozwojem umysłowym na poziomie idiotyzmu oraz eretyzmem po przebyłym zapaleniu mózgu. Wspomniany czynnik etiologiczny nie był podany w wywiadzie. Pneumoencefalografia nie dawała również podstaw do wymienionego rozpoznania, które ustalono wyłącznie na podstawie obrazu klinicznego. Przeprowadzone przed dwoma laty w Szpitalu w Dziekanie leczenie wstrząsami elektrycznymi nie dało poprawy. Takież leczenie zastosowane w Klinice Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Gdańsku okazało się również bezskuteczne. Utrzymujący się od wielu lat stan podniecenia psychoruchowego z popędami niszczycielskimi stanowił wskazanie do topektomii, którą wykonano 13. IV. 1950 obustronnie.

Technika zabiegów

Zabiegi były wykonywane w uspieniu mieszanym eteru z tlenem drogą dotchawiczą lub przy użyciu szczelnej maski. Chorzy otrzymywali w czasie operacji i po

niej kroplówkę dożylną z krwi konserwowanej w ilości ok. 1 l. Cięcia skórne wykonywano na wysokości szwu wieńcowego w postaci podkowy, której ramiona niemal opierały się w połowie kości jarzmowej. Cały płat skórny odpreparowano aż do linii łuków brwiowych. Tworzono po obu stronach płaty okostno-kostne uszypułowane na mięśniuni skroniowym długości około 7 cm, a szerokości ok. 5 cm. Rozmiary tych płatów były dostosowane do wielkości operowanych dzieci. Dolny brzeg płaty znajdował się tuż powyżej zatok czołowych. Między płatami pozostawało wąskie przeszło kości w linii środkowej.

Oponę twardą nacinano krzyżowo. Po odsłonięciu powierzchni mózgowia, w razie zbyt dużego wypuklenia jego powierzchni nakłuwano przedni róg komory i wypuszczano płyn mózgowo-rdzeniowy, aby stworzyć dogodniejsze warunki do zabiegu. Naczynia dochodzące do granic pola 9 i 10, a częściowo także pola 46 najpierw koagulowano, a większe z nich ujmowano w srebrne zaciski. Tkankę mózgową usuwano na powierzchni ok. $6 \times 4,5$ cm, posuwając się w głąb na 1,5 cm aż do obrębu istoty białej. Do cięcia używano noża elektrycznego lub skalpela. Tworzono albo cały blok z tkanki mózgowej i wtedy osiągnęto wagę usuniętego mózgu około 15 g. z każdej strony, albo oddzielano tkankę stopniowo za pomocą pętli elektrycznej. Przy tym ostatnim sposobie nie można było zważyć usuniętej tkanki. Krwawienie w ranie mózgowej tamowano bardzo starannie za pomocą srebrnych zacisków oraz koagulacji. W razie skurczenia się płatów przeciętej opony, co nie pozwalało na dokładne jej zeszytanie, używano wolnego przeszczepu z szerokiej powięzi uda. Płaty kostne umieszczano z powrotem w swoje miejsca i utrzymywano je we właściwym położeniu przez zeszytanie ich okostnej. Szew skóry był dwuwarstwowy.

W pierwszym przypadku, operowanym w uśpieniu dotchawiczym, występował kurcz oskrzeli, co wywołało poważne zaburzenia w oddychaniu i krążeniu. Dlatego przestano na operacji jednostronnej, a później wykonano zabieg po drugiej stronie.

W y n i k i

Okres spostrzegania pooperacyjnego jest oczywiście zbyt krótki, a materiał kazuistyczny zbyt skromny, by wolno było wysnuwać z poczynionych spostrzeżeń jakieś dużo mówiące wnioski. Można było jednak stwierdzić, że przy prawidłowej technice operacyjnej i troskliwej opiece pooperacyjnej zabiegi te nie przedstawiają poważnego niebezpieczeństwa. Oboje chorzy nie doznali żadnych szkód somatycznych. To samo można powiedzieć o następstwach psychicznych: nie stwierdzono w każdym razie żadnych ubytków intelektualnych czy uczuciowych. W przypadku pierwszym jak dotąd — nie dało się stwierdzić ani po jednostronnym, ani po obustronnym zabiegu korzystnego wpływu na proces schizofreniczny. Nie ustąpiło również podniecenie psychomotoryczne, ten tak przykry objaw hebefrenii. Nadal utrzymuje się błaznowanie, a nawet impulsywność. Pokrywałoby się to z ostatnimi doniesieniami *Freemana*, który w psychozach radzi, wbrew ostrzeżeniom *Poola* i *Le Beau*, topek-tomię również w zakresie *gyrus cingulatus*. Natomiast w drugim przypadku daje się zauważyć dość wyraźnie uspokojenie chorego: znikły złośliwe, niszczycielskie popędy chłopca, znikła jego krzykliwość, stał się on przystępniejszy, a więc i podatniejszy na wpływy wychowawcze. Zachowuje się on mniej więcej jak półtoraroczne dziecko, bardzo żywe, o zmiennej uwadze, ale wykazujące zainteresowanie rozmaity-

mi przedmiotami: doбира klucz do zamku, zna mechanizm otwierania i zamykania zatrasku teczki, zgłasza potrzeby fizjologiczne, przygląda się obrazkom w książce, nie niszcząc jej złośliwie, wita się i żegna, pozwoli sobie odebrać przedmiot z ręki, nie oddziaływując na odbieranie jak dawniej wybuchem złości, pozwoli się spokojnie rozbiierać i ubrać, spełnia prostsze polecenia. Nawet zapas jego słów zdążył się o kilka niewyraźnie wymawianych wyrazów wzbogacić. Widać też, że rozumie on znacznie więcej wyrazów, niż ich potrafi wypowiedzieć. Pokaz tego przypadku nie jest może efektowny, gdyż chodzi tu o ciężki niedorozwój umysłowy. Ale wszystko przemawia za tym, że poprzedni eretyzm zmniejsza się. Z powyższych nader skromnych wyników można wysnuć pewne wnioski. Topektomia przedczołowa nie jest takim cudem, jak to w pierwszym porywie entuzjazmu można się było spodziewać. Poól każe się spodziewać uspokojenia w przypadkach podniecenia psychoruchowego dopiero po upływie 3—4 miesięcy. Dlatego nawet co do pierwszego przypadku nie tracimy jeszcze nadziei.

Wnioski

Ostatnie wypowiedzi *Freemana*, a także wgląd w coraz to częściej ogłaszane statystyki osiągniętych wyników oraz materiały kazuistyczne z analizą stanu psychicznego przed i po operacji, wszystko to pozwala na pewne ostrożne wnioski. Topektomia mimo wszystko zdaje się nie sprowadzać uspokojenia psychomotorycznego w większości przypadków, zwłaszcza jeżeli ogranicza się do usunięcia zbyt małych ilości kory mózgowej. *Freeman* żąda ostatnio usuwania do 35 g świeżej substancji po każdej stronie. Amputacje te osiągają już takie rozmiary, że napewno muszą sprowadzić ciężkie zaburzenia osobowości, napędu psychoruchowego, życia uczuciowego i wyższych czynności intelektualnych. W tych warunkach zatracamy to, co właśnie stanowiło wyższość topektomii nad lobotomią. Topektomię w mniejszych rozmiarach, do 20 g kory, radzi *Freeman* robić w przypadkach niepsychotycznych. Z powyższego zdaje się wynikać, że dopóki eksperymenty psychochirurgiczne nie doprowadzą do ostatecznego wykształcenia metodyki operacyjnej, nie rozstrzygną wciąż jeszcze spornych zagadnień wyboru pola, które ma być usunięte i nie ustalą definitywnie zakresu wskazań dla takiego lub innego zabiegu psychochirurgicznego, powinniśmy doraźnie trzymać się zasady zadania choremu jak najmniejszej szkody dla osiągnięcia jak największej korzyści leczniczej. Wydaje mi się, że topektomia w małym zakresie, a więc np. ograniczająca się do pół 9, 10 i co najwyżej 46, z usunięciem nie więcej niż 20 g kory po każdej stronie, wskazana jest w przypadkach, gdy chodzi o ludzi umysłowo zdrowych, a więc przy operacji podjętej dla usunięcia nieuleczalnych bólów, w przypadkach nerwicy, natręctw itd. Natomiast lobotomia wskazana jest tam, gdzie chodzi o ciężkie psychozy z podnieceniem psychomotorycznym. Dzisiaj na świecie przeprowadza się coraz więcej doświadczeń nad udoskonaleniem lobotomii, a więc studia nad skutkami lobotomii górnej i dolnej, przedniej i tylnej itd. Ogromnym postępem zdają się zabiegi typu lobotomii, wykonywane pod kontrolą wzroku, a więc przy szerokiej trepanacji czaszki. Równie obiecująco wyglądają pierwsze doniesienia o talamotomii, o której dotąd nie posiadamy żadnych bliższych wiadomości ani co do techniki operacyjnej, ani co do wskazań. Na polu psychochirurgii zawczasie jeszcze na konserwatywne trzymanie się tylko jednego typu operacji. Doświadczenie chirurgiczne zrodziło się z rozważań teoretycznych i na odwrót, z doświadczenia chirurgicznego płyną coraz głębsze wnioski teoretyczne.

Dlatego psychochirurgia zasługuje na jak najżywsze poparcie miarodajnych czynników, zwłaszcza iż daje ona możliwość złagodzenia losu tych ogromnych mas chorych, wobec których psychiatrzy stali dotąd w postawie fatalistycznej bezradności.

Dr med. *Adolf Malinowski*

G d a ń s k

W SPRAWIE PRZYMUSOWEGO LECZENIA ALKOHOLIKÓW

W walce z alkoholizmem zadaniem lekarzy jest akcja zapobiegawczo-uświadamiająca i leczenie. Każdy alkoholik jest przede wszystkim chory: w ostrym alkoholizmie zachodzi ostre zatrucie alkoholem z ewentualną ostrą psychozą (sztucznie wywołaną, o szybkim przebiegu i dobrym rokowaniu), w alkoholizmie przewlekłym mamy przewlekłe zaburzenia psychiczne (zmiany charakteru, upośledzenie sprawności psychicznej, zaburzenia w sferze uczuciowości i woli, psychozy). Jako chory, alkoholik w każdym przypadku powinien najpierw trafić do lekarza. Włóczenie alkoholików po komisariatach milicyjnych i pozostawianie ich tam do wytrzeźwienia bez pomocy lekarskiej jest przeżytkiem, powinno być uznane za niehumanitarne i sprzeczne z wymogami nauki lekarskiej.

Należy utworzyć przy każdym Pogotowiu Ratunkowym, względnie przy Ośrodkach Zdrowia specjalne, czynne przez całą dobę, stacje wytrzeźwień, na które milicja powinna kierować każdego, zatrzymanego w stanie nietrzeźwym, od razu przed ewentualnym wyciągnięciem następstw, wynikających z ustawy przeciwalkoholowej lub kodeksu karnego. Najczęściej, po przepłukaniu żołądka i podaniu właściwych leków ofiara alkoholu będzie mogła wrócić do swego domu; w razie dokonania po pijanemu przestępstwa, po uprzednim zbadaniu przez lekarza stanu poczytalności, będzie przekazana do aresztu; w razie stwierdzenia poważniejszych zaburzeń psychicznych lub alkoholizmu nałogowego zostanie skierowana do szpitala psychiatrycznego.

W ten sposób rozpoczynałby się pierwszy etap przymusowego leczenia alkoholików.

Stacje wytrzeźwień powinny prowadzić ewidencję pijaków, obciążając ich osobście kosztami udzielonej pomocy lekarskiej, niezależnie od kary administracyjnej za opilstwo, przewidzianej przez ustawę przeciwalkoholową. Przy powtórnych zatrzymaniach należałoby przez zawiadomienie odpowiednich władz i instytucji społecznych (warsztaty pracy, związki zawodowe, partia itd.) spowodować przymusowe leczenie alkoholików w poradniach przeciwalkoholowych (przy poradniach zdrowia psychicznego lub przy ośrodkach zdrowia). Taki przymus można by uzyskać przez warunkowe zawieszenie kary administracyjnej, ewentualnie darowanie jej po wykazaniu się przebyłym leczeniem w poradni.

W razie bezskuteczności leczenia poradnianego lub odmowy tego leczenia pozostawałoby skierowanie do szpitala psychiatrycznego. Okres leczenia szpitalnego powinien trwać dłuższy czas. Do tego potrzebna jest ustawa, zezwalająca na przetrzymywanie przymusowe alkoholików w szpitalach aż do wyleczenia się z nałogu. Wniesiona do Sejmu ustawa o ochronie zdrowia psychicznego ludności zawiera artykuły o przymusowym leczeniu alkoholików, lecz ze względu na złożone zagadnienia tej ustawy nie można spodziewać się jej szybkiego uchwalenia, wobec czego należałoby wydać tymczasowe rozporządzenie o leczeniu przymusowym.

Właściwe traktowanie alkoholików, jako chorych na skutek zadziałania trucizny, ułatwi pracę zapobiegawczo-uświadamiającą w walce z alkoholizmem i może wpłynąć na zmniejszenie się spraw karnych w sądzie z powodu uprzedniego badania pijanych przez lekarza oraz wyeliminowania osobników niepczytalnych. Ze względu na chorobliwy charakter zachowania się pijanego w ogóle, należałoby w przypadkach zwykłych awantur pijackich karać pijanych nie za poszczególne wypowiedziane słowa lub zdania lub napastliwe czyny dokonane, lecz za sam fakt upicia się i zakłócenia porządku publicznego.

Wobec odrzucenia przez kodeks karny poczytalności zmniejszonej w przypadku odurzenia alkoholowego (art. 18 § 2 kk) mamy fakt paradoksalny, że nietrzeźwy za swe niedorzeczne czyny odpowiada przed sądem tak samo, jak gdyby był całkiem trzeźwy i poczytalny, według całej surowości naruszonych artykułów prawa. Powyższe postępowanie sądu nie odpowiada logicznemu podejściu do zagadnienia, ma na celu jedynie względy wychowawczo-społeczne. Raczej należałoby podnieść kary za opilstwo, powodujące zakłócenia porządku publicznego, bez różnicowania poszczególnych momentów zachowania się pijanego, które wynikają przecież z zakłócenia jego sprawności psychicznej i zmniejszonej zdolności kierowania swym postępowaniem.

Przymus leczenia ułatwi pijakom właściwe leczenie się, da należną broń dla władz i organizacji społecznych, walczących ze szkodliwymi następstwami alkoholizmu, wreszcie zwolni nieszczęśliwe rodziny alkoholików od gehenny pijackiej w domu.

Wobec braku dostatecznej ilości lekarzy w ramach stacyj wytrzeźwień i poradni przeciwalkoholowych jest konieczna odpowiednia ilość społecznych higienistek, jako wyszkolonego personelu pomocniczego do walki skutecznej z alkoholizmem.

Referent zgłasza następujący wniosek:

XXIII Zjazd Psychiatrów Polskich we Wrocławiu apeluje do Ministerstwa Zdrowia:

- 1) o wydanie tymczasowego rozporządzenia o przymusowym leczeniu alkoholików w poradniach przeciwalkoholowych i szpitalach psychiatrycznych (do czasu uchwalenia przez Sejm ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ludności);
- 2) o utworzenie przy Pogotowiu Ratunkowym, względnie Ośrodkach Zdrowia, czynnych przez całą dobę stacyj wytrzeźwień, na które milicja powinna kierować każdego zatrzymanego w stanie nietrzeźwym przed wyciągnięciem w stosunku do niego następstw, wynikających z ustawy przeciwalkoholowej lub kodeksu karnego;
- 3) o stworzenie przy poradniach przeciwalkoholowych i stacjach wytrzeźwień kadr higienistek społecznych, specjalnie wyszkolonych do prac pomocniczych — lekarskich w walce z alkoholizmem.

POSIEDZENIE POPOŁUDNIOWE

w drugim dniu Zjazdu dnia 29.V.50 r. w świetlicy Państwowego Szpitala Klinicznego Oddz. Nr 2 (dawny Szpital Psychiatryczny). Początek godz. 16-ta.

Przewodnictwo: jak w czasie obrad porannych. Sekretarzuje: dr *Schramowa*.

Dyskusja:

1. *Zajączkowski* — nad referatem *Krasowskiej, Malinowskiego i Bilikiewicza*.
2. *Cwynar* — nad referatem *Malinowskiego i Bilikiewicza*.
3. *Handelsman* — „ „ *Krasowskiej i Malinowskiego*.
4. *Ałapin* — „ „ *Krasowskiej*.
5. *Sikorska* — zrzekła się głosu

- | | | |
|------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| 6. <i>Baniewicz</i> | — nad referatem | <i>Bilikiewicza i Krasowskiej</i> |
| 7. <i>Korzeniowski</i> | — „ „ | <i>Malinowskiego</i> |
| 8. <i>Bielawski</i> | — „ „ | <i>Bilikiewicza</i> |
| 9. <i>Jus</i> | — „ „ | <i>Bilikiewicza</i> |
| 10. <i>Adolph</i> | — „ „ | <i>Malinowskiego</i> |
| 11. <i>Falkowski</i> | — „ „ | <i>Malinowskiego</i> |
| 12. <i>Stryjeński</i> | — „ „ | <i>Malinowskiego i Brzezickiego.</i> |

Odpowiedzi referentów:

1. *Brzezicki*
2. *Krasowska*
3. *Bilikiewicz.*

Wypowiedzi w dyskusji i odpowiedzi referentów w załączeniu.

Po przerwie, w czasie której odbyło się zwiedzanie Kliniki Psychiatrycznej i podwieczerek, odbyło się 25 Walne Zebranie Polskiego T-wa Psychiatrycznego.

Dr *Zajączkowski* — dyskusja nad referatem dr *J. Krasowskiej* i dr *Malinowskiego*, oraz prof. *Bilikiewicza*.

Wyraża przypuszczenie, że część przypadków wczesnego alkoholizmu dr *Krasowskiej*, dotyczy alkoholizmu epizodycznego na tle rozpoczynającego się procesu schizofrenicznego w okresie początkowym choroby, kiedy niepokojące uczucie utraty kontaktu z rzeczywistością jest częściowo kompensowane w stanach alkoholowych. Z biegiem rozwoju psychozy tego rodzaju skłonności do alkoholu samoistnie wygasają.

Do referatu dr *Malinowskiego* i jego rozważań nad różnym ustosunkowaniem się do sprawy kwalifikacji prawnej czynów alkoholików dr *Zajączkowski* przypomina, że już w 4 wieku przed Chrystusem prawodawca *Pittacus* na wyspie *Elbos* wydał edykt na mocy którego wymiar kary w przestępstwach związanych ze stanami alkoholowymi był podwójnie surowy.

Do referatu prof. *Bilikiewicza* dr *Zajączkowski* komunikuje o ukazaniu się sprawozdania *Spregela i Wycisa* z Filadelfii o 44 przypadkach leczonych talamotomią, polegającą na uszkodzeniu jądra grzbietowo-środkowego, *thalamus* w niektórych wypadkach z następowym uszkodzeniem tylnej części *hypothalamus*. Autorzy mieli około 4% wypadków śmiertelnych. Sześciomiesięczna obserwacja pozwala mieć nadzieję na wielką rolę leczniczą tej operacji, przy czym autorzy podkreślają jej większą wartość leczniczą aniżeli leukotomia przedczołowa, gdyż a) nie daje zmian niekorzystnych osobowości jakie występują przy leukotomii b) nie daje blizn kory mózgowej i następowych ataków drgawkowych.

Dr *Cwynar* — w dyskusji nad ref. dr *Malinowskiego*, prof. *Bilikiewicza*.

Odnosnie referatu dr *Malinowskiego* chcę zaznaczyć, że szpital w Kobierzynie leżący na terenie dawniejszego zaboru autriackiego obowiązkowo zgłasza prokuratorze Sądu Okręgowego o przyjęciu każdego nowego chorego do szpitala psychiatrycznego. Przeprowadza się korespondencję i opiniuje się każdego chorego, gdyż zdaniem sądu w szpitalu psychiatrycznym może być zamknięty tylko człowiek ubezwłasnowolniony. Oczywiście prowadzi to do niepotrzebnej straty czasu, gdyż przy nowoczesnym leczeniu chory w ciągu kilku tygodni opuszcza szpital, a tymczasem w dalszym ciągu toczy się sprawa o jego ubezwłasnowolnienie. Należałoby na naszym Zjeździe zająć stanowisko wobec tej różnorodności prawnego traktowania psychicznie chorych na terenie Polski.

Oдноśnie referatu prof. *Bilikiewicza* wyjaśniam, że referat Dra *Mieniewskiego* i *Chojnowskiego* w „Sposzrzeżenia nad lobotomizowanymi“ spadł z programu, gdyż referenci nie przyjechali na Zjazd. Nie będę mówił o ciekawych spostrzeżeniach poczynionych przez obu autorów na materiale szpitala kobierzyńskiego. Zreferują to kiedyś wymienieni autorzy. Podam tylko wyniki 11 przypadków lobotomizowanych w naszym szpitalu, a więc 3 przypadki remisji bardzo dobrej, 1 przypadek remisji, która później uległa pogorszeniu utrzymując jednak zmienioną przez lobotomię sylwetkę psychiczną, z której znikły objawy autyzmu, negatywizmu i agresywności, natomiast pojawiły się po krótkim okresie remisji błaznowatość i zupełny brak poczucia odpowiedzialności. Innych 7 przypadków uległo poprawie o tyle, że są łatwiejsi do utrzymania w szpitalu. Wszystkie przypadki przed poddaniem ich lobotomii leczone były szereg lat różnymi metodami albo bez wyniku, albo z krótkotrwałym wynikiem dodatnim.

Prof. *Handelsman* — w dyskusji nad referatem Dra *Krasowskiej*, Dra *Malinowskiego*.

Zwraca uwagę na to, że w treści referatu Dr *Krasowskiej* uderzają trzy ważne sprawy: 1) nadużywanie alkoholu przez dzieci od 10—15 lat, w następstwie czego spostrzega się zaburzenia psychotyczne, 2) *delirium tremens* występujące już w wieku około 20 lat. Po trzecie Dr *Krasowska* zwraca uwagę na to, że zaburzenia psychiczne (np. schizofrenia) w przewlekłym alkoholizmie u młodzieży mają inną treść niż przypadki klasyczne. W odpowiedzi Dr *Zajączkowskiemu*, który przypuszcza, że alkoholizm może występować jako pierwszy objaw schizofrenii (w 18-tym roku życia) stwierdza, że takie przypadki się zdarzają, ale nie były podane w tymczasowym doniesieniu.

W dyskusji nad odczytem Dra *Malinowskiego* przypomina odpowiednie ustępy Kod. Kar. w Zw. Radzieckim, które ujmują sprawy odpowiedzialności alkoholika o wiele słuszniej niż tego pragnie Dr *Malinowski*.

Dr. *Atapin* — w dyskusji nad referatem Dr. *Krasowskiej*

W jaki sposób oceniano zmniejszenie zdolności do analizy i syntezy objawiające się między innymi zubożeniem treści myślowej i sprawności umysłowej, jeżeli z 40 pacjentów 18 przybyło w stanie psychozy, a wywiad ze środowisk, gdzie dzieci piją należy uważać za niemiarodajny. Część przypadków należy odrzucić ze względu na to, że są to schizofrenie częste w tym wieku jak np. opisany przypadek przewlekłej halucynozy z abiotrofią i 12 przypadków z 18 delirujących, które przeszły w przewlekłą psychozę. Uderza także zupełny brak drżenia w przypadkach opisanych w pracy jako *delirium tremens*.

Dr *Sikorska* zrzekła się głosu.

Dr *Baniewicz* — w dyskusji nad referatem prof. *Bilikiewicza*, dr *Krasowskiej*.

Zabiegi chirurgiczne na płacie czołowym (lobotomia, leukotomia itp.) ściśle wiążą się ze stanem naszych wiadomości o czynności płatów czołowych. W piśmiennictwie obserwujemy bardzo różnorodne publikacje dotyczące patologii płatów czołowych, które pod względem patognomicznym i obrazów psychotycznych nie są jednakowe. Przypuszczać należy, że rozwój obrazu psychotycznego zależy od złośliwości psychicznych przedchorobowych i możliwa przymieszka w schizofrenii cech cyklotymicznych „podtrzymujących podniecenie w schizofrenii“ jest ujemnym czynnikiem i może wpływać na rokowanie i celowość zabiegu chirurgicznego. Spostrzeżenia nad zjawiskami psychopatologicznymi na materiale chorych z urazami płatów czołowych (*Gurewicz* i inni) rzucają ciekawe światło na patogenęzę i charakter

obrazu psychotycznego po uszkodzeniu płatów czołowych. Duże wrażenie wywarł referat Dr *Krasowskiej*, który wydaje się po raz pierwszy w piśmiennictwie polskim, donosi o ciężkich uszkodzeniach alkoholowych u dzieci. Zagadnienie alkoholizmu u dzieci było omawiane szeroko przez *J. Gawrońskiego* (Rocznik Psych. Nr 16), który alarmuje o niebezpieczeństwie szerzenia się alkoholizmu u dzieci, ale nie podaje tak ciężkich obrażeń chorobowych u dzieci. Referat kol. *Krasowskiej* musi zwrócić uwagę Towarzystwa Psychiatrycznego, które powinno przyczynić się do zorganizowania walki w szkołach z szerzeniem się alkoholizmu u dzieci. Jest to obecnie niezorganizowane ze stratą dla młodzieży i społeczeństwa.

Dr O. *Bielawski* — w dyskusji nad referatem prof. *Bilikiewicza*.

W sanatorium dla Nerwowo Chorych w Kościanie leczyło się w czasie między 4.V.50 a 11.X.50 z rozpoznaniem schisophrenia 168 chorych.

Przeciętny czasokres, jaki upłynął od domniemanego początku choroby do początku czynnego leczenia wynosił 4 lata 1 miesiąc i 12 dni.

Przeciętny czasokres, jaki upłynął od domniemanego początku choroby do chwili rozpoczęcia aktywnego leczenia w schizofrenii prostej wynosił 5 lat 2 mies. 7 dni.

Wśród 168 leczonych tylko 52 chorych było skierowanych na leczenie stosunkowo niezbyt późno, bo przed upływem 1 roku. Zatem tylko w 30,8% przypadków zastosowano czynne leczenie w warunkach, w których były duże możliwości osiągnięcia dobrych wyników.

Przed upływem 1/2 roku od pierwszych objawów zachorowania zgłosiło się do leczenia zaledwo 25 chorych, a więc tylko 14,8%.

W jednym przypadku zgłosił się chory na leczenie po 21 latach choroby.

W dwóch przypadkach zgłosił się chory na leczenie po 15 latach choroby.

Według *Dussika* i *Sakela* trwała remisja następuje po leczeniu insulinowym w pierwszym półroczu choroby w 88%. Według *Müllera* w okresie pierwszego półroczu leczenia aktywnego głęboka i trwała remisja występowała w 70—80%. Te same wyniki miał *Bond* i *Rivers*. Według *Parkera* nie należy stosować nawet lobotomii po 7 latach trwania choroby.

Najlepsze wyniki daje lobotomia w schizofrenii, jeśli operacja jest wykonana w ciągu 2 lat od początku choroby.

Co powiedzielibyśmy o chirurgach, którzy zabierają się do operowania chorego na skręt kiszki w 3—4 dni po wystąpieniu pierwszych objawów?

Otóż współpraca między poradnią a szpitalem musi polegać między innymi na tym, żeby ta pierwsza zatroszczyła się o uświadamianie społeczeństwa o wczesnych objawach schizofrenii. Poradnia musi zorganizować tak pracę, żeby chorzy w porę byli kierowani do leczenia.

Współpraca Poradni ze szpitalem powinna polegać na ścisłym wzajemnym uzgodnieniu działania. Wielu chorych jak np. na schizofrenię, alkoholizm, choroby metaluetyczne, muszą stale się znajdować pod kontrolą poradni, bowiem tego wymaga charakter przebiegu choroby.

Musi być zapewniona ciągłość leczenia, ewidencja wyników, prawidłowe, w porę podjęte trafne kierowanie.

Dr *Korzeniowski* — w dyskusji na referatem dra *Malinowskiego*.

Wyjaśnia, na czym polegają tezy ustawy przeciwalkoholowej i podaje, iż ustawa ta natrafia na pewne zastrzeżenia ze strony prawników, żądających orzeczenia sądowego w przypadku umieszczenia w zakładzie.

Dr Bielawski — w dyskusji nad referatem prof. *Bilikiewicza*.

Referuje 23 przypadki lobotomii wykonane w Sanatorium w Kościanie. Zastrzega się, że wnioski o wynikach mogą być podane do wiadomości dopiero później, po upływie dłuższego okresu czasu.

Dr Jus — w dyskusji nad referatem prof. *Bilikiewicza*.

Zaznacza, że topektomia góruje nad leukotomią pod względem optycznych warunków operacyjnych, podczas gdy leukotomia jest o tyle korzystniejsza, że zmiany korowe wsteczne zwyrodnienia są w korze stosunkowo nieduże, (*Friedman i Watts*). Po topektomii istnieje możliwość drażnienia z blizny na pole hamujące 8 s, co może prowadzić do dużych zmian osobowości. Dalsze doświadczenia nasze określają dokładniej wskazania i wartość oraz przewagę leczniczą jednej z dwu metod operacyjnego leczenia psychoz.

Mgr Adolph — do referatu doc. *Malinowskiego*.

Doświadczenie Poradni Przeciwalkoholowej w Gorzowie potwierdza w całej rozpiętości apel „SOS” — zwalczajmy alkoholizm jako wroga biologicznego! Według danych z XII.1942. 68% dzieci piło w wieku 8—14 lat po 8—4 razy tygodniowo.

Dla zwalczania alkoholizmu konieczne jest konsekwentne wykorzystywanie i pogłębienie czynnika społeczno-środowiskowego. Potrzebne jest uzgodnienie działalności instytutów leczniczych z Radami Zakładowymi, organizacjami Kobięcymi i Młodzieżowymi — w zapobiegawczym oraz leczniczym działaniu, a specjalnie we wciąganiu ich do zadań opieki nad rodzinami alkoholików. Sankcje wobec alkoholików zakłócających spokój publiczny i dyscypliny pracy winny być rozszerzone na „maskujących się” alkoholików, tj. pijących w domu i poza pracą — ponieważ ich środowiska domowe — mogą się stać gniazdami wylęgu aspołecznych jednostek.

Dr Stryjeński — w dyskusji nad referatem Dra *Malinowskiego*.

Konieczne jest uzgodnienie stanowiska między psychiatrami a sferami prawniczymi. Sądownicy domagają się przeprowadzenia ściślejszego rozgraniczenia między pijaństwem a chorobliwym alkoholizmem.

Do odczytu prof. *Brzezickiego*: nie można zgodzić się, by objaw „paragnomen” był osiowym objawem schizofrenii, jeżeli spotyka się również u normalnych osób.

Prof. Brzezicki — odpowiedź doc. *Stryjeńskiemu*.

Do objawów osiowych zalicza się autyzm i zaburzenia uczuciowości, a nie są to objawy, które występują tylko u schizofreników, występują bowiem i u schizoidów. Wydaje mi się, że tylko zmiana kierunku życiowego, załamanie się wytycznych życiowych jest jedynym może objawem który spotyka się w procesie schizofrenicznym. Paragnomen jest nie tylko myślami ale i działaniem i dopiero działania na podstawie myślenia paragnomicznego uważam za właściwy paragnomen. Jest to bowiem myślenie i działanie wbrew oczekiwaniu otoczenia i samego siebie oraz nie obciąża uczuciowości w wyższym stopniu.

Dr Krasowska — odpowiedź dr *Zajączkowskiemu*.

Przypadki alkoholizmu przewlekłego okresowego w przebiegu schizofrenii w jej okresie początkowym były spotrzegane, jednak te przypadki są wyłączone, na razie, spod rozważań jak i inne, z uwagi na brak dostatecznego materiału. Jednak te, o których doniesiono dotyczyły schizofrenii, której objawy były spostrzegane w parę

lat po okresowym alkoholizmie lub po ostrych objawach alkoholizmu ostrego (*delirium*).

Prof. dr Bilikiewicz — brak wypowiedzi.

III. DZIEŃ ZJAZDU

rozpoczął się dnia 30.V.1950 r. o godzinie 9-tej rano w Klinice Chorób Wewnętrznych we Wrocławiu

Przewodniczy dyr. dr *Kancewiczowa* w asyście dr *Zajączkowskiego*. Sekretariat: dr *Schramm*, asysta dr *Pogorzelski*.

1. Jako pierwszy był wygłoszony referat dr *Kancewiczowej* pt.: „Informacja o opiece otwartej nad psychicznie chorymi“. Oryginał drukujemy w załączeniu.

2. Dr *Szymańska*: „Rokowania w trudnościach charakterologicznych dzieci i młodzieży w świetle katamnezy.“ Oryginał drukujemy w bieżącym zeszycie Rocznika.

3. Dr *Ałapin* (Klinika Psychiatryczna): „O konieczności ścisłej współpracy Kliniki Psychiatrycznej z Poradniami Zdrowia Psychicznego“. Streszczenie w załączeniu.

4. Dr *Demianowska* (Klinika Psychiatryczna — Wrocław): „Leczenie elektrostrząsami (z doświadczeń Kliniki Psych. we Wrocławiu i Szpitali Psych. w Branicach, Lublińcu i Rybniku)“. Streszczenie referatu w załączeniu.

D y s k u s j a: 1. *Leligdowicz*, 2. *Koziorowski*, 3. *Baley*, 4. *Beer*, 5. *Stryjeński*, 6. *Słoniewska*, 7. *Sikorska*, 8. *Jaroszewski*, 9. *Gallus*, 10. *Adolph*, 11. *Kancewiczowa*.
Referenci w odpowiedzi: 1. *Kancewiczowa*, 2. *Szymańska*.

Kamila Kancewiczowa

UWAGI DOTYCZĄCE OPIEKI POZAZAKŁADOWEJ

wygłoszone na Zjeździe Psychiatrów Polskich we Wrocławiu w 1950 r.

Zamiast referatu „o opiece otwartej“, którego nie zdążyłam przygotować z powodu zbyt krótkiego terminu, pozwałam sobie udzielić kolegom parę informacji o pracy, osiągnięciach i zamiarach poradnictwa zdrowia psychicznego. Cyfry mówią nam o działalności za 4 pierwsze miesiące roku bieżącego od chwili powstania tych poradni. Wziąwszy pod uwagę, że poradnie nie prowadzą poradnictwa zawodowego i szkolnej opieki psychologicznej, które stanowiły poważną pozycję w działalności Instytutu Higieny Psychiczej i jego Filii, musimy podkreślić dużą i wciąż wzrastającą frekwencję w poradni. A więc: w Głównej Poradni Zdrowia Psychicznego w W-wie przyjęto i zbadano dzieci i dorosłych (również i alkoholików) — razem 1712 na 7.682 przyjęciach, zaś oddział rozpoznawczo-zabiegowy dokonał 6.821 zabiegów; pracownia analityczna wykonała

prawie 1000 analiz moczu, krwi, płwociny itp. (1 pracownica). Dział opieki pozazakładowej dokonał 1.000 z górą wywiadów.

Kilka cyfr z Centralnych Wojewódzkich Poradni :

najwięcej przyjęć mają :	Gdańsk	— 7.464 —	chorych	936
	Katowice	— 6.796 —	„	1305
	Poznań	— 3.357 —	„	797
	Wrocław	— 3.329 —	„	543
	Kraków	— 2.978 —	„	863
	Toruń	— 2.698 —	„	805

najmniej Kielce (170).

Wywiadów dokonano 4.904. Ogółem Warszawa i teren miały w ciągu 4 miesięcy 46.769 przyjęcia (9.727 ch.) oraz 6.821 zabiegów czyli razem 53.584 i prawie 6.000 wywiadów.

Co się tyczy właściwej opieki pozazakładowej, to rozbudowa jej wymaga ścisłej współpracy opieki otwartej z zamkniętą w postaci meldunków ze szpitali do poradni o wypisanych chorych. Współpraca jest dopiero w zaczątku, informacje dotyczą zaledwie 2 ostatnich miesięcy. A więc 9 poradni otrzymało meldunki o 1.440 wypisanych (brak danych z 3 województw). Meldunki nadesłały prawie wszystkie szpitale (16), nie nadesłały dwa duże szpitale — Kocborów, który się usprawiedliwia nawałem pracy bieżącej, oraz — Tworki.

Dr Bolesław Alapin, Warszawa

O KONIECZNOŚCI ŚCISŁEJ WSPÓŁPRACY KLINIKI PSYCHIATRYCZNEJ Z PORADNIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO.

Konieczność współpracy klinik psychiatrycznych i szpitali psychiatrycznych z poradniami zdrowia psychicznego wynika niedwuznacznie z wytycznych państwowej służby zdrowia sformułowanych przez Min. *J. Sztachelskiego* w haśle zbliżenia nauki do praktyki życia codziennego.

Na zbliżeniu tym skorzystają zarówno kliniki psychiatryczne jak i poradnie zdrowia psychicznego, a przede wszystkim ich pacjenci, gdyż:

a) przypadki nie nadające się do leczenia w poradniach (wymagające np. leczenia wstrząsami insulinowymi, zimnicą) względnie nie poprawiające się przy leczeniu zostaną w p o r ę (wcześniej niż dotąd) skierowane na oddziały kliniczne i szpitalne.

b) ozdrowieńcy opuszczający klinikę psychiatryczną nie będą puszczani samopas, a oddawani pod opiekę specjalistyczną, co z jednej strony pozwoli na skrócenie ich pobytu w szpitalu, z drugiej da możliwość kontynuowania leczenia w miarę potrzeb, po trzeciej w razie zaostrzenia, pogorszenia stanu pozwoli w porę powrócić do leczenia.

nia szpitalnego, po czwarte wreszcie umożliwi skierowanie ich do o d p o w i e d n i e j pracy.

c) poradnie usprawnią swą działalność przez zastosowanie badań dodatkowych, których wykonanie wymaga krótkotrwałego choćby pobytu w szpitalu (nakłucie łądzwiowe, odma czaszkowa itd.).

d) materiał naukowy klinik katamnezy zbierane i sprawdzane przez specjalistów psychiatrów.

Jak słusznie podawał dr *Jus* w swym artykule: Zagadnienia higieny psychicznej w Polsce (Zdr. Publ. Nr 21—22, 50 r.) zagadnienie współpracy tej nie było dotąd w Polsce zrealizowane jako zasada, w rezultacie czego:

a) poradnie popełniły cały szereg błędów rozpoznawczych, a co za tym idzie i leczniczych, które były do uniknięcia (następują przykłady).

b) Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie — nie ma dotąd katamnez nawet tych chorych, którzy mieszkają w Warszawie i na terenie powiatu warszawskiego, chociaż Poradnia Zdrowia Psychicznego (dawniej Inst. Hig. Psych.) istnieje w Warszawie od czterech lat.

Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie realizuje od półtora roku współpracę za pośrednictwem swych asystentów zatrudnionych w Poradniach Zdrowia Psychicznego:

a) w Głównej Poradni Zdrowia Psychicznego w Warszawie zarówno w poradni dla dorosłych jak i dla dzieci;

b) przez poradnię psychiatryczną P.L.M.A.;

c) przez poradnie przeciwalkoholowe, co dało już pewne korzystne wyniki (następują przykłady).

N a d z i e j e n a p r z y s z ł o ś ć i p o s t u l a t y

1. Zagęszczenie sieci Poradni Zdrowia Psychicznego względnie wyznaczenie godzin psychiatrycznych w ramach Ubezpieczalni Społecznej, zwiększenie ilości łóżek szpitalnych psychiatrycznych i ściśle związane lecnicztwa otwartego z Kliniką Psychiatryczną i szpitalami przez wzajemne wysyłanie szczegółowych danych o chorych przekazywanych — pozwoli na znaczne usprawnienie obsługi chorych psychicznie.

2. Poziom naukowy rozpoznawania w poradniach podwyższy się przez ściśle związek z Kliniką Akademii Medycznej.

3. Wyniki leczenia w Klinice będą lepsze dzięki wcześniejszemu rozpoczynaniu leczenia radykalnego.

4. Kliniki otrzymują katamnezy specjalistyczne, co da możliwość lepszej oceny metod leczniczych i własnej pracy naukowej.

5. Pożądany jest codzienny kontakt z Poradnią Zdrowia Psychicznego celem planowego kierowania chorych na leczenie.

6. W razie potrzeby Klinika może otrzymywać skierowanych nawet z całego kraju chorych o jednakowym rozpoznaniu, którzy będą stanowili materiał do prac naukowych z a p l a n o w a n y c h (np. przez Kongres Nauki).

• Dr Maria DEMIANOWSKA

L e c z e n i e e l e k t r o w s t r z ą s o w e

Wyniki leczenia elektrowstrząsami opieramy w naszym materiale na 1000 przypadków, w których stosowaliśmy na jedno leczenie 10—25 wstrząsów; chorych, którzy

z jakichkolwiek powodów otrzymali mniej jak 10 zabiegów nie bierzemy w obliczenie.

Wyniki leczenia ocenialiśmy w stosunku do rozpoznania, wieku chorych, czasu trwania objawów i ilości nawrotów. Największą część obserwacji zajmuje schizofrenia — 830 przypadków.

Wyniki leczenia dzielimy na trzy grupy: wyleczenie, poprawa, bez zmian. Nie wprowadzamy w grupę poprawy większego rozdrobnienia, na znaczną i mniejszą wprowadzamy ze względów statystycznych. Z tych też względów traktujemy łącznie mężczyzn i kobiety, po uprzednim osobnym obliczeniu, gdzie stwierdziliśmy daleko idącą zgodność (błąd średniego wyniku mniejszy jak 2%, a średni błąd prawdopodobny mniejszy jak 1,5%, analiza według *Jecanse*).

Najlepsze wyniki leczenia mieliśmy w stanach depresyjnych wszelkiego rodzaju. Również psychozy poporodowe oddziałują pomyślnie na leczenie. Schizofrenia w naszym materiale dała 27% wyzdowień, 43% popraw i 30% bez wyniku. Przy rozdzieleniu na postaci chorobowe otrzymaliśmy najlepsze wyniki w leczeniu katatonii. Czas trwania objawów chorobowych wpływa na leczenie w ten sposób, że najlepiej reagują przypadki świeże, z czasem wynik pogarsza się, wreszcie powyżej dwu lat jest znikomy. Z powikłań chirurgicznych obserwowaliśmy: dwa razy uszkodzenie kręgosłupa, raz złamanie ramienia, raz złamanie kości udowej w szyjce, dwa zwichnięcia szczęki i jedno zejście śmiertelne.

Opierając się na naszym materiale musimy powiedzieć, że jakkolwiek metoda wstrząsowa jest dużym postępem w leczeniu psychiatrycznym, to jednak entuzjastyczne początkowe odniesienie się do niej jest nieco za optymistyczne. Nie leczy ona zasadniczo stanów chorobowych, gdyż nawroty występują często i szybko, skraca tylko znacznie czas trwania stanów psychotycznych i wpływa uspokajająco na stany podniecenia wszystkich rodzajów, stwarzając warunki do wystąpienia remisji. Wobec nieznanego dotychczas mechanizmu działania ocena jej jest niepewna. Nie można się oprzeć na niej wyłącznie, uważać ją należy tylko za jedną z metod leczenia. Szybkość nawrotów schizofronicznych, zwłaszcza przy niedostatecznym leczeniu przekracza szybkość nawrotów samoistnych i przy leczeniu insulinowym. W każdym razie wśród środków leczniczych dzięki swemu działaniu uspokajającemu, skracaniu okresów chorobowych, łatwości zastosowania i małych kosztów jest metodą wyboru. W połączeniu z leczeniem insulinowym jest metodą najlepszą. Powikłania chirurgiczne przy odpowiednim zabezpieczeniu są bardzo rzadkie. —

Dr *Leligdowicz* — w dyskusji nad referatem dr *Kancewiczowej*.

Centr. Poradnia Zdrowia Psychicznego zatrudnia znaczną liczbę psychologów, którzy byli poprzednio zatrudnieni w byłym Państwowym Instytucie Higieny Psychiczej. Psychologowie ci w większości swojej podchodzą z dużym zapałem do lecznictwa psychiatrycznego, jednak braki w wykształceniu psychiatrycznym stanowią wileką przeszkodę, a nawet niebezpieczeństwo dla prawidłowych wyników ich pracy. Niektóre wypowiedzi obecnych na sali psychologów, którzy zabierali głos w dyskusji są wyraźnym przykładem nieporozumień wynikających z nielekarckiego i niepsychiatrycznego sposobu myślenia. Twierdzenia, które przed chwilą słuchaliśmy, jakoby psychologia marksistowska wykluczała czynnik zaburzeń hormonalnych jako jedną z przyczyn zaburzeń psychicznych występujących w okresie dojrzewania, nie można nawet uznawać za krytykę psychologii marksistowskiej, lecz musimy takie powiedzenia traktować jako wyraz zupełnego niezrozumienia podstawowych założeń myślenia marksistowskiego i lekarskiego. Wydaje się koniecznym dokształ-

canie psychologów zatrudnionych w Centralnych Wojewódzkich Poradniach Zdrowia Psychicznego w zakresie nauk psychiatrycznych.

Dr *Koziorowski* — w dyskusji nad referatem dr *Szymańskiej*.

Referat cechuje zwięzłość i bogactwo tematyki. Należy podkreślić rolę struktury dynamicznej środowiskowej. Ważna jest okoliczność, że w powstawaniu trudności charakterologicznych czynniki materialne w znaczeniu wulgarnym nie odgrywają zasadniczej roli.

Natomiast optymizm prelegentki może jest przesadny; jest on jednak zrozumiały, biorąc pod uwagę krótki czas katamnezy.

Prof. *Baley* — w dyskusji nad referatem dr *Szymańskiej*.

Dyskutant wspomina o katamnetycznych badaniach Zakładu Psych. Wychow. U. W. obejmujących 500 przypadków łącznie z grupą kontrolną składającą się ze 100 osób. Wyniki tych badań będą ogłoszone we właściwym czasie. Prowizoryczne dane są mniej optymistyczne aniżeli te, które podaje Dr *Szymańska*. Dyskutant podkreśla dalej znaczenie zapobiegania dla uniknięcia wypaczenia charakteru (sprawa opieki nad dziećmi, których oboje rodziców pracują poza domem).

Dr *Beer* — w dyskusji nad referatem dr *Szymańskiej*.

Zapytuje, czy w przypadkach zaburzeń typu nerwicowego i trudności charakterologicznych u dzieci zwraca się uwagę w anamnezie na przypadki dotyczące dzieci przedwcześnie urodzonych: na wcześniaki i na dzieci urodzone z niedowagą. Przychozą one na świat z poważną niedomogą mineralną, zmniejszoną ogólną odpornością i wykazują w późniejszym rozwoju dużą chwiejność i łatwą wyczerpywalność całego układu nerwowego. Te odchylenia od stanu prawidłowego, nasilają się u takich dzieci w wieku od 5—7 lat oraz w okresie dojrzewania.

Dr *Stryjeński* — w dyskusji nad referatem dr *Szymańskiej*.

Przyłączając się do głosów wyrażających uznanie dla odczytu dr *Szymańskiej* podkreśla szereg momentów uwypuklających, a mianowicie:

1) psychopatia szczególnie z dodatkiem konstytucjonalnym powinna zniknąć z terminologii w zakresie psychiatrii dziecięcej. Właściwe jest określenie „zaburzenia charakterologiczne“ nie przesądzające ani genezy, ani trwałości odchyień.

2) Słusznie zostało podkreślone, że jesteśmy w okresie przełomowym w dziedzinie pedo-psychiatrii. Jeżeli w dyskusji podnoszono, że psychologowie powinni zapoznać się z psychiatrią to również psychiatrzy muszą znać psychologię rozwojową.

3) Zwraca uwagę, że wśród zaburzeń hormonalnych, należy uwzględnić również niedomogę przytarcyc.

4) Jest zdania, że lecnicтво w zakresie zaburzeń neuropsychicznych u dziecka powinno wchodzić w zupełności w zakres służby zdrowia i wyłącznie z innych względów.

5) Ważne jest zajęcie się dzieckiem z odchyleniami neuropsychicznymi od niemowlęctwa i rozbudowa mikropsychiatrii według mianownictwa radzieckiego.

Prof. *Słoniewska* — w dyskusji nad referatem dr *Szymańskiej*.

Zgadając się w całej rozciągłości z treścią odczytu dr *Szymańskiej*, sędzę że wskazane jest podkreślenie następujących czynników, których uwzględnienie posu-nęłoby sprawę zwalczania trudności charakterologicznych u dzieci i młodzieży:

1) należałoby przeprowadzić szczegółową analizę czynników środowiska społecznego;

2) potrzebna jest analiza psychologiczna czynników tkwiących w wywiadzie społecznym;

3) dla celów rozpoznawczych okazała się bardzo cenna zorganizowana przez byłą filię Państwowego Instytutu Higieny Psychiczej a obecnie Centralną Wojewódzką Poradnię Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu, tak zwana świetlica obserwacyjna;

4) dla celów stosowania porad leczniczych, usuwania trudności wychowawczych należałoby zorganizować, choćby na razie nieliczne wzorowe pod względem lekarskim i psychologiczno-pedagogicznym zakłady wychowawcze.

Dr Sikorska — w dyskusji nad referatem dr Szymańskiej.

Podnosi znaczenie środowiska dla rozwoju dziecka. Podkreśla, że Centralna Poradnia Zdrowia Psychicznego w Gdańsku postanowiła sobie za zadanie badania i leczenia środowiska badanych w poradni. Uwzględniono wpływ ulicy, mieszkania, warunków materialnych, poziomu intelektualnego, rodziny, szkoły, zakładów pracy. Kończy przykładami z życia.

Dr Jaroszewski — w dyskusji nad referatem dr Kancewiczowej i dr Szymańskiej.

Opieka nad psychicznie chorym, wypisanym ze szpitala winna być rozprzestrzeniona jak najspieszniej. Metoda współpracy szpitala z poradniami musi być starannie opracowana i na pewno nie uda się od początku uczynić to zadowalająco, przede wszystkim z powodu braku lekarzy w szpitalach. Lekarz wypisujący chorego musi zakończyć historię choroby, wypełnić kartę wypisową, karty statystyczne, karty informacyjne, odpisy z historii choroby dla instytucji ubezpieczalnianych, władz wojskowych i innych. Do tego dochodzi nowa karta dla poradni, moim zdaniem zbyt szczegółowa w obecnej wyjątkowej sytuacji.

Do referatu dr Szymańskiej: — zagadnienie omawiane jest tak niezwykle ważne, że nawet tak pracowicie zebrane dane dr Szymańskiej domagają się uzupełnienia faktami, które trzeba podawać analizie dokładnej z dużą ostrożnością.

Dr Gallus — w dyskusji nad referatem dr Szymańskiej, dr Kancewiczowej.

1) Zagadnienie opieki i leczenia dziecka nerwowo i psychicznie chorego, oraz zagrożonego jest zagadnieniem kapitałnym i wymaga upraktycznienia i zwiększenia liczby łóżek dla dzieci, stosowania różnego typu zakładów specjalnych dla dzieci, oraz odciążenia istniejących oddziałów szpitalnych dla dzieci, które leczenia szpitalnego nie potrzebują.

2) Niesłuchanie ważnym zagadnieniem związanym z opieką i leczeniem dziecka jest paląca konieczność szkolenia personelu specjalistycznego, lekarskiego, wychowawczego, sanitarnego itp. Proszę o ułatwienie nam takiego szkolenia oraz podania kto i gdzie może taki personel szkolić.

3) Konieczne jest ścisłe powiązanie opieki otwartej i zamkniętej w interesie stworzenia właściwej i koniecznej opieki nad chorym. Niezrozumiałym dla nas jednak jest kierowanie nieraz chorych z poradni do szpitala — tylko na podstawie wywiadu rodziny, a bez badania, np. alkoholików. Niezrozumiałym również dla nas jest odsyłanie z powrotem przez lekarzy powiatowych, wysyłanych, w myśl zarządzeń, kart statystycznych. Wreszcie zdaniem moim jest konieczna zmiana obowiązującego mianownictwa chorób i przyczyn zgonów, przysłanego nam przez Ministerstwo Zdrowia rozpoznań psychiatrycznych, gdyż w obrębie kilku istniejących nie jesteśmy w stanie pomieścić się, zwłaszcza że brak w nich takich rozpoznań

jak np. psychonerwice, psychoza maniakalno-depresyjna itd. Wnosi wniosek, aby dane katamnesticzne z poradni wracały i do szpitali.

Mgr Adolph — do referatu dr *Szymańskiej*.

Dodatkowe czynniki wpływające na powstawanie i zakorzenianie się trudności wychowawczych u dzieci w wieku szkolnym.

1) Niedostateczna kontrola frekwencji dzieci ze strony szkół. Stosowanie odesłania do domu jako kary — winno być niedopuszczalne

2) Wniosek: o zwrócenie się do Ministerstwa Oświaty w sprawie powyższej oraz w sprawie skierowywania do CWPSN wszystkich wypadków powtarzającej się nieobecności dzieci, gdzie szkoła nie może wpływać na wzmocnienie opieki domowej (jako środek zapobiegawczy).

Zahamowanie nauczycielstwa i Rad Pedagogicznych w stawianiu ocen niedostatecznych ze sprawowania w imię źle pojętego interesu dziecka, zagrożonego wychowawczo.

Wniosek: o wystąpienie Min. Zdr. do Min. Oświaty z wnioskiem o złagodzenie przepisu usuwalności dziecka przy niedostatecznej ocenie okresowej, ze sprawowania, a specjalnie złagodzenie interpretacji charakterologicznej jednorazowych kradzieży, co powoduje ze strony rodziców i nauczycieli rezygnację z roli wychowawczej wstrząsu psychicznego i prowadzi do tolerancji kończącej się katastrofą całkowitą.

Referat dr *Szymańskiej* zawiera materiały bezcenne zobowiązujące do przyjęcia wniosków wpływających na praktykę codzienną — w myśl zasady socjalistycznej wychowalności dziecka nawet w wypadkach bardzo ciężkich zespołów i zatargów z otoczeniem.

Dr Kancewiczowa — w dyskusji nad referatem dr *Szymańskiej*, dr *Ałapina*, odpowiedź dr *Gallusowi*.

Nawiązując do referatu dr *Szymańskiej*, która powoływała się na swą pracę sprzed lat 20, w której uwzględniała środowisko, wspominam o mojej pracy o schizofrenii u dzieci, ogłoszonej w roku 1923, gdzie też mówię o znaczeniu środowiska, czego nie znalazłem w piśmiennictwie. Doświadczenie z trudnymi chłopcami w zakładzie w Rybieniu wykazuje 30% poprawy. Zwrócenie szpitalowi karty statystycznej musiało być nieporozumieniem. Katamnezy będą wysyłane w myśl życzeń dra *Gallusa*.

Dr Szymańska — w odpowiedzi dyskutantom.

Prof. Baleyowi — zwraca uwagę na własną pracę katamnesticzną, napisaną w okresie bezrobocia, gdzie na pierwszy plan wysuwały się warunki materialne.

Różnica odsetków w katamnezach profesora i mojej pracy różni się tym, że odsetki były brane w innym wieku.

Dr Kozirowskiemu — Istotnie ujemną stroną mej pracy był za krótki okres katamnezy.

Dr Stryjeńskiemu — należy istotnie zarzucić określenie *psychopatia* i znaleźć inny odpowiedni termin.

Dr Beerowi — na tężyczkę zwrócono uwagę, istotnie to było duże przeoczenie, że nie zwrócono uwagi na wcześniactwo — aczkolwiek zawsze się pytano o warunki ciąży i porodu. Na przyszłość weźmiemy to pod uwagę.

Dr Kancewiczowej — dzieci w zakładach często się przystosowują, a nie poprawiają, należy wziąć pod uwagę długotrwałość poprawy w jego rodzinnym środowisku.

W tym miejscu przewodniczący zarządził przerwę obiadową do g. 16-ej.

POSIEDZENIE POPOŁUDNIOWE III-GO DNIA ZJAZDU
rozpoczęte o godz. 16-tej dnia 30-go maja 1950 r.

Przewodniczącą dyr. dr *Kancewiczowa*. Sekretariat prowadzi dr *Pogorzelski* zast. dr *Jusowa*.

1. Referat dr. *Spetta* (Kraków): „Próby wyjaśnienia działania insuliny w leczeniu schizofrenii“.

Streszczenie w załączeniu.

2. Dr. *Grabowska* — *Beerowa* (Państwowy Szpital dla Psychiczenie Chorych, Tworki) „Wyniki leczenia chorych na psychonerwicę“.

Streszczenie referatu w załączeniu.

W tym miejscu przewodniczący zarządził dyskusję jedynie nad referatem dra *Spetta*, gdyż wymieniony był zmuszony wyjechać wcześniej.

W dyskusji wzięli udział: 1 *Zajączkowski* 2 *Cwynar*.

Odpowiedź referenta dra *Spetta*.

Wypowiedzi w dyskusji jak i odpowiedź referenta w załączeniu.

3. Następnie wygłosił referat dr *Cwynar* (Kobierzyn):

„Zagadnienie racjonalnego wykorzystania szpitali psychiatrycznych dla celów lecznictwa“.

Referat w bieżącym zeszycie.

Ponieważ dr *Leligdowicz* nie zjawił się na czas, następny referat miał

4. Dr *Cwynar* (Kobierzyn): „Przypadek psychozy z naprzemiennymi stanami maniakałnymi i depresywnymi przechodzącymi w śpiączkę“. Streszczenie referatu w załączeniu.

Referaty dra *Baniewiczza* i dra *Łapińskiego* nie odbyły się.

5. Dr. *Leligdowicz*: „Leczenie otwarte i profilaktyka alkoholizmu.“

Streszczenia referatu nie doręczono.

Dyskusja: 1. *Pomianowski*, 2. *Węciewicz*, 3. *Jaroszewski*, 4. *Adolph*, 5. *Stryjeński*, 6. *Wilczkowski*, 7. *Zajączkowski*, 8. *Kaczanowski*, 9. *Pomianowski* (po raz drugi).

Odpowiedzi referentów. 1. *Beerowa*, 2. *Cwynar*.

Wypowiedzi w dyskusji i odpowiedzi referentów w załączeniu.

Karol Spett

PRÓBY WYJAŚNIENIA DZIAŁANIA INSULINY W LECZENIU SCHIZOFRENII.
(Z Kliniki chorób nerwowych i umysłowych Akademii Medycznej w Krakowie.

Kierownik: prof. dr *E. Brzezicki*)

Do leczenia psychiatrycznego wprowadził insulinę dr *E. Klemperer* stosując ją w przypadkach majaczenia alkoholowego (*delirium tremens*).

Autor zamierzał wesprzeć uszkodzoną przez alkohol wątrobę w jej czynnościach odtruwania ustroju przyjmując, że w ten sposób doprowadzi do szybkiego spalania trujących (choć hypotetycznych) pośrednich produktów przemiany materii, które jakoby mają wywoływać majaczenie. Niewątpliwie jednak użyty lek usuwał dającą się wykazać w przebiegu *delirium hyperglikemię*, podwyższony poziom acetonu we krwi i wydzielane drogą moczu glukozę, aceton i kwas szczawowy.

Z początkiem lat trzydziestych *M. Sakel* zastosował insulinę przy leczeniu morfinizmu, twierdząc że łagodzi ona głód morfiny, nieodłącznie związany z leczeniem odwykowym. Zdaniem autora komórki ośrodkowego układu nerwowego u morfi-

nisty znajdują się w stanie tzw. „blokady“ polegającej na tym, że ich zdolność absorbcyjna dla wszystkich hormonów za wyjątkiem adrenaliny jest obniżona. Dla zneutralizowania adrenaliny wprowadzał *Sakel* jej antagonistę tj. insulinę, podkreślając jej wpływ na układ autonomiczny. Autor nie precyzował działania insuliny na poszczególne odcinki układu nerwowego autonomicznego, mówił tylko ogólnie o jej „harmonizującej“ roli, podnosząc decydujące znaczenie tegoż układu dla psychosomatycznej równowagi ustroju.

W roku 1935 ogłosił *Sakel* pracę p. t. „Nowa metoda leczenia schizofrenii“. Teoria działania insuliny, która była środkiem nowej metody da się ująć w trzech punktach:

1. Insulina wstrzymuje reakcję komórki nerwowej na bodźce patologiczne, natomiast dopuszcza jedynie bodźce fizjologiczne.

Jeśli więc mechanizmy chorobowe nie są zbyt ściśle i długo związane z komórką, może z czasem dojść do zupełnego ich wyłączenia.

2. W czasie zapaści insulinowej komórka nerwowa znajduje się na pograniczu życia i śmierci. Następstwem tego stanu może być odrodzenie komórki i powrót jej do zwykłych fizjologicznych reakcji:

3. Insulina działa odtruwająco i to podobnie jak utrzymywał *Klemperer*, za pośrednictwem wątroby.

Prócz tak ujętej teorii, podał *Sakel* także wyniki leczenia, które przedstawił optymistycznie:

Mianowicie w świeżych przypadkach schizofrenii w 70% osiągać miał pełną remisję, zaś w 18% remisję socjalną, łącznie zatem 88% chorych, u których proces chorobowy trwał poniżej roku, miało opuszczać zakłady lecznicze z wynikiem pozytywnym.

Statystyka ta wywarła tym silniejsze wrażenie, że niedawno jeszcze rokowanie wyleczenia schizofrenii oceniano znacznie pesymistyczniej. Dodać należy, że nie znając terapii aktywnej nie rozróżniano procesu świeżego od długotrwałego. I tak *Kraepelin* podał, że zaledwie 1/3 chorych powraca do zdrowia. *Bumke* zaś szanse wyleczenia dla schizofreników w erze przedinsulinowej ocenił na 16%.

Wyniki metody *Sakla* zainteresowały psychiatrów. W każdym niemal kraju dzielono się wynikami własnych doświadczeń. W Polsce *Berezowski* opierając się na statystyce obejmującej 508 przypadków podał w 1938 r. wyniki, które odnośnie przypadków świeżych w liczbach zaokrąglonych przedstawiały się następująco: pełna remisja 33%, poprawa 33%, u pozostałej reszty brak zmian. W przypadkach przewlekłych remisję wykazywał zaledwie w 3,6%.

Co do czasu utrzymania się remisji daje nam wskazówki statystyka, oparta na 241 przypadkach, opracowana przez *Z. Mieniewskiego* i podana w referacie, wygłoszonym dnia 17.IX.1949 na zjeździe psychiatrów w Gdańsku. Według tej statystyki (liczby zaokrąglone) remisja utrzymywała się ponad 2 lata w 16%, do 2 lat w 37%, do 1 roku w 34% do 3 miesięcy w 7%.

Statystyki radzieckie (*Gurewicz*, *Serejski*) oceniają remisję w przypadkach świeżych (czas trwania choroby poniżej roku) w granicach od 58% — 65%, w starszych od 28,6% — 40%.

Dokładniejsze badania nad mechanizmem działania insuliny zapoczątkował jeszcze *Sakel* od oznaczenia poziomu cukru we krwi w związku z zapaścią. Z badań tych wynika, że zapaść może wystąpić już przy ilości 60 — 70 mg% cukru we krwi, z drugiej zaś strony spostrzegano chorych, u których zapaść nie występowała mimo obniżenia poziomu do 30 mg%. Jednak za dolną granicę bezpieczeństwa uważa *Rose*

poziom 20 mg^o/_o cukru we krwi. Dalsze obniżanie jest bezwarunkowo groźne dla życia chorego. Na ogół jednak dawki insuliny powodujące zapaść są dość szeroko rozpięte i osobniczo różne.

Spadek glukozy we krwi wyrównywany jest przez rozkład glikogenu wątrobowego, natomiast ustrój nie mobilizuje glikogenu mięśniowego dla pokrycia ubytku glukozy we krwi. Czyli że pod wpływem tego samego hormonu glikogen wątroby i mięśni zachowuje się różnie (Fearon).

Za istotne działanie insuliny uważają Schurr i Pappenheim współdziałanie w procesie fosforolizy. Proces ten polega na estryfikacji glikogenu z pośrednich produktów przemiany węglowodanów z resztkami kwasu fosforowego, pochodzącymi, w wypadku glikogenu z fosforanów nieorganicznych we krwi, zaś w dalszym przebiegu glikogenolizy z kwasu adenozyntroójfosforowego (A. T. P.) Również glikogeneza odbywa się dzięki odwracalności procesów fosforolitycznych poprzez te same stadia co glikogenoliza.

Zdaniem Fischera spadek poziomu cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym tak jak i hipoglikemia nie warunkują wystąpienia zapaści i jej nasilenia, natomiast dwaj polscy autorzy: Zeghauzer i Erb wykazali, że poziom cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym przed zapaścią waha się pomiędzy 54 — 73 mg^o/_o, w czasie zapaści pomiędzy 7 — 39 mg^o/_o. Z ogłoszonych przez nich badań wynika, że krzywa cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym opada w miarę pogłębiania się klinicznych objawów zapaści.

Obraz krwi leczonych wykazuje w pierwszej godzinie po wstrzyknięciu leukopenie, przechodzącą następnie w leukocytozę.

W pierwszej godzinie występuje względna limfocytoza, w trzeciej i czwartej (okres właściwej zapaści) spostrzega się leukocytozę neutrofilną i eozynofilię. Ilość erytrocytów i hemoglobiny wzrasta przez zagęszczenie krwi na skutek potów. Opadanie krwinek nie ulega zmianie.

W roku 1938 donieśli Dussik i Fichler, że płyn mózgowo-rdzeniowy schizofrenika, pobrany w czasie zapaści insulinowej, wstrzyknięty do przedniej komory oka królika nie wywołuje zmian zapalnych, czyli zachowuje się jak płyn osób zdrowych, podczas gdy płyn mózgowo-rdzeniowy chorych na organiczne choroby układu nerwowego i schizofrenię wywołuje zmiany zapalne.

W dostępnym piśmiennictwie nie znaleźliśmy potwierdzenia powyższych spostrzeżeń.

Ciśnienie krwi skurczowe i rozkurczowe osiąga zwykle wartości szczytowe z końcem drugiej i przy początku trzeciej godziny.

Mniej więcej u połowy leczonych zjawia się często skurcz zatokowy. Objaw ten bywa tłumaczony podwyższeniem poziomu adrenaliny, krążącej we krwi, co ma być wynikiem wyrównawczego mechanizmu na zwiększoną podaż insuliny. W około 1/3 przypadków stwierdza się zmiany elektrokardiograficzne, z których najbardziej uderzające jest spłaszczenie załamka S. T., są to zmiany z reguły występujące po podaniu glukozy. Objętość wyrzutowa i objętość skurczowa wzrastają.

Wpływ hipoglikemii na układ autonomiczny objawia się potami, wahaniami ciepłoty zmianami w ciśnieniu krwi i w ilości tętna. Czasem spostrzegamy zwężenie źrenic, innym zaś razem rozszerzenie. Niekiedy pojawia się gęsta ślina, kiedy indziej zaś wydzielanie jest bardziej płynne. Niestalość zachowania się źrenic i zmienna gęsto śliny przemawiają za tym, że niedocukrzenie nie działa wybiórczo na jedno z ramion układu autonomicznego.

Doświadczenia *Bodanskyh* na królikach wskazują, że komórki nerwowe mózgu po podaniu dużych dawek insuliny ulegają zwyrodnieniu i martwicy. Zdaniem autorów ma to być następstwem niedokrwienia. U człowieka stosunki przedstawiają się podobnie, gdyż na 100 ml w przepływającej krwi, mózg ludzki zużywa przed zastrzykiem insuliny 7.04 ml tlenu w czasie zapaści insulinowej 3.07 ml tlenu, równoległe z tym idzie spadek zużycia przez mózg glukozy.

Badania nad gospodarką wody *Bini, Georgi*, według *Kalinowsky'ego* wskazują na możliwość zmian koloidalnych w mózgu, a to z powodu odwodnienia towarzyszącego zapaści. Jednak na sekcjach, spostrzegano obok mózgow suchych, mózgi obrzękłe.

We krwi doświadczalnych zwierząt stwierdzono, że w czasie hipoglikemii insulinowej zmniejsza się nie tylko cukier, lecz i mocznik, kreatynina, potas i fosforany, natomiast chlorek sodu, wapnia i magnez wędrują z tkanek do krwi. Opierając się na tych spostrzeżeniach wyraził *Dussik* pogląd, że hipoglikemia insulinowa jest przeciwnieństwem wstrząsu anafilaktycznego.

Stosując elektrowstrząs u doświadczalnego szczura wywołuje się w mózgu zwiększenie spadku insuliny o 80%. Zjawisko to można wyjaśnić gwałtowną mobilizacją adrenaliny pod wpływem bodźca drgawkowego (*Takanhashi* według *Schneidra*).

Badania *Stiefa i Tekaya* na królikach i psach dowodzą, że zapaść insulinowa prowadzi do skurczu naczyń włosowatych w mózgu. Spostrzega się przy tym całą skalę zmian, począwszy od zwykłego zblednięcia tkanki, aż do bujania gleju i przerostu ścian naczyńwowych. Duże dawki insuliny mogą spowodować zmiany nieodwracalne, a wtedy widać komórki obrzękłe lub zwyrodniałe wodniczkowo, czasem zanikające.

Zarówno w doświadczeniach na zwierzętach jak i u zmarłych ludzi w zapaści insulinowej nie zawsze znajdowano zmiany anatomiczne w zakresie pnia mózgowego, wobec tego teoria, jakoby zapaść działała poprzez ośrodki vegetatywne pnia mózgowego przedstawia lukę, gdyż w każdym przypadku zejścia śmiertelnego powinniśmy takich zmian oczekiwać. Ponieważ jednak zapaść niewątpliwie odzwiercadla się w układzie autonomicznym, przeto musimy przyjąć możliwość bezpośredniego działania na zwoje i zakończenia sympatyczne i parasympatyczne. Być może, że różny przebieg zapaści nawet u tego samego chorego jest powodowany faktem, że raz więcej są zaatakowane ośrodki mózgowo układu autonomicznego, zaś innym razem obwód układu.

Na uwagę zasługuje spostrzeżenie *Schneidra*, że u zmarłych w czasie zapaści stwierdzono czasem powiększenie ilości wysp *Langerhansa* i rozszerzenie ich powierzchni, co może być następstwem długotrwałej insulinizacji. Nieprzewidziane przypadki zgonów można by odnieść do połączonego działania insuliny własnej i wprowadzonej do ustroju od zewnątrz, a więc do niezawinionego przedawkowania.

Objawy neurologiczne, jakie spostrzegamy w przebiegu zapaści insulinowej tłumaczono początkowo regresją, przyjmując, że filogenetycznie młodsze części mózgu są bardziej czułe na niedocukrzenie. Jednak zasady tej nie możemy traktować schematycznie, gdyż jak to udowodnił *Opalski* porażenie mięśni gątkoruchowych może pojawiać się już w pierwszej fazie niedocukrzenia, jeszcze przy zachowanej świadomości, zależnej przede wszystkim od wyższych i młodszych ośrodków korowych, natomiast porażenie mięśni gątkoruchowych odnieść należy do filogenetycznie starszych części mózgu do śródmózdzia, a nawet do niższych części mostu (nerw VI). Również w niektórych przypadkach *Opalskiego* odruch Babińskiego wyprzedzał objawy korowe. Ponadto wskazuje autor na wybiórczość działania insuliny, co do-

wodzi, że zasada regresji filogenetycznej nie może być stosowana pryncypialnie. Na poparcie swoich wniosków przytacza, że w późnych fazach niedocukrzenia spostrzegamy równocześnie odmóżdzeniową sztywność wyprostną i oddechy *Küssmaula*. Zarówno sztywność odmóżdzeniowa, jak i wielkie oddechy *Küssmaula* są następstwem wybiórczego zaatakowania śródmózdzia. Bowiem zaburzenia oddychania tego typu wskazują, że zajęty został nadrzędny ośrodek oddychania, mieszczący się w śródmózdzcu, natomiast ośrodki oddychania rdzenia przedłużonego (filogenetycznie starsze) są przez odcukrzanie oszczędzone.

Jak wiadomo spontaniczna, idiopatyczna hipoglikemia przypomina odcukrzenie, uzyskane po podaniu insuliny. Wyjątkowo spotyka się tu porażenie połowicze, drgawki, oczopląs i sztywność żreńic. Z objawów psychicznych wystąpić może cała skala zaburzeń od niepokoju i trudności skupienia się, poprzez śpiączkę aż do ciężkich stanów pomrocznych. Bardzo rzadko zdarza się negatywizm, werbigeracja, podniecenie agresywne i halucynacje.

Pomyślny wynik leczenia schizofrenii każdym aktywnym leczeniem (a więc i przez stosowanie zapaści insulinowych) prowadzi zdaniem M. O. Gurewicza do normalizacji elektroencefalogramu, który u schizofrenika ulega zmianom, wykazując nierównomierność fał alfa, niską amplitudę i obecność przerw. Autor wyraża przypuszczenie, że przerwy w elektroencefalogramie odpowiadają spostrzeganym u schizofreników przerwom w procesach myślowych. Nasuwa się więc przypuszczenie, że wyrównanie przerw myślowych, znajdujących swój wyraz w elektroencefalogramie zawdzięczać należy działaniu insuliny.

M. Bleuler badał związek pomiędzy skutecznością leczenia insuliną, a osobowością przedchorobową. Uzyskane wyniki pozwalają wysnuć zupełnie zrozumiały wniosek, że osobnicy z grupy psychopatów schizoidalnych, jeśli zapadają na schizofrenię znacznie oporniej oddziałują na leczenie, aniżeli ci schizofrenicy, którzy swoim zachowaniem się przed chorobą nie zwracali uwagi otoczenia.

Zespoły schizofreniczne, jeśli cofają się pod wpływem leczenia insulinowego, zanikają w przeciwieństwie do leczenia elektrowstrząsowego wolniej i mniej nieoczekiwanie. Przejście od choroby do zdrowia jest łagodne i zwykle trwa dłużej.

Samc budzenie się z zapaści insulinowej ma inny charakter w porównaniu z przykrym dla chorego budzeniem się po wstrząsie, które cechuje dezorientacja, bezradność, czasem lęk.

Po zapaści insulinowej orientacja z reguły wraca szybciej, niż po elektrowstrząsie, co chorzy odczuwają przyjemnie. Zwykle pierwsze słowa budzonego to rozpoznanie lekarza, personelu pielęgniarskiego, miejsca w którym się znajduje. Znajomość daty jest zwykle utrzymana. Natomiast poczucie pory dnia długo nie wraca i chorzy budzeni np. około południa wymieniają zupełnie fantastyczne godziny np. 6 wieczór lub odmawiają określenia bieżącego czasu. Po kilku zapaściach przyzwyczajają się do tego, że budzenie odbywa się o jednej porze i bez namysłu podają trafnie godzinę z motywacją „ponieważ o 8-mej dostałem zastrzyk“. Na specjalną uwagę zasługuje fakt, że nawet wewnątrznie napięci urojeniowcy przez krótki czas po przebudzeniu bywają uśmiechnięci, są uprzejmi i odnoszą się do otoczenia z ufnością.

Ten zauważony przez nas brak orientacji w czasie bieżącym po przebudzeniu się nie pozostaje w żadnym stosunku ze sprawą orientacji w miejscu otoczenia u przebudzonego, przeciwnie niż w zamęczeniu po wstrząsach elektrycznych, które trwało dłużej, ale ustępuje równomiernie tzn., że poczucie bieżącego czasu zjawia się łącz-

nie z orientacją w miejscu i otoczeniu. Ponadto chorzy, przebudzeni już w pierwszej zapaści insulinowej uświadamiają sobie, „że spali“, podczas gdy po pierwszym wstrząsie elektrycznym zwykle istnieje pełna niepamięć wsteczna dla przebytego zabiegu.

Rozpatrując łącznie teorie leczniczego działania insuliny w schizofrenii, musimy uwzględnić bogaty materiał obserwacji i wniosków.

M. J. Serejski podkreśla fakt, że pomyślne wyniki lecznicze daje insulina przede wszystkim przy zaburzeniach na najwyższym szczeblu naszej psychiki, a więc przy dezintegracji czynności intelektualnych i zaburzeniach woli. Dlatego np. zespół omamowo-urojeniowy i zespół apatyczny-abuliczny jako wyraz zaburzeń gnoźji, myśli i woli jest podatny na leczenie insuliną, a oporniejsze na leczenie elektrowstrząsami. Zdaniem autora działanie insuliny jest korowo-podkorowe z przewagą wpływu na układ parasympatyczny, podczas gdy zasięg elektrowstrząsów jest węższy i obejmuje przede wszystkim okolice podkorowe i głównie *sympaticus*.

Powołując się ponadto na opisane przez nas różnice w przebiegu zamęcenia po zapaści insulinowej, które w przeciwieństwie do głębokich, długotrwałych i prymitywnych zamęceń po wstrząsach elektrycznych jest subtelniejsze i przelotne, należy naszym zdaniem przyjąć z dużym prawdopodobieństwem, że insulina działa przede wszystkim na filogenetycznie młodsze części mózgu, zaś elektrowstrząs — na rozwojowo starsze.

Teoria niedotlenienia *Dussika* opiera się na fakcie zwiększonego stężenia jonów wodorowych we krwi w przebiegu zapaści insulinowej i braku tlenu w komórkach nerwowych. Dodać należy, że równocześnie zmienia się we krwi stężenie jonów chloru, potasu, wapnia i sodu.

Teorie hormonalne wskazują na wyrównawczą nadczynność nie tylko nadnerczy, lecz także przedniego płata przysadki i tarczycy (*Kastein, Dussik*).

Wpływ na układ autonomiczny jest tym ważniejszy, że z dużym prawdopodobieństwem należy przyjąć, iż w przebiegu schizofrenii równowaga pomiędzy obu ramionami tego układu jest zachwiana.

W przypadkach leczących się pomyślnie spostrzegamy reintegrację chorobliwie przez proces psychotyczny zmienionych psychizmów, co *Gurewicz* łączy z reintegracją funkcji synaps.

Nasze spostrzeżenia kliniczne wskazują, że bezpośredni okres powstrząsowy, gdy minie już przymroczenie lub występujący czasem niepokój, przedstawia się najkorzystniej. Poprawia się nastrój, porządkuje myślenie, halucynacje i urojenia cofają się. Zapaść lecznicza jest stanem, który prawdopodobnie ze względu na długość trwania sprawia, że dezintegracja psychologiczna ulega stopniowemu zatruciu. W miarę powtarzania zabiegów bezpośredni okres powstrząsowy nabiera przez sumowanie mocy nawyku. Nawyk pogłębia się w treści i przedłuża w czasie, aż opanowuje w całości psychikę chorego mechanizmu, który jak się nam zdaje jest najbardziej zbliżony do zjawiska uogólnienia odruchów warunkowych.

Piśmiennictwo

F. Berezowski: Rocznik Psychiatryczny 31/1933.

M. Bleuler: Zeitschr. für die ges. Neurol. u. Psych. 173/1941.

M. Bodansky and O. Bodansky: Biochemistry of Disease. New York, The Mac Millan Company 1944.

O. Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, München, Bergmann, 1924.

- K. Th. Dussik und E. Pichler: Zentrallblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 90/1938.
- W. R. Fearon: An introduction to Biochemistry London William Heinemann. Medical Books 1947.
- M. Fischer: Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie 100/1938.
- M. O. Gurewicz: Psychiatria: Medgiz 1949. Moskwa.
- L. B. Kalinowsky and P. H. Hoch: Scool Treatments and otler somatie procedures in psychiatry. Grune et Straton New York 1946.
- G W. Kastein: Zeitschrift f. d. gesamte Neurol. und Psychiatrie 163/1938.
- E. Klemperer: Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie Torn 74/1930.
- E. Kraepelin: Psychiatrie, Leipzig, J. A. Banth 1909.
- A. Opalski: Rocznik Psychiatryczny 31/1938.
- J. Rose: Rocznik Psychiatryczny 25/1935.
- M. Sakel: Zeitschrift f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie 143/1933.
- M. Sakel: Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie, Wien Perles 1935.
- C. Schneider: Behandlung und Verhutung der Geisteskrankheiten. Berlin. Springer 1939.
- H. Schur, E. Pappenheim: Acta med. Scand 95/1938.
- M. J. Serejskij: Neuropatologia i psychiatria 6/1948 (Na podstawie streszczenia w Roczniku Psychiatr. 2/3 1949).
- A. Stief und L. Tokay: Zeit. f. d. ges. Neurol. und Psych. 139/1932.
- A. Stief und L. Tokay: Zeit. f. d. ges. Neurol. und Psych. 153/1935.
- A. Zegheuser und A. Erb: Klinische Wochenschrift 48/1937.

Izabella Grabowska-Beer, Szpital Tworki

WYNIKI LECZENIA PSYCHONERWIC

Analizując wyniki leczenia 220 przypadków chorych psychonerwicowych, będących pod moją opieką od stycznia 1947, dochodzę do wniosku, że w leczeniu psychonerwic należy stosować różne metody, w zależności od wysuwającego się na plan pierwszy zespołu objawów chorobowych.

Stwierdziłam, że w przypadkach psychonerwic, w których na plan pierwszy wysuwają się objawy depresji, otrzymuje się bardzo dobre wyniki, stosując leczenie elektrowstrząsowe, podobnie zresztą, jak i w innych stanach chorobowych z zaburzeniami nastroju.

W 22 przypadkach na 44 przypadki psychonerwic o charakterze depresyjnym, leczenie elektrowstrząsowe dało tak znaczną i trwałą poprawę, że można ją było uważać za wyzdrowienie.

W 11 przypadkach psychonerwic tego typu, w których istniały przeciwwskazania do leczenia elektrowstrząsowego, stosowałam długotrwałe leczenie insulinowe subkomatyczne z mniej pozytywnym wynikiem, aniżeli przy leczeniu elektrowstrząsowym.

W przypadkach wieloletniej ciężkiej psychonerwicy z przewagą objawów depresyjnych, stosowałam oprócz leczenia elektrowstrząsowego równoczesne leczenie insulinowe subkomatyczne i otrzymywałam znaczną poprawę.

W psychonerwicach, w których na czoło objawów wysuwały się skargi hipochondryczne (56 przypadków), stosowałam przeważnie i z dobrym skutkiem leczenie insulinowe (w 36 przypadkach), zarówno komatyczne, jak i subkomatyczne. Wyniki były znacznie lepsze, aniżeli przy leczeniu elektrowstrząsowym.

Tak na przykład — w 17 przypadkach psychonerwic tego typu, leczonych elektrowstrząsami, uzyskałam poprawę jedynie w 6 przypadkach, a w pozostałych — aby otrzymać poprawę, musiałem stosować dodatkowe leczenie insulinowe subkomaiczne.

U chorych, u których na plan pierwszy wysuwały się natręctwa, (18 przypadków), stosowałam leczenie elektrowstrząsowe (w 8 przypadkach) i narkoanalizę (w 10 przypadkach).

Leczenie elektrowstrząsowe dawało poprawę. W trzech przypadkach — krótkotrwała i z następowym ostrym pogorszeniem i stanem gorszym, aniżeli przed leczeniem. W 10 przypadkach psychonerwic z natręctwami, leczonych narkoanalizą, otrzymałam znaczną poprawę i bardziej trwała, aniżeli w leczeniu elektrowstrząsami.

Leczenie narkoanalizą stosowaliśmy poza tym w przypadkach, w których istniały przeciwwskazania do leczenia aktywnego i u chorych, u których objawy psychonerwicy miały słabsze nasilenia, oraz w lekkich psychonerwicach wegetatywnych.

W niektórych psychonerwicach, w których na pierwszy plan wysuwała się chwiejność układu wegetatywnego, otrzymywałam zwykle dużą poprawę, stosując ogólne leczenie wzmacniające, witaminowe i hormonalne.

We wszystkich leczonych przypadkach musiała być stosowana psychoterapia, polegająca na sugestii, oraz na wdrażaniu chorych do odpowiednich zajęć fizycznych lub umysłowych, na terenie pawilonu lub szpitala.

Chorych w wieku do 25 lat było 34, do 40 lat 88, ponad 40 lat — 98. Wśród chorych, którzy zgłosili się na oddział psychonerwicy było około 10% chorych, u których objawy psychonerwicy występowały, jako początek psychozy.

Poza tym miałam 12 przypadków, w których badanie elektroencefalograficzne wykazało obecność fal patologicznych. Leczenie hydantalem dało u tych chorych dobre wyniki.

Stanisław Cwynar, Państwowy Szpital dla psychicznie chorych w Kobierzynie.

PRZYPADEK PSYCHOZY Z NAPRZEMIENNYMI STANAMI MANIAKALNYMI I DEPRESYJNYMI, PRZECHODZĄCYMI W ŚPIĄCZKĘ

Przypadek psychozy z naprzemiennymi stanami maniakalnymi i depresyjnymi, przechodzącymi w śpiączkę.

Przypadek omawiany przez autora dotyczy psychozy o bogatych objawach, które na pierwszy rzut oka są wyrazem psychozy maniakalno-depresyjnej.

Charakterystyczne są dla okresu depresyjnego przejścia w stan śpiączkowy, który trwa kilka do kilkunastu dni.

Ponieważ u omawianej chorej stwierdzono nieznaczną nierówność źrenic, słabe odruchy na światło, a raz odczyn Wassermanna w płynie m.-rdz (+ +), zachodziła możliwość rozpoznania porażenia postępowego.

Ostatecznie po stwierdzeniu, że odczyn Wassermanna wielokrotnie następnie kontrolowany, zawsze już był ujemny, po przytoczeniu piśmiennictwa omawiającego zejście zapaleń mózgu i po omówieniu anamnezy oraz objawów, autor wyraża opinię, że chodzi tu o psychozę po zapaleniu mózgu — prawdopodobnie po przebyciu zapalenia mózgu kleszczowego lub japońskiego w roku 1944 podczas pobytu chorej na Syberii.

Dr Zajączkowski — w dyskusji nad referatem *dra Spetta*.

Pożyteczne doświadczenie *Geltorna* przeprowadzone na zwierzętach u których zanikłe odruchy warunkowe na tle eksperymentalnej nerwicy odbudowywały się

szybko przy niedocukrzeniach insulinowych, podnosi zagadnienie późno występujących stanów śpiączkowych po kilkunastu godzinach po wprowadzeniu insuliny, która według ogólnie przyjętego poglądu w przeciągu 8 godzin jest całkowicie spalona i wydalona z ustroju. Mechanizm tego objawu jest pominięty w piśmiennictwie i ciekawym byłoby jego ustalenie.

Dr *Zajączkowski* wyraża przypuszczenie, że późne następowe nadcukrzenia występują jako wynik zaburzeń hormonalnych spowodowanych przez przysadkę i jej hormony pankreatotropowe, prawdopodobnie poprzez zahamowanie działania nadnerczy.

Dr *Cwynar* — w dyskusji nad referatem dr *Spetta*.

Odnośnie przytoczenia przez dra *Spetta* statystyki dra *Mieniewskiego* zawierającej tylko 16% przypadków, u których remisja utrzymała się dłużej niż 2 lata zaznaczam, że dr *Mieniewski* robiąc tę statystykę oparł się na historiach choroby przeważnie przewlekłe chorych jacy byli wtedy leczeni przez niego insuliną. W tym samym czasie moja statystyka leczonych insuliną świeżych przypadków psychoz na oddziałach kobiecych szpitala kobierzyńskiego dała wyniki różne, gdzie zupełne remisje osiągały, a nawet przekraczały 80%.

Nawiasem, dzielę się spostrzeżeniami z własnego doświadczenia, że w przypadkach mnogich napadów padaczkowych jakie niekiedy pojawiają się podczas serii zapaści insulinowych, dobre wyniki daje wstrzyknięcie dożylnie „narcotaliny“. Sen narkotyczny przerywa napady drgawkowe i chory jest uratowany, oczywiście należy równocześnie stosować inne ratownictwo, stosownie do objawów.

Dr *Spett* — w odpowiedzi dyskutantom.

Dr *Zajączkowskiemu*: prace *Geltorna* wskazują na to, że teoria działania insuliny drogą odruchu warunkowego ma jeszcze jednego zwolennika wśród pracowników naukowych. Co do pochodzenia późnych wstrząsów insulinowych, to można tu przyjąć jako warunek ich powstawania albo niedomogę wielogruzołową hormonalną, albo niedomogę układu autonomicznego.

Dr *Cwynarowi*: Przytoczona w referacie statystyka przetrwania stanu remisji oparta na danych *Mieniewskiego* zawiera materiał mieszany tj. przypadki stare i świeże i dlatego wypada nie zbyt korzystnie, ale odzwierciedla rzeczywistość szpitalną, gdzie trzeba leczyć świeże i stare przypadki.

Dr *Pomianowski* — w dyskusji nad referatem dr *Cwynara*.

I. Wyodrębnienie zakładów detencyjnych sprawi: że 1) zakłady lecznicze wyzbędą się większości chorych uleczalnych, ale nadających się do dłuższego leczenia, z nimi zaś ważnego bodźca do doskonalenia i poszukiwania nowych metod aktywnego leczenia. 2) Chorzy w oddzielnych zakładach detencyjnych praktycznie jeszcze długi czas będą wyzbyci pomocy lekarskiej.

II. Krytyka publiczna pracy zakładów psychiatrycznych jest konieczna i celowa, jeśli dotyczy braków, które już można dziś usunąć, nie czekając na likwidację podstawowego niedostatku kadr i zasobów. Psychiatria nie może być asekurowana od krytyki, która jest u nas podstawowym motorem postępu. Sama tylko krytyka fachowa nie wystarcza; ignorowanie opinii prasy, korespondentów dołowych itp. jest błędem społecznym.

Niebezpieczeństwo odstręcania społeczeństwa od szpitali psychiatrycznych jest pozorne: polepszenie stanu faktycznego skutecznie zlikwiduje nastawienie krytyczne opinii, krytyka jest dowodem siły systemu.

Dr Węciewicz — w dyskusji nad referatem dra Leligdowicza, dr Grabowskiej-Beerowej.

Podaje, że od paru miesięcy w leczeniu alkoholików stosuje Antabus. Po zastosowaniu, jeżeli zachodzi tego potrzeba, leczenie wzmacniające mięsień sercowy oraz leczenie w ogóle wzmacniające (glucosa, vit. C, vit. B. dożylnie, następnie fosfor, arsenik, strychnina itp.). Przy stosowaniu psychoterapii podawano Antabus w dniu I — 3 razy po 0,5, w II — 2 razy po 0,5 oraz w III do 7 dnia po 1 tabletkę. Po ostatniej tabletkę podawano 80 g roztworu 50% alkoholu, po którym wystąpiła hyperemia skóry, poty, *tachycardia*, mdłości, wymioty itp. zaś psychicznie zmiana nastroju, nastrój euforyczny przechodził w depresję, występował niepokój, lęk, podniecenie psychoruchowe itp. W kilkunastu przypadkach leczonych antabusem w ciągu 2 miesięcy nie nastąpił nawrót do nałogu.

Dr Węciewicz prosi o opinię co do leczenia Antabusem.

W sprawie odczytu dr Grabowskiej-Beerowej dr Węciewicz zapytuje czy i jak wpłynęły elektrowstrząsy na pamięć leczonych i czy po upływie dłuższego czasu stwierdzono ujemne zmiany pamięci oraz czy stwierdzono różnicę wpływu *absence* oraz pełnego wstrząsu na pamięć tego rodzaju chorych.

Dr Jaroszewski — w dyskusji nad referatem dra Cwynara.

Projekt podziału szpitalnictwa psychiatrycznego na „aktywne“ i „detencyjne“ zawiera tak duże niebezpieczeństwa, że trzeba się zastrzec przeciw pochopnemu podjęciu takiej decyzji. Nie wolno decydować o zasadach organizacyjnych szpitalnictwa niecierpliwie, według okoliczności aktualnych nienormalnych, lecz według zasad rzeczowych.

Dyskusja o tym toczy się u nas wyraźniej od dwu lat, od Zjazdu Dyrektorów szpitali psychiatrycznych, potem na sekcji psychiatrycznej Polskiego Komitetu Normalizacyjnego. Miałem okazję przedstawić tam uwagi szczegółowe zakończone wnioskiem o utrzymanie typu szpitala psychiatrycznego „aktywno-detencyjnego“. Gdziekolwiek powstałby zakład detencyjny, nazajutrz z braku szpitali zmieniłby się na „aktywno-detencyjny“.

Wiemy, że w szpitalnictwie psychicznym jest sytuacja ciężka. Z zestawień statystycznych, prowadzonych w szpitalach stwierdziłem, że już w tym roku miało nastąpić ostateczne wypełnienie szpitala i zamknięcie dopływu chorych. Tej groźnej sytuacji Ministerstwo Zdrowia na razie zapobiegło, dokonując repatriacji Niemców. Trudności te są jednak do usunięcia tylko przez odzyskanie dla szpitalnictwa psychiatrycznego instytucji, zwłaszcza na Ziemiach Odzyskanych, które zajęły inne instytucje z powodu braku lekarzy psychiatrów w 1945 r. Społeczeństwo nie chce widzieć chorych psychicznie. Niecierpliwą się, kiedy zagadnienie zaczyna palić. Dowodzą tego pojawiające się we wszystkich częściach kraju projekty zmniejszania liczby łózek psychiatrycznych, zwłaszcza koło wielkich miast i odsunięcia ich nie wiadomo gdzie i dokąd na zachód.

Sytuacja jest obecnie tak trudna, że konieczne jest zwiększenie ilości innych placówek psychiatrycznych z nowoczesnym tworzeniem zespołów psychiatrycznych ewentualnie, z nowymi oddziałami wokoło podstawowego trzonu szpitala już zorganizowanego. Tam mogą powstawać też kolonie dla przewlekłe chorych pracujących na roli, czy inne, lecz ściśle połączone z trzonem szpitalnym.

Mgr *Adolph* — w dyskusji nad referatem dr *Leligdowicza*.

1) Do akcji popularyzacyjno-zapobiegawczej winny być zorganizowane kadry prelegentów przy poradniach Przeciwalkoholowych, a gdzie ich nie ma, przy Ośrodkach Zdrowia, które by prowadziły w określonych terminach „sesje odczytów“ tzw. „masówki“ w zakładach pracy oraz wszystkich szkołach i bursach. Powinny być stworzone przy wyżej wymienionych instytucjach ośrodki pomocy do odczytów w postaci tablic statystycznych, fotomontaży, filmów krótkometrażowych, plakatów.

2) Konieczną jest interwencja Min. Zdrowia w Min. Handlu i Przemysłu w sprawie pouczenia rozprowadzających alkohol pracowników spółdzielni, o treści ustawy przeciwalkoholowej; przesunięcie odpowiedzialności za jej przekraczanie na kierowników punktów.

3) Interwencji Min. Zdrowia wymaga też fakt istnienia systemu premii za przeprowadzenie większych niż planowane ilości napojów wyskokowych w spółdzielniach rozprowadzających alkohol.

4) Interwencji Min. Zdrowia w Min. Skarbu wymaga fakt stosowania systemu kar i protokółów w stosunku do punktów rozprowadzania alkoholu, w razie stwierdzenia braku pełnego przepisowego asortymentu wódek i napojów alkoholowych przez organy Akcyzy.

Dr *Stryjeński* — w dyskusji nad referatem dr *Cwynara*.

Uważa, że referat kol. *Cwynara* zasługuje na szerszą dyskusję i byłoby pożądane, by został przedyskutowany w oddziałach T-wa Psychicznego. Sądzi, że nie jest właściwe używanie słowa „przytułek“, gdyż byłoby to cofnięciem lecznictwa i opieki psychiatrycznej. Stwierdza, że w zakładach opieki dla dorosłych znajduje się wiele osób psychicznie chorych bez fachowej opieki psychiatrycznej.

Prof. dr *Wilczkowski* — na przemówienie dr *Pomianowskiego*.

Gorąco podkreśla, że największym pragnieniem wszystkich psychiatrów jest posiadanie jak najszerzej rozbudowanego i jak najlepiej zorganizowanego szpitalnictwa psychiatrycznego. Zadaniem zaś chwili bieżącej jest oparcie się na dzisiejszych realnych możliwościach i zorganizowanie pracy w sposób, jaki da najwięcej pozytywnych wyników leczniczych. Krytyka da korzystne wyniki, jeśli spowoduje u ogółu lekarzy nie-psychiatrów jak najpozytywniejsze nastawienie do zagadnień lecznictwa psychiatrycznego.

Psychiatrzy włożyli wiele lat pracy, by uzyskać właściwe ustosunkowanie się ogółu ludności do zakładów psychiatrycznych, jako do szpitali dających pozytywne wyniki lecznicze. Niewłaściwa krytyka może w krótkim czasie zniweczyć całą dotychczasową pracę. Nie można mówić o obozach pracy w zakładach psychiatrycznych. Należy wiedzieć, że w zakładach psychiatrycznych stosuje się leczenie pracą, która posiada specjalną metodykę. Krytyka jest konieczna, lecz powinna być oparta na dobrej znajomości rzeczy.

Dr *Zajączkowski* — w dyskusji nad referatem dr *Leligdowicza*, dr *Grabowskiej-Beerowej*.

Podkreśla niebezpieczeństwo leczenia Antabusem alkoholików i wylicza przeciwwskazania do stosowania tego środka, zachowanie ostrożności, jakie winny być przy tym leczeniu poczynione. Do referatu dr *Grabowskiej-Beerowej* wyraża opinie, że

w leczeniu psychonerwic, zaburzeń psychicznych najbardziej uwarunkowanych warunkami środowiskowymi należy stosować psychoterapię zmierzającą do wykrycia okoliczności i treści fałszywego i niekorzystnego uwarunkowania tych chorych w dzieciństwie i następnego odwarunkowania, które daje takie pomyślne wyniki.

Dr *Kaczanowski* — brak głosu w dyskusji.

Dr *Pomianowski* — w dyskusji nad referatem dr *Cwynara* (po raz II).

W odpowiedzi prof. *Wilczkowskiemu*: istnieją już teraz szpitale psychiatryczne w Polsce o ustalonej w opinii dobrej sławie — Kocborów, Kościan, Wonieść, co świadczyło o tym, że rzekoma „zła reputacja“ szpitala psychiatrycznego nie jest zjawiskiem powszechnym i że krytyka ich braków nie jest przedsięwzięciem szkodliwym; sprawy słuszne nie boją się krytyki i prawdy. Fakty ujawniane przez organy kontroli świadczą o istnieniu dużych braków, które już dziś mogą być usunięte.

Dr *Grabowska-Beerowa* — odpowiedź w dyskusji.

1. Zaburzenia pamięci badane zarówno w psychozach jak i psychonerwicach wykazały, że trwają one 6—8 tyg., rzadziej ponad rok. Ponieważ chorzy na psychonerwicę byli o tym uprzedzeni, nie sprawiało im to specjalnej przykrości.

2. *Absence* znacznie dawały mniejsze wyniki lecznicze, aniżeli pełne wstrząsy. Zaburzenia pamięci były jednakowo długotrwałe. Stosowaliśmy istotnie psychoterapię, polegającą na sugestii. Leczenie narkoanalizą dawało możność wypowiedziania przez chorego jego najgłębszych przeżyć; jest to może odwarunkowanie, o które chodzi dr *Zajączkowskiemu*.

Dr *Cwynar* — odpowiedź w dyskusji.

Odnosnie zastrzeżeń wszystkich dyskutantów, że w razie zrealizowania mojego projektu podzieli się chorych na leczonych i nieuleczalnych, a więc pojawi się de-tencyjność w psychiatrii jako sprawa niepożądana. Stwierdzam, że wyobrażam sobie opiekę nad przewlekłe chorymi jedynie psychiatryczną, a zakłady powinny być albo na terenie istniejących szpitali, albo w ich pobliżu. Odnosnie wypowiedzi dr *Pomianowskiego* stwierdzam, że jego artykuł w „Służbie Zdrowia“ miał przy jego niewątpliwie dobrych intencjach także i szkodliwe następstwa. Szkodliwość jego polega na podważaniu zaufania społeczeństwa do szpitali psychiatrycznych oraz na odmawianiu satysfakcji ciężko pracującym psychiatrom i paraliżowaniu ich entuzjastycznego stosunku do pracy niesprawiedliwą krytyką.

Po wypowiedziach dr *Pomianowskiego* spodziewałem się, że jednak dalsza jego działalność publicystyczna na temat psychiatrii będzie uwzględniała nie tylko moje, ale i innych dyskutantów zastrzeżenia. Proszę o krytykę, ale o obiektywną.

WNIOSKI

ZGŁOSZONE NA XXIII ZJEŹDZIE PSYCHIATRÓW POLSKICH WE WROCŁAWIU

1. Dr *St. Cwynar*.

W związku z niejednolicie traktowaną na terenie Polski sprawą zawiadamiania sądów o przyjęciu każdego chorego do szpitala psychiatrycznego na leczenie, XXIII Zjazd Psychiatrów Polskich prosi Ministerstwo Zdrowia o spowodowanie uchynienia tego obowiązku zawiadamiania sądów.

Uzasadnienie: korespondencje szpitali w sprawie ubezwłasnowolnienia każdego nowoprzyjętego chorego zabierają lekarzom czas potrzebny na leczenie chorych i właściwie nie mają praktycznego znaczenia, bo 85% przyjętych chorych opuszcza szpital po paru tygodniach i niepotrzebnie toczy się dalej sprawa ich ubezwłasnowolnienia. Prócz tego sama sprawa ubezwłasnowolnienia jest szkodliwie szokującym urazem, godzącym w ozdrowieńców po opuszczeniu szpitala.

2. Dr St. Cwynar.

W związku z rozpoczętą serią artykułów krytykujących działalność i pracę ośrodków psychiatryczno-lekarskich — XXIII Zjazd Psychiatrów Polskich uznaje potrzebę i doniosłe znaczenie krytyki i samokrytyki. Jednakże Zjazd zaznacza i podkreśla, że krytyka powinna być poważna, fachowa, zachowująca troskę o niewywoływanie w społeczeństwie urazu i nieufności do szpitali psychiatrycznych.

Uzasadnienie: Zarzuty krytyczne powinny uwzględniać nie tylko życzenia krytyka, ale też i realne możliwości szpitali psychiatrycznych w obecnej sytuacji, w której wobec braku lekarzy, każdy lekarz często pracuje bezinteresownie znacznie więcej, niż to wynika z jego umowy z zakładem pracy.

3. Dr Zdzisław Jaroszewski.

Walne Zebranie P.T.P. wzywa Zarząd Główny do interwencji w Ministerstwie Zdrowia w celu ustalenia dawnego stanu posiadania lecznictwa psychiatrycznego na Ziemiach Odzyskanych i o podjęcie starań w kierunku odzyskania obiektów i urządzeń dawniejszych psychiatrycznych instytucji leczniczych, ponieważ są one niezbędne dla powiększenia ogólnej ilości łóżek psychiatrycznych.

4. Dr Pogorzelski.

XXIII Zjazd Psychiatrów Polskich stwierdza brak w kraju podręcznika psychiatrii, który by odpowiadał wymaganiom współcześnie pojętej wiedzy na tym odcinku.

Zjazd wzywa Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, by w oparciu o Ministerstwo Zdrowia zajęło się niezwłocznie pracami zmierzającymi do wydania zbiorowej pracy w formie podręcznika psychiatrii. Ponieważ jednak ukazanie się takiego podręcznika praktycznie trwać może do lat 3-ich, Zjazd zaleca T-wu Psychiatrycznemu zajęcie się przetłumaczeniem na język polski „Psychiatrii“ — Gurewicza.

5. Prof. E. Wilczkowski i dr F. Kaczanowski.

W związku z podjętą przez Ministerstwo Zdrowia akcją powiększania ilości łóżek somatycznych — Zjazd stwierdza, że szpitalnictwo psychiatryczne dotknięte jest również wielkim brakiem łóżek.

Zjazd zwraca się do Ministerstwa Zdrowia z dezyderatami, aby:

1) do szpitali psychiatrycznych włączać takie tylko łóżka somatyczne, które pozostają w ramach zespołu specjalistycznego (neurologia, neurochirurgia, neuropsychiatria dziecięca),

2) akcja powiększenia ilości łóżek somatycznych w żadnym wypadku nie odbywała się kosztem zmniejszenia niedostatecznego w chwili obecnej i na danym terenie stanu łóżek psychiatrycznych.

6. Dr Wassermann.

XXIV Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zwraca się do Ministerstwa Zdrowia w następującej, bardzo pilnej sprawie: istnieje projekt

zlikwidowania Szpitala Psychiatrycznego we Wrocławiu z pozostawieniem jedynie Kliniki Psychiatrycznej na 130 łózek. Wobec równoczesnej likwidacji oddziału psychiatrycznego szpitala św. Franciszka w Kłodzku, powstałaby wręcz katastrofalna sytuacja, gdyż 130 łózek musiałoby obsłużyć cały Dolny Śląsk, który przed wojną dysponował 16 zakładami psychiatrycznymi, z których największy miał ponad 1000 łózek.

Prosimy o szybką interwencję.

Przewodniczący Zjazdu prof. dr *Wilczkowski* na zakończenie Zjazdu dokonuje ogólnego przeglądu przebiegu Zjazdu i jego wyników.

1. Pierwsze trzy referaty, zaś szczególnie obszerna dyskusja i jej wyniki świadczą o tym, że psychiatria polska zdecydowanie wkracza na drogę nowoczesnych metod badania, a w szczególności na drogę badań metodą dialektyczną.

2. Zjazd był bogato reprezentowany referatami na różne tematy, przy tym uczestnicy Zjazdu mieli dostateczną ilość czasu na dyskusję.

3. Liczne referaty z zakresu psychiatrii społecznej, psychiatrii dziecięcej i lecznictwa przemawiają za tym, że psychiatria polska pragnie sprostać potrzebom Państwa Ludowego.

4. Ogólne wyniki obrad, jak również uchwały zjazdowe stanowią pewien pozytywny wkład do nauki polskiej i do wymagań chwili bieżącej.

5. Poziom niektórych referatów, zaś zwłaszcza poziom niektórych przemówień w dyskusji nie całkowicie odpowiadał powadze zjazdu naukowego, niektóre wystąpienia raczej nadawały się na posiedzenia oddziałów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, nie zaś na Zjazd Ogólny. Istnieje jednak całkowita pewność, że kierownicy poszczególnych placówek pracy naukowej potrafią dać młodym siłom naukowym odpowiednie instrukcje na przyszłość. Podkreślenie tego momentu podyktowane jest koniecznością stałego dążenia do postępu.

6. Organizacja Zjazdu mogłaby budzić pewne zastrzeżenia, dotyczące zresztą pewnych szczegółów, nie posiadających znaczenia dla ogólnego przebiegu Zjazdu, na ogół jednak można wyrazić podziw, że wyjątkowo nieliczna grupa organizatorów potrafiła zorganizować Zjazd o wyjątkowo dużej liczbie uczestników łącznie z wycieczką statkiem po Odrze i autokarami po mieście w krótkich przerwach pomiędzy obradami.

Prof. dr *Wilczkowski* w imieniu Zjazdu składa serdeczne podziękowanie organizatorom Zjazdu na ręce przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego prof. dr *Demianowskiego* za poniesione trudy i przyjęcie.

Uczestnicy Zjazdu dziękują hucznymi oklaskami.

Przewodniczący Zjazdu prof. dr *Wilczkowski* zamknął XXIII Zjazd Psychiatrów Polskich o godz. 20 min 40.

S P R A W O Z D A N I E
Z XXV WALNEGO ZGROMADZENIA CZŁONKÓW POLSKIEGO TOWARZYSTWA
PSYCHIATRYCZNEGO,

odbytego dn. 29 maja 1950 r. na XXIII Zjeździe Psychiatrów Polskich we Wrocławiu.

Dnia 29 maja 1950 r. w ramach XXIII Zjazdu Psychiatrów Polskich we Wrocławiu odbyło się XXV Walne Zebranie członków Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Liczba obecnych — 50 członków.

P o r z ą d e k d z i e n n y :

- 1) Zagajenie.
- 2) Wybór członków prezydium.
- 3) Odczytanie sprawozdania z XXIV Walnego Zgromadzenia.
- 4) Sprawozdanie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- 5) Sprawozdanie sekretarza Komitetu Narodowego Międzynarodowego Zjazdu Psychiatrów w Paryżu.
- 6) Sprawa Komisji Rewizyjnej.
- 7) Dyskusja.
- 8) Wybór miejsca następnego XXVI Zjazdu Psychiatrów Polskich.
- 9) Wybór tematów na XXIV Zjazd Psychiatrów Polskich.
- 10) Wybór nowych członków Zarządu na miejsce 3 ustępujących.
- 11) Wybór członków Komisji Rewizyjnej.
- 12) Wolne wnioski.

Ad 1 i 2). Po krótkim zagajeniu (*Handelsman*) wybrano członków prezydium w osobach: *Jaroszewski* — przewodniczący zebrania, *Piątkowski* — sekretarz zebrania.

Ad 3). Odczytano sprawozdanie z XXIV Walnego Zgromadzenia i zarządzono dyskusję, w której zabrali głos *Kancewiczowa* i *Malinowski*

Kancewiczowa przypomina, że na poprzednim Zgromadzeniu wybrano 5-osobową komisję dla przeprowadzenia zmiany statutu, o czym nie ma wzmianki w sprawozdaniu. *Malinowski* w sprawie komisji wyjaśnia, że nie została ona wybrana.

Ad 4). Odczytano kolejno następujące sprawozdania:

- 1) sekretarza generalnego — *Kaczanowskiego*,
- 2) skarbnika P. T. P. — *Korzeniowskiego*,
- 3) redakcji „Rocznika Psychiatrycznego“ — *Handelsmana*.

Ad 4, 5, 6). Po odczytaniu kolejnych sprawozdań (Zarządu Głównego, sekretarza Komitetu Międzynarodowego Zjazdu Psychiatrów oraz Komisji Rewizyjnej) sprawozdawcy złożyli odpowiednie teksty na ręce przewodniczącego.

Ad 7). D y s k u s j a :

Bielawski nawiązując do wzmianki w sprawozdaniu Zarządu o potrzebie przestrzegania „dobrych obyczajów“ w dyskusji, wyraża przypuszczenie, że ma to zwią-

zek z jego artykułem pt. „Jatrogen“, który ukazał się w „Służbie Zdrowia“, i oświadcza, że artykułu tego nie oddawał do druku i nie ponosi odpowiedzialności za jego ukazanie się. Jednocześnie wyjaśnia, że artykuł ten jest stenogramem pewnego zebrania, który bez jego wiedzy dostał się do druku i sądzi, że obecne wyjaśnienie powinno wpłynąć na zmianę odnośnego ustępu w sprawozdaniu Zarządu.

Bilikiewicz poddaje ostrej krytyce dotychczasową pracę Zarządu. Według *Bilikiewicza* Zarząd zasłużył na wiele zastrzeżeń, a nawet poważnych zarzutów. Strona organizacyjna działalności Zarządu ma bardzo duże braki. Zarząd nie posiada ewidencji członków, nie zorganizował regularnego ściągania składek, nie odtworzył zaginionego statutu oraz regulaminu obrad zjazdowych, co odbija się ujemnie na pracy oddziałów. Działalność wydawnicza wyraża się właściwie wydaniem tylko 3 zeszytów „Rocznika Psychiatrycznego“. Zarząd nie zabiegał dość energicznie o rychłe ich wydanie, tak iż wiele z zamieszczonych tam prac ukazało się z wieloletnim opóźnieniem, co jest krzywdą dla autorów, a niejednokrotnie grozi utratą prawa priorytetu. Redakcja zwykła gubić przesłane jej maszynopisy, jak np. maszynopis artykułu *Bilikiewicza* „Pamięć, a świadomość“. Również korekta jest wyjątkowo niedbała.

W dalszym ciągu swej wypowiedzi *Bilikiewicz* zwraca uwagę na brak krytyki naukowej w psychiatrii, której miejsce zajmuje często krytyka tajna, nie spełniająca swego celu. *Bilikiewicz* ocenia również ujemnie ustosunkowanie się Zarządu do Międzynarodowego Kongresu Psychiatrów w Paryżu 1950 r. Zarząd nie wykorzystał tej wielkiej okazji do przedstawienia dorobku polskiej psychiatrii na terenie międzynarodowym, podczas gdy każdy z reprezentowanych na Kongresie narodów dołożył wszelkich starań w tym kierunku. Na temat referatu głównego w Paryżu wybrano referat prof. *Dreszera* o metodyce badań nad powrotem pamięci u poddanych elektrowstrząsą, temat godny wprawdzie uwagi, lecz będący mimo wszystko tylko przyczynkiem. Referat ten pośród innych tematów głównych, podanych w całości przez referentów obcych, wydrukowany został tylko w streszczeniu, czego przyczyną miały być rzekomo trudności materialne. *Bilikiewicz* zapytuje, co się stało z innymi referatami polskich psychiatrów przeznaczonymi na Międzynarodowy Kongres w Paryżu. W świetle podniesionych zarzutów, *Bilikiewicz* uważa za konieczną reorganizację P.T.P. i oświadcza, że oceniając ujemnie działalność Zarządu — wstrzyma się od głosowania nad udzieleniem Zarządowi absolutorium.

Cwynar zgadza się z niektórymi wywodami *Bilikiewicza* i ze swej strony daje przykład skutków zaniedbania jak najszybszej publikacji w „Roczniku“ osiągnięć pracowników naukowych. Praca złożona przez niego w Redakcji „Rocznika“ w r. 1945 ukazała się w roku 1949 i w związku z tym pewne ujęcia zagadnienia nawet dla samego autora stały się już zupełnie obce. Podobnie straciła zupełnie na aktualności praca *Cwynara* poświęcona zbudowaniu przez autora aparatu do elektronarkozy.

Cwynar porusza następnie sprawę „dobrych obyczajów“, które winny obowiązywać autorów artykułów krytycznych ogłaszanych w prasie. *Cwynar* zastrzega się, że nie ma zamiaru polemizować w tym miejscu z artykułem *Pomianowskiego* pt. „Lekarz nie kapituluje“, a który ma być krytyką szpitala, w którym *Cwynar* pracuje. *Cwynar* uważa, że Zarząd Główny powinien czuwać nad tymi sprawami i zająć stanowisko wobec faktu, że na łamach popularnej prasy lekarskiej podejmuje się krytykę pracy naszych szpitali przez autora, który nie uwzględnia zupełnie warunków powodujących niedociągnięcia w pracy. Jednocześnie zwraca się z apelem do Zarządu Głównego o interwencję w sprawie ukazania się w prasie jego artykułu polemizującego z artykułem *Pomianowskiego*.

Mackiewicz Zofia zapytuje, co uczynił Zarząd Główny w celu rozpowszechnienia tematów głównych Międzynarodowego Kongresu Psychiatryków i czy zainteresował tą sprawą czynniki nadrzędne.

Handelsman w odpowiedzi dyskutantom wyjaśnia, że część postawionych zarzutów bierze na siebie. Jednocześnie oświadcza, że w sprawie opóźnionego ukazywania się prac w „Roczniku Psychiatrycznym“ z jednej strony ponoszą winę sami autorzy, którzy piszą niechlujnie, przyczyniając się tym do przedłużania pracy redakcyjnej oraz wykonywania korekty, z drugiej zaś strony — Instytut Wydawniczy. *Handelsman* podkreśla, przy tym bardzo małą aktywność członków Towarzystwa, którzy we wszystkich sprawach zdają się na Zarząd.

Co do rzekomo zaginionej pracy *Bilikiewicza*, *Handelsman* wyjaśnia, że praca ta nie została zagubiona, lecz przez pewien czas nie można jej było odnaleźć w papierach pozostałych po prof. *Mazurkiewiczu*.

Na temat braku krytyki ukazujących się prac naukowych *Handelsman* podaje, że należy się liczyć z brakiem odpowiednich krytyków oraz z faktem, że niektóre prace szybko ulegają dezaktualizacji. Zarzut postawiony Zarządowi, jakoby krytyka miała się odbywać poza plecami krytykowanego, jest fałszywy i wymaga udowodnienia faktami.

Co do Międzynarodowego Kongresu Psychiatryków w Paryżu *Handelsman* wyjaśnia, że napotkano na bardzo duże trudności, w czym winę ponosi przede wszystkim Narodowy Komitet Organizacyjny. Niektórzy członkowie Komitetu nie zgłaszali się na zebrania. Podczas gdy inni referenci podsekcji leczniczej, jak np. *Cerletti*, przysyłali swoje prace do oceny na ręce przewodniczącego podsekcji — *Handelsmana*, *Dreszer* tego nie uczynił, tak że oceniający pracy tej w ogóle nie widział. W przysłanych referatach Międzynarodowego Kongresu Psychiatryków praca *Dreszera* jest wydrukowana w całości, a nie w skrócie. Spośród prac zgłoszonych na Międzynarodowy Kongres Psychiatryków 5 prac zostało wycofanych przez samych autorów. Co do pracy *Bilikiewicza*, która nie została wydrukowana, *Handelsman* wyraża zdziwienie, że autor dotychczas nie dowiadywał się w redakcji „Rocznika“ dlaczego się tak stało.

Bilikiewicz zapytuje co się stało z pracą *Kryzana* o bestialstwach hitlerowskich w Kocborowie. *Handelsman* odpowiada, że pracy *Kryzana* nie otrzymał.

Koziorowski zapytuje, dlaczego dotychczas nie otrzymał żadnego numeru „Rocznika Psychiatrycznego“, choć opłaca od pięciu lat składki.

Handelsman odpowiada, że za takie fakty odpowiedzialni są sami członkowie Towarzystwa, którzy są bierni; z taką sprawą zwrócić się należy do Instytutu Wydawniczego.

Sedlaczek-Komorowski podnosi sprawę nieuporządkowanej kartoteki członków Towarzystwa, w której wielu członków w ogóle nie figuruje i prosi o wyjaśnienie, jak załatwiono sprawę członków honorowych.

Wilczkowski odpowiadając na zarzuty stawiane Zarządowi Głównemu za braki organizacyjne wyjaśnia, że technika pracy Zarządu jest utrudniona, ponieważ część Zarządu znajduje się w Warszawie, natomiast on sam, przebywając w Łodzi, nie może rozwinąć należytej aktywności jako wiceprzewodniczący. Jednocześnie *Wilczkowski* zapytuje, jakie referaty zostały ostatecznie zgłoszone na Międzynarodowy Kongres Psychiatryków.

Handelsman odpowiada, że zgłoszono referaty: *Wilczkowskiego*, *Szymańskiej* i *Dreszera*.

Sekretarz generalny — *Kaczanowski* w odpowiedzi dyskutantom oświadcza, że na część zarzutów dotyczących pracy Zarządu Gł. odpowiedział już *Handelsman*.

Ze swej strony dodaje następujące uwagi. Zarzut dotyczący braku uporządkowanej ewidencji członków Towarzystwa *Kaczanowski* uważa za słuszny, choć część winy ponoszą i oddziały Towarzystwa.

Co do sprawy statutu *Kaczanowski* wyjaśnia, że statut nie zaginął i jest do dyspozycji.

Co do sprawy braku krytyki naukowej *Kaczanowski* stwierdza, że nieznaną jest sekretarzowi generalnemu taka sytuacja, aby jakąś pracę opiniowano w sposób tajny. Zarząd Główny może przyjąć tylko zarzuty ściśle sprecyzowane, a nie w formie niedomówionej. Zarząd Główny rzeczywiście zaniedbał wiele spraw: nie dopilnował wykonania dezyderatów XXIII Zjazdu Psychiatrów w Ministerstwie Zdrowia, nie załatwił sprawy członkostwa honorowego i zarzuty nawiązujące do tych zaniedbań są słuszne.

W odpowiedzi *Bielawskiemu Kaczanowski* stwierdza, że po wyjaśnieniu *Bielawskiego* zdanie o „dobrych obyczajach“ nie trafia w osobę *Bielawskiego*, lecz jest nadal aktualne w związku z faktem ukazywania się w prasie szkodliwych artykułów.

Kancewiczowa stwierdza, że krytyka *Bilikiewicza* zawiera te same błędy, z których czyni on zarzut Zarządowi Głównemu. Nie można zgodzić się ze stanowiskiem *Bilikiewicza*, który nie chce wyjawiać źródła rzekomo posiadanych przez niego poufnych wiadomości: o tych sprawach należy mówić otwarcie, lub nie mówić wcale. Przechodząc do krytyki działalności Zarządu Głównego, *Kancewiczowa* stwierdza, że Zarząd nie dał zadowalającej odpowiedzi na zarzuty, które mu postawiono jak np. w sprawie statutu. Poważne zaniedbanie dotyczy również sprawy współzawodnictwa pracy na terenie szpitali psychiatrycznych. Komisja zebrała się, z trudem wykonała powierzone jej zadanie i praca ta leży bez żadnego dalszego biegu w Zarządzie Głównym. Zarząd otrzymał wiele wniosków i zaleceń, które podjął się załatwić, a których wykonanie nie zostało dopilnowane.

Kancewiczowa nie uważa, aby artykuły o „jatrogenie“ i o szpitalu w Kobierzynie mogły komuś wyrządzić krzywdę, należy jednak domagać się, aby umieszczono w prasie odpowiedź na stawiane w artykułach zarzuty.

Bilikiewicz odpowiadając na zarzut, że nie ujawnia pochodzenia posiadanych przez niego wiadomości o „tajnej krytyce“, oświadcza, że nikt chyba nie może mu zarzucić braku cywilnej odwagi, niemniej w tym wypadku zobowiązuje go dyskrekcja.

Wilczkowski uważa, że należy podkreślić również i pozytywne osiągnięcia Zarządu Głównego. Zarząd mimo dużych trudności wiele prac wykonał nadprogramowo. Z inicjatywy Zarządu przedstawiono na obecnym Zjeździe Psychiatrów trzy referaty ideologiczne, które były bardzo potrzebne.

Kostkiewicz jest zdania, że referaty ideologiczne przedstawione na obecnym Zjeździe zapoczątkowały nowy okres w psychiatrii polskiej. W ten sposób nabiera realnych kształtów dezyderat *Kostkiewicza* z r. 1947, aby zbliżyć się do psychiatrii radzieckiej. Co do dyskutowanych artykułów w prasie, *Kostkiewicz* jest zdania, że artykuły takie zaostrzają wprawdzie czujność nowej psychiatrii na pewne zagadnienia, jednak w ostatecznym swym wyniku są społecznie szkodliwe. Nie wolno dopuścić do tego, aby na łamach popularnej prasy lekarskiej ukazywały się artykuły przedstawiające zagadnienia szpitalnictwa psychiatrycznego jednostronnie i bez uwzględnienia całokształtu warunków rozwojowych.

Cwynar stawia wniosek o udzielenie Zarządowi Głównemu absolutorium.

Przed głosowaniem przewodniczący zebrania udziela głosu sekretarzowi generalnemu — *Kaczanowskiemu*.

Kaczanowski oświadcza, że krytyka *Kancewiczowej* jest słuszna; istotnie nie wszystkie wnioski XXIV Walnego Zgromadzenia zostały wykonane. Wina za ten

stan rzeczy spada na sekretarza generalnego, którego nie tłumaczy nawał spraw bieżących. Co do sprawy współzawodnictwa *Kaczanowski* wyjaśnia, że materiał do tego zagadnienia wpłynął w końcu kwietnia i Zarząd Główny nie mógł jeszcze tej sprawy rozpracować. Co do sprawy statutu nie należy się z tą sprawą śpieszyć, gdyż Kongres Nauki Polskiej uporządkuje sprawę statutów towarzystw naukowych.

Przyszły Zarząd będzie musiał się zajmować nie tylko sprawami naukowymi i wydawniczymi, ale i organizacyjnymi, jak: sprawy leczenia zamkniętego i otwartego, opieki psychiatrycznej itd.

Przewodniczący poddaje pod głosowanie wniosek *Cwynara* o udzielenie absolutorium Zarządowi Głównemu. Zebrani, oprócz *Bilikiewicza*, który wstrzymał się od głosowania, popierają wniosek.

Ad 8). Na propozycję *Handelsmana*, jako miejsce następnego XXIV Zjazdu Psychiatrów wybrano Tworki, Drewnicę i Warszawę.

Ad. 9). Jako tematy główne na XXIV Zjazd spośród 8 tematów wytypowanych dla psychiatrii przez Kongres Nauki zgłoszono:

- I. Psychonerwice ze stanowiska klinicznego i społecznego.
- II. Alkoholizm.
- III. Organizacja leczenia psychiatrycznego zamkniętego i otwartego z punktu widzenia postępu wiedzy psychiatrycznej.

Koziorowski proponuje przyjąć wszystkie zgłoszone tematy.

Bielawski proponuje temat o wczesnym rozpoznaniu schizofrenii mający duże znaczenie dla lekarzy poradni.

Bilikiewicz proponuje wprowadzić temat „psychiatria dziecięca“.

Kaczanowski nie uważa za możliwe rozpracowanie tego tematu ze względu na brak specjalistów w tej dziedzinie.

Handelsman zgadza się z *Kaczanowskim* i proponuje utrzymać temat psychonerwic, nad którymi już pracują różne ośrodki.

Szymańska proponuje wprowadzenie do każdego z tematów głównych osobnego działa dotyczącego psychiatrii dziecięcej.

Jus uważa, że tematów jest bardzo dużo i że lepiej skoncentrować pracę ośrodków naukowych na mniejszej liczbie tematów.

Bilikiewicz twierdzi, że psychiatria dziecięca jest w zaniedbaniu i dlatego potrzebny jest referat programowy, który by nakreślił zadania w tej dziedzinie.

Wilczkowski podnosi, że Kongres Nauki rozpracuje problematykę i planową pracę w dziedzinie psychiatrii na okres planu 6-letniego.

Zajączkowski stwierdza, że tematy muszą być podzielone między poszczególne ośrodki naukowe i że temat psychiatrii dziecięcej, jako najmniej znany, trzeba podjąć już teraz.

Jaroszewski twierdzi, że poważne podejście do tematów wymaga nowej techniki zjazdowej i że nie można poważnie rozpracować więcej jak 2 tematy.

Gallus dowodzi, iż w planie 6-letnim nastąpią zmiany w organizacji leczenia i dlatego trzeba wybrać na Zjazd jeden temat ogólny i dwa praktyczne.

Jus podkreśla, że zadaniem naszym jest jak najszybsze włączenie się w plan 6-letni i w tym celu Polskie Towarzystwo Psychiatryczne musi rozplanować pracę pomiędzy poszczególne ośrodki naukowe.

Piątkowski stwierdza, że ponieważ wszystkie tematy wytypowane przez podsekcję kliniczną Kongresu Nauki znajdują swe opracowanie w ramach planu 6-letniego — najważniejsze jest ustalenie, które ośrodki podejmą poszczególne badania w zakresie ustalonej tematyki.

Handelsman uważa, że należy wybrać tylko dwa tematy; jego zdaniem temat psychiatrii dziecięcej przerasta w obecnej chwili możliwości poszczególnych zakładów.

Sikorska uważa, że temat neuropsychiatrii dziecięcej jest bardzo ważny i należy go wprowadzić usuwając temat o alkoholizmie.

Chłopiński proponuje wyznaczyć dwa tematy główne, a inne tematy pomieścić w pozostałych 6.

Jus proponuje, aby Zarząd Główny rozesłał spis tematów do wszystkich szpitali i ośrodków naukowych i składa wniosek następującej treści: „Polskie Towarzystwo Psychiatryczne roześle w terminie do dn. 15.VI. problematykę ustanowioną przez podsekcję kliniczną Kongresu Nauki do wszystkich ośrodków psychiatrycznych. W terminie trzymiesięcznym do dn. 15.IX. ośrodki prześlą Zarządowi Głównemu P.T.P. dokładny plan pracy w zakresie problematyki ustalonej przez podsekcję kliniczną Kongresu Nauki“.

Wniosek *Jusa* przechodzi jedomyślnie.

Przewodniczący zarządza głosowanie nad wyborem tematu głównego na przyszły Zjazd Psychiatryków.

Większością 2 głosów przechodzi temat: „Alkoholizm przewlekły“.

Ad 10. *Kostkiewicz* proponuje na miejsce ustępujących członków Zarządu (*Brzezickiego*, *Dreszera* i *Kaczyńskiego*) kandydatów w osobach *Jusa*, *Jaroszewskiego* i *Kaczyńskiego*.

Proponowanych kandydatów wybrano jednogłośnie.

Ad 11). Zatwierdzono dawny skład Komisji Rewizyjnej.

Ad 12). Wolne wnioski.

Katzenellenbogen podaje do wiadomości ogółu, że w związku z projektem Ministerstwa połączenia oddziałów neurologii, neurochirurgii i psychiatrii dotychczasowa liczba łóżek psychiatrycznych w Klinice Wrocławskiej z 280 ma być zmniejszona do 140. Zmniejszanie dotychczas już niewystarczającej liczby łóżek stworzy sytuację bardzo trudną. W tych warunkach jedynym wyjściem byłaby budowa szpitala psychiatrycznego na terenie woj. wrocławskiego.

Korzeniowski oświadcza, że wie o tej sprawie i że wystąpił już z interwencją do odpowiedniej komórki Ministerstwa. Zajęcie odpowiedniego stanowiska przez Walne Zgromadzenie może mieć wpływ na dalszy bieg tej sprawy.

Węciewicz oświadcza, że podobnie ma ulec likwidacji udział psychiatryczny w Kłodzku.

Gallus powiadamia, że przed wojną w województwie wrocławskim było 16 zakładów psychiatrycznych, w tym niektóre ponad 1000 łóżek.

Jus stwierdza, że pomysł połączenia oddziałów jest dobry, ale trzeba dać zaplecze psychiatryczne na co najmniej 300—400 łóżek. Projekt zmniejszenia łóżek psychiatrycznych jest w tej chwili szkodnictwem społecznym. Należy wysłać pisma z protestem do Departamentu Nauki i do wicemin. *Sztachelskiego*.

Kaczanowski proponuje rozszerzyć zagadnienie na zagadnienie ogólne łóżek psychiatrycznych i stwierdza niewłaściwy stosunek Ministerstwa Zdrowia do sprawy opieki nad chorymi psychicznie. Stąd projekty, aby szpitale w Tworkach, Kobierzynie, Kochanówce zamienić częściowo na szpitale detencyjne. Projekt ten uległ modyfikacji i mówi się teraz o przesunięciu chorych chroniczków. Walne Zgromadzenie powinno wybrać delegację w celu przedstawienia tych spraw wiceministrowi *Sztachelskiemu*.

Wilczkowski popiera ten projekt zaznaczając, że liczbę łóżek w Kochanówce zmniejszyć mają do 120, stwierdzając, że obecna sytuacja wymaga nie zmniejszenia, a powiększenia liczby łóżek psychiatrycznych.

Wassermann prosi o przegłosowanie wniosku dotyczącego protestu w sprawie zmniejszenia łóżek psychiatrycznych w Klinice Wrocławskiej.

Sekretarz generalny odczytuje wnioski:

- 1) nagły — dotyczący Wrocławia,
- 2) ogólny — dotyczący szpitalnictwa psychiatrycznego w ogóle.
- 3) *Falkowskiego* — o całości zagadnienia psychiatrycznego.

Wnioski przyjęto jednomyślnie.

Na tym zebranie zamknięto.

Sekretarz

(—) *F. Piątkowski*

Przewodniczący

(—) *Z. Jaroszewski*

STRESZCZENIA PRAC POLSKICH

L. Korzeniowski i L. Choróbski

„DOŚWIADCZENIA Z LEUKOTOMIĄ“

*Polski Przegląd Chirurgiczny, tom XXI, lipiec — wrzesień 1949,
nr. 3, str. 531 — 535.*

Autorzy podają swoje spostrzeżenia i wnioski na podstawie doświadczeń własnych i piśmiennictwa światowego. Leukotomia jest zabiegiem paliatywnym, stosowanym raczej w stanach podniecia psychoruchowych i napięć uczuciowych. Leukotomię należy stosować tylko u tych chorych, u których zawiodły inne sposoby leczenia. Autorzy podkreślają ważność wykonywania zabiegu pod kontrolą wzroku. Powikłania, grożące bezpośrednio po zabiegu: bezdech, porażenia połowicze, pobudzenie wymiotne. Zgon najczęściej spowodowany jest krwotokiem śródczaszkowym. Powikłania późniejsze: rozszerzenie źrenic, drgawki padaczkowe, objawy moczówki prostej, zanieczyszczanie się — zwłaszcza moczem, zaburzenia odżywcze. W wypadkach poprawy — zmiany w psychice i zachowaniu — pojawiają się zazwyczaj już po operacji, jednak ustalenie się stanu poprawy trwa do 2 lat.

Wnioski:

1) leukotomia pozwala na powrót do społeczeństwa $\frac{1}{3}$ chorych uważanych dotąd za nieuleczalnych,

2) z czasem zabieg ograniczać się będzie tylko do tych szlaków w istocie białej, od których zależy poprawa,

3) wyniki leukotomii należy wykorzystać dla badań nad fizjologią i fizjopatologią mózgu oraz dla badań porównawczych psychiki chorych w okresie przedchorobowym i pooperacyjnym.

Aniela Piekarska.

L. KORZENIOWSKI

„STAN OBECNY LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO“

SZPITALNICTWO POLSKIE, tom I, 1948 r., nr 3 — 4, str. 345 — 358.

Autor, ilustrując liczbami, przedstawia porównawczo obecny i przedwojenny stan leczenia psychiatrycznego w Polsce; podkreśla duże straty w okresie wojny — zarówno w personelu, jak i w majątku szpitali psychiatrycznych. Autor stwierdza, że Państwo przywiązuje dużą wagę do zdrowia psychicznego, czego wyrazem jest:

- 1) utworzenie Wydziału Zdrowia Psychicznego w Ministerstwie Zdrowia,
- 2) podwyższenie uposażenia personelowi szpitali psychiatrycznych,
- 3) przyznawanie stypendiów na specjalizację lekarzy w psychiatrii,
- 4) szkolenie personelu pomocniczego,
- 5) wstawienie do budżetu znacznych sum na zjazdy i prace naukowe.

Autor omawia dalej organizację lecznictwa psychiatrycznego i poświęca dużo miejsca zagadnieniom leczenia alkoholików, zwracając uwagę na konieczność dalszego rozwoju poradni przeciwalkoholowych, a wreszcie przedstawia projekt organizacji zakładów wychowawczo - leczniczych w pobliżu szpitali psychiatrycznych — z przeznaczeniem dla alkoholików.

A. P.

A. OPALSKI

„O MOŻLIWOŚCIACH ISTNIENIA OGNISKOWYCH ORGANICZNYCH
USZKODZEŃ PODWZGÓRZA, NAŚLADUJĄCYCH ZESPOŁY NERWIC
WEGETATYWNYCH“

NEUROLOGIA POLSKA, tom XXIII, zeszyt 2, 1949 r., str. 183 — 210.

Po przedstawieniu zarysu budowy histologicznej i właściwości fizjologicznych podwzgórza, autor podaje opis zespołu nerwicowego, opierając się na obserwowanych przez siebie przypadkach, w liczbie około 20. Omawiany zespół polega na :

- 1) objawach sympatykotonii (napadowe bicie serca, chwilowy wzrost ciśnienia),
- 2) zespołach o charakterze przywspółczulnym (napadowe częste wydzielanie moczu z częstym parciem na pęcherz),
- 3) rytmicznych migotaniach w polu widzenia i mroczkach,
- 4) zaburzeniach błędnikowych w postaci zawrotów głowy,
- 5) napadach zaburzeniach akomodacji,
- 6) napadach osłabień, prowadzących do krótkotrwałego bezwładu,
- 7) napadach lęku z uczuciem zbliżającej się śmierci.

Autor przypuszcza, że objawy dadzą się sprowadzić do jednego ogniska ; objawy sympatykomimetyczne — do tylnych odcinków podwzgórza, zaburzenia akomodacyjne i zespół objawów błędnikowych — do dogłowych odcinków śródmózgowia, napadowe uczucie lęku — do podrażnienia ciała siateczkowatego. Przebieg choroby : początek nagły — po gorączce, choroba trwa długo, mija stopniowo, sugestia nie odgrywa roli w leczeniu, brak dziennych wahań stanu — tak częstych w nerwicach prawdziwych. Opierając się na powyższym, autor przypuszcza, że jest to mózgowy proces organiczny o wybiórczej lokalizacji, który może jest zapaleniem mózgu (*encephalitis*) lub uszkodzeniem o innym charakterze (*encephalosis*).

A. P.

ZDZISŁAW JAROSZEWSKI

„O ZASADACH LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO“

SZPITALNICTWO POLSKIE, tom I, 1948, nr 3 — 4, str. 407 — 420.

Autor podaje ogólne zasady leczenia psychiatrycznego i omawia zastosowanie poszczególnych metod leczenia. Leczenie psychiatryczne polega, w ogólnych zarysach,

na odosobnieniu, leczeniu wstrząsowym i psychoterapii. Dawniej — celem odosobnienia było zapewnienie bezpieczeństwa otoczeniu, obecnie — stosuje się je głównie ze względu na dobro chorego. W zakresie leczenia wstrząsowego — autor opisuje rozwój tej metody leczniczej, omawiając kolejno : zastosowanie zimnicy, insulinowe wstrząsy hipoglikemiczne, wstrząsy kardiazolowe i wreszcie — wstrząsy elektryczne, jako ostatni wyraz postępu w tej dziedzinie. Autor podkreśla, że klasyczne postaci schizofrenii tylko w niewielkim stopniu poddają się leczeniu wstrząsowemu. W U.S.A. niektóre postaci schizofrenii leczone są z powodzeniem za pomocą elektronarkozy. W zakresie psychoterapii — autor wymienia czynniki wpływające na psychoterapeutyczne kształtowanie środowiska ; ważną rolę odgrywa odpowiednia segregacja chorych, nawiązywanie i rozwijanie kontaktu personelu lekarsko - pielęgniarskiego z chorymi i chorych między sobą, leczenie pracą, awans chorego na oddziałach i w pracy, dobór otoczenia. Inne metody leczenia w psychiatrii : leukotomia — w przewlekłych stanach podniecenia, leczenie farmakologiczne, fizjoterapia, światłolecznictwo, leczenie prądem elektrycznym (diatermie) i promieniami Roentgena.

A. P.

F. PIĄTKOWSKI

„CENTRALNY INSTYTUT NAUKOWO — BADAWCZY PSYCHIATRII SĄDOWEJ

im. prof. SEREJSKIEGO“

ZDROWIE PUBLICZNE, nr 3 — 4 (11 — 12) marzec — kwiecień 1949,
str. 62 — 68.

Autor przedstawia zadania i prace Centralnego Instytutu Naukowo - Badawczego Psychiatrii Sądowej im. prof. Serejskiego w Mooskwie. Autor miał możliwość bezpośredniego zapoznania się z jedynym tego rodzaju na świecie zakładem naukowym podczas parotygodniowego w nim stażu.

Zdania Instytutu są bardzo różnorodne i polegają na :

- 1) ostatecznym wydawaniu orzeczeń z zakresu sądowo - psychiatrycznego,
- 2) organizowaniu i kontroli komisji sądowo - psychiatrycznych na prowincji,
- 3) organizowaniu szpitali lub oddziałów dla podsądnych,
- 4) szkoleniu nowych kadr specjalistów.

W zakresie naukowo - badawczym — Instytut wypracował wiele kryteriów praktycznej oceny poszczególnych jednostek klinicznych pod kątem widzenia psychiatrii sądowej. Zrewidowano także stosunek do dotychczasowej oceny psychopatów, a osobną pozycję badań stanowi rozpracowanie zagadnienia tzw. stanów wyjątkowych, do których należą upojenia patologiczne, afekt patologiczny, stany zamroczenia i t. d. Dla celów naukowo - badawczych i rozpoznawczych Instytut posiada : doświadczalny oddział rozpoznawczy i leczniczy, pracownię do badań elektrofizjologicznych, pracownię biochemiczną i psychotechniczną.

A. P.

ALEKSANDER OSSENDOWSKI

ZAGADNIENIE EWOLUCJI W SYMPTOMATYCE SCHIZOFRENII

Przeгляд Lekarski, seria II, Nr 4. 15.II.1950, str. 124 — 127.

„Człowieka stworzyło pięć jego zmysłów“, cytuje autor powiedzenie *Marksa*, a następnie przytacza poglądy *Adriana, Gilarowskiego*, oraz *Rubinsztajna, Mazurkiewicza* i innych: poglądy, które uzasadniają jedność somato-psychiczną osobowości człowieka oraz kształtujący wpływ warunków bytowania na życie psychiczne, — zarówno w stanie zdrowia jak i choroby.

Treścią urojeń w okresie rewolucji francuskiej były aktualne motywy polityczne, natomiast w Związku Radzieckim treść urojeń wielkościowych dotyczy korzyści osiągniętych osobiście, a nie drogą spadku czy wysokiego pochodzenia.

Mechanizmy wyładowania i przeróbki intrapsychoicznej wydają się być zmienne, przy czym zmienność ta zależy najprawdopodobniej od wpływów warunków bytowania.

Obserwuje się obecnie rzadziej niż dawniej, występowanie maniakalnej postaci porażenia postępującego, a psychoza maniakalno-depresyjna ustępuje miejsca na korzyść schizofrenii. Autor zmierza do wykazania zmian w obrazie chorobowym w obrębie samej schizofrenii, przytaczając na podstawie doświadczenia klinicznego w szpitalu psychiatrycznym w Abramowicach statystykę dotyczącą poszczególnych postaci schizofrenii za okres od 20.I.1945 r.

Ze statystyki tej wynika, że postaci zbliżone do *schizophrenia simplex* rozpoznano w 48% przypadków z ogólnej grupy schizofrenii. Autyzm przestaje być tłem w tej chorobie, staje się objawem dominującym. Autor opierając się na wywodach poniżej podanych upatruje przyczyny tej zmiany we wpływie warunków wojennych, które wpłynęły hamująco na popędy społeczne osobowości i przesunęły psychikę człowieka w Polsce — w kierunku odwrotnym, co ma stanowić odruch obrony jednostki.

A. P.

M. KACZYŃSKI

„WPLYW PAWŁOWA NA ROZWÓJ PSYCHIATRII“

Polski Tygodnik Lekarski Nr 43, 24/X 1949 r. str. 1283 — 1286.

Autor przedstawia w zwięzłym wykładzie przełom dokonany przez *Pawłowa* w zakresie badawczego myślenia psychiatrycznego, oraz wyjaśnia i uzasadnia na przykładach, na czym ten przełom polega.

Pawłow posługując się metodą konsekwentnie stosowanego doświadczenia naukowego, stworzył teorię odruchowości warunkowej i zapoczątkował nową, współczesną erę w historii rozwoju pojęć o stosunku fizjologii do psychologii, a tym samym zbudował naukowe podstawy dla materialistycznego ujęcia czynności psychicznych. Tworząc podstawy dla nowoczesnej psychofizjologii — pośrednio już wskazał równocześnie drogę po której kroczyć powinna psychiatria.

Mazurkiewicz, opierając się na metodzie *Pawłowa*, mógł opracować teorię ewolucyjno-dysolucyjną, której główne założenia biegną w grubszych zarysach równoległe do fizjologicznej koncepcji *Pawłowa*, o odruchach bezwarunkowych, jako elemencie powstawania odruchów nabytych.

„Ślady korowe“ i odruchy „spóźnione“ *Pawłowa* stały się źródłem interpretacji *Mazurkiewicza* o dużym znaczeniu psychofizjologicznym.

Zaburzenia w dynamizmie odruchów warunkowych stanowią już według *Pawłowa* istotę objawów nerwicowych i psychotycznych. Prace *Pawłowa* w zakresie hysterii, doświadczalnego wywoływania poszczególnych objawów chorób psychicznych, opis typów układu nerwowego, leczenie snem — stnowią bezpośredni wkład *Pawłowa* do psychiatrii.

A. P.

OSKAR BIELAWSKI

„NOWE DROGI LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO“

SZPITALNICTWO POLSKIE, tom. I, nr. 3 — 4, rok 1948, str. 359 — 376

Autor, opierając się na 10-letnim doświadczeniu w pracy na stanowisku dyrektora szpitala psychiatrycznego, podnosi konieczność zreformowania lecznictwa psychiatrycznego i wysuwa tezę o potrzebie przejścia na bardziej osobnicze metody leczenia. Dla zrealizowania tej tezy autor proponuje utworzenie specjalnych zakładów dla nieuleczalnie chorych i psychiatrycznych zakładów detencyjnych oraz całkowitą wewnętrzną reorganizację szpitali.

Ponadto autor stwierdza potrzebę utworzenia :

- 1) sanatoriów dla łagodnych postaci chorób psychicznych i nerwowych;
- 2) sanatoriów dla dzieci o łagodnych chorobach psychicznych i nerwowych;
- 3) zakładów wychowawczo - leczniczych dla alkoholików i narkomanów;
- 4) zakładów dla dzieci niedorozwiniętych z warsztatami i szkołą — z psychiatrą, jako kierownikiem, na czele.

A. P.

STRESZCZENIA PRAC OBCYCH

M. J. SEREJSKIJ

WYNIKI I PESPEKTYWY AKTYWNEGO LECZENIA PSYCHOZ.

Newropatologia i Psychiatria 1948 II.6. Str. 7—17.

Psychiatrzy sowieccy opierają wskazania do stosowania tej czy innej metody aktywnego leczenia nie na danych statystycznych, lecz na różnicowaniu czynnościowych, dynamicznych, odwracalnych zespołów. Ramy klasycznych form schizofrenii okazały się niedostateczne dla wypracowania wskazań do aktywnego leczenia. Okazało się, że, na przykład, katatonia *Kraepelina* zawiera różne struktury kliniczne, które w różny sposób reagują na leczenie aktywne.

To stało się bodźcem do szukania wskazań do aktywnego leczenia nie w ramach tak zwanych monolitowych postaci *Kraepelina*, statycznych i często opornych na leczenie, lecz w ramach dynamicznych, wielorakich, czynnościowych zespołów. Formy monolitowe to takie formy, gdzie proces osiąga „stadium równowagi na nowym poziomie“. Te formy widzi się coraz rzadziej, gdyż chorzy obecnie przychodzą na leczenie stosunkowo wcześniej.

Według materiałów klinicznych najlepsze wyniki w leczeniu schizofrenii daje leczenie insulinowe i przedłużonym snem. W świeżych przypadkach leczenia insuliną daje 58,7% remisji (A i B według klasyfikacji autora), przedłużony sen 41,2%,

leczenie elektrowstrząsowe — 25,6% przerywany sen amytalowy — 23,2%. Zestawienie materiału klinicznego dało możliwość podziału różnopościowych, dynamicznych zespołów na podstawie stopnia ich odwracalności pod wpływem różnych typów aktywnego leczenia.

Zespoły podzielono na następujące trzy grupy: 1) Zespoły całkowicie odwracalne, 2) Zespoły, które pod wpływem leczenia tracą swoją aktualność i wyrazistość, co prowadzi do polepszenia stanu chorego, 3) Zespoły całkowicie nieodwracalne.

Całkowicie odwracalne przy każdej metodzie aktywnego leczenia są następujące: zespół „ostry paranoidalny, zespół katatoniczno-oneryczny, zespół katatoniczno-paranoidalny z ostrą halucynozą. Całkowicie nieodwracalne przy każdej metodzie leczenia są: zespół paranoidalny usystematyzowany, zespół parafreniczny i paranoiczny, pusty stupor, chroniczne katatoniczne podniecenie i zespół hebefreniczny. Częściowo odwracalny przy każdym leczeniu jest zespół depresyjno-hipochondryczny. Zespół omamowo-paranoidalny całkowicie nie odwracalny przy leczeniu elektrowstrząsowym jest całkowicie odwracalny przy leczeniu insulinowym. Zespół omamowo - paranoidalny z cęnostopatiami i urojeniami oddziaływania, oraz zespół apatyczno-abuliczny nie poddające się leczeniu elektrowstrząsowemu są częściowo podatne na insulinę. Odwrotnie zespół depresyjny, nie poddający się leczeniu insuliną całkowicie ustaje przy leczeniu wstrząsami elektrycznymi, jak również częściowo zespół maniakalny. Zespół katatoniczno-depresyjno-paranoidalny i katatoniczno-hebefreniczny częściowo poddają się leczeniu insulinowemu i elektrycznemu, mniej leczeniu snem. W końcu zespół depresyjno-paranoidalny, depresyjno-asteniczny i nerwicopodobny, tylko częściowo odwracalny przy insulino- i elektroleczeniu, dają najlepsze wyniki przy długim nie przerywanym śnie. Zespół depresyjno-obsesyjny nie poddaje się insulino- i elektroleczeniu, częściowo natomiast poddaje się leczeniu snem amytalowym.

Powyższy schemat nie podaje wyczerpująco wszystkich klinicznych i odpowiadającym im leczniczych możliwości. Trzeba zawsze mieć na uwadze przebieg i zmienność obrazu chorobowego i odpowiednio do tego zmieniać też metodę leczenia.

Z powyższego widzimy, że w ramach schizofrenii elektrowstrząsowe leczenie daje najlepsze wyniki tam, gdzie mamy zaburzenia uczuciowości protopatycznej i psychomotoryki, zaś insulinowe leczenie daje najlepsze wyniki tam, gdzie mamy zaburzenia wyższych integracyjnych czynności umysłu i świadomości i częściowo wyższych funkcji woli. To samo mamy przy leczeniu psychoz nie schizofrenicznych. Doświadczenie wykazało, że w depresji inwolucyjnej leczenie elektrowstrząsowe daje dobry wynik w przeważającej ilości wypadków, zaś leczenie insulinowe prawie nie daje wyniku; kiedy jednak w przypadku psychozy inwolucyjnej mamy element paranoidalny, skuteczność elektroleczenia obniża się, a skuteczność leczenia insulinowego wzrasta.

Można mówić o dwu rodzajach zaburzeń afektywnych: 1) takich, które dotyczą niższych instancji afektywnych (*diencephalon*) z minimalnym udziałem kory mózgowej, 2) takich, które dotyczą głównie kory mózgowej. Leczenie elektrowstrząsowe pomaga odgraniczyć te dwa rodzaje zaburzeń afektywnych (skuteczność elektroleczenia w depresji inwolucyjnej i psychozie maniakalno-depresyjnej oraz jej nieskuteczność np: w schizofrenii paranoidalnej, gdzie zaburzenia afektywne są bardziej intelektualizowane, a nie elementarne).

Autor badał mózgową przemianę materii podczas stosowania aktywnego leczenia za pomocą badania krwi dopływającej i odpływającej z mózgu. Powyższe badania doprowadziły do wniosku, że miejscem działania insulino- i elektroleczenia jest

międzymózgowie i śródmózgowie. Międzymózgowie stanowi wrota wejścia dla aktywnego leczenia. Przemawia za tym nagle utrata świadomości przy elektrowstrząsach, liczne neurowegetatywne objawy przy wstrząsach poronnych i pozapiramidowe automatyzmy. Również dowodem jest fakt, że wstrząsy elektryczne są typu podkorowego, gdyż dwustronna dekortykacja nie zmienia ataków, dilantyna działająca na korę znosi elektryczną korową padaczkę, nie działając na ataki przy elektroleczeniu.

Pobudzenie międzymózgowia i śródmózgowia występuje przy wszystkich rodzajach aktywnego leczenia (wstrząsy insulinowe, elektryczne, farmakologiczne). Przez pobudzenie międzymózgowia i śródmózgowia następuje pobudzenie centralnego układu wegetatywnego. Pobudzenie międzymózgowia wywołuje początkowo zmianę w okolicy witalno-protopatycznej, a następnie promieniuje na korę mózgową z jednej strony i na ośrodki somatowegetatywnych funkcji z drugiej strony.

Działanie insuliny jest jakby szersze, korowo-podkorowe, z przewagą działania na układ para-sympatyczny, zaś leczenie elektrowstrząsowe działa bardziej miejscowo, podkorowo, z przewagą działania na układ sympatyczny. Pod względem klinicznym różnica w działaniu insuliny i elektrowstrząsów polega na tym, że elektrowstrząsy usuwają zaburzenia podstawowe, zespoły proste. Im bardziej zespół jest złożony, im więcej zespołów umysłowo-poznawczych wciągniętych jest w proces chorobowy, tym działanie elektrowstrząsów jest słabsze i tym skuteczniejsze jest leczenie insulinowe.

Naszym zadaniem jest rozszerzać zakres skutecznego stosowania leczenia. Na tej drodze można wyznaczyć sobie kilka etapów. W pierwszym rzędzie powinniśmy się zająć stanami powracalnymi, ale nieuleczalnymi. Chodzi o stany, które przy stosowaniu aktywnego leczenia nie dają trwałej poprawy tylko chwilową. Widocznie w tych przypadkach leczenie aktywne nie działa dostatecznie głęboko na mechanizmy mózgowie i nasze zadanie polega na tym, by przeprowadzać bardziej głębokie przedstawienie czynności centralnego układu nerwowego i osiągnąć przez to trwały wynik leczniczy. Możliwość w tym kierunku daje stosowanie leczenia połączonego, którego nie należy uważać za mechaniczną sumę dwu różnych metod, ale za coś jakościowo nowego.

W ciągu dwu ostatnich lat autor stosował następującą metodę leczenia połączonego; chory po wstrząsie elektrycznym bezpośrednio po ustaniu drgawek klonicznych, otrzymuje 0,5 — 0,8 *amytal natrium* doodbytniczo. Chory w pierwszej dobie śpi 14—23 godz. Metodę tę nazwano „elektrosnem“. Seria leczenia elektrosnem jest krótsza od serii elektrowstrząsów. Po leczeniu obserwuje się często przejściowy stan hipomaniakalny.

Okazało się, że zaburzenia ze strony tętna, oddychania, ciśnienia krwi, ciepłoty ciała były mniejsze przy leczeniu elektrosnem niż przy leczeniu elektrowstrząsowym. To samo wykazały badania biochemiczne i hematologiczne. Fakty powyższe pozwalają zmniejszyć zakres somatycznych przeciwwskazań do leczenia aktywnego (na przykład przewlekłe choroby nerek).

Dokładne badanie katamnestyczne chorych leczonych elektrosnem wykazało dużą skuteczność tej metody.

L. S.

WIERCHOWSKAJA

ROLA BROMU W USTROIU ZWIERZĘCYM

Doniesienie I Zawartość bromków w ustroju szczurów określona przy pomocy bromu radioaktywnego. (Laboratorium biofizyki Instytutu im. Pawłowa).

Izvestia Akademii Nauk ZSRR seria biologiczna 1 — 1950.

Brom należy do stałych składników spotykanych w narządach i tkankach zwierzęcia. Zawartość bromu w ustrojach zwierzęcych i roślinnych jest wyższa niż w środo-

wisku otaczającym, w związku z czym są one koncentratorami bromu (*Seliwanow*). Bezwzględna jednak jego zawartość w żywym ustroju jest mała i dlatego trudno ją określić na drodze chemicznej tym bardziej, że przeszkadza temu obecność innych halogenów (głównie chloru), dających te same reakcje chemiczne.

Brom po raz pierwszy wprowadzony został do leczenia w r. 1864 w postaci *kalcium bromatum* zastosowanego z powodzeniem w bezsenności. Obecnie używane są w medycynie różne organiczne i nieorganiczne związki bromu, jak: bromural, adalin, theobromin; bromoform i inne oraz bromki potasu, sodu i wapnia.

Przegląd chorób, przy których używa się związków bromu wykazuje jego znaczenie jako czynnika farmakologicznego. Preparaty bromu stosuje się w celu osłabienia lub ukrócenia napadów padaczkowych, przy psychonerwicach, bezsenności, migrenie bólach neurologicznych, rozmaitego pochodzenia napadach drgawkowych, rzucawce leczeniu płasawicy, ostrego *delirium* itp.

We wszystkich tych chorobach obserwuje się patologiczne pobudzenie układu nerwowego w całości lub w poszczególnych jego częściach.

Przez długi czas wiązano uspokajające działanie bromu z jego właściwością osłabienia procesu pobudzającego. Dopiero prace szkoły *Pawłowa* wykazały, że fizjologiczne działanie bromu polega nie na osłabieniu procesu pobudzenia, a na wzmoczeniu procesu hamowania (*Pawłow*, 1935). W przypadku naruszenia równowagi między procesami hamowania i pobudzenia brom przywraca układowi nerwowemu jego prawidłową działalność. Szczególnie korzystne okazało się stosowanie preparatów bromu, głównie Na Br, w leczeniu nerwicy zarówno w klinice, jak i warunkach doświadczalnych, gdy nerwice powstają w następstwie przeciążenia układu nerwowego.

Pawłow i jego współpracownicy (zwłaszcza *Pietrowa*) wykazali, że dla wyników leczenia olbrzymie, często decydujące znaczenie posiada dozowanie bromu. Okazało się, że im słabszy jest typ układu nerwowego u zwierzęcia doświadczalnego, tym mniejsza powinna być stosowana dawka. Dawki mogą różnić się od siebie nawet tysiąc razy. Podobnych danych, jak badania laboratoryjne, dostarczały również obserwacje kliniczne. Mimo licznych badań wiele jeszcze zagadnień dotyczących roli bromu w ustroju nie doczekało się swego wyjaśnienia. Autorka pracy postawiła sobie za zadanie opracowanie zagadnienia ilościowego rozkładania się wprowadzonego bromu między poszczególne narządy ustroju posługując się przy tym metodą radioaktywnych wskaźników.

Metoda ta, szczególnie czuła i swoista, pozwala na wprowadzenie do ustroju niezwykle małych ilości danego pierwiastka razem z jego izotopem radioaktywnym. Jest to szczególnie ważne właśnie dla bromu, którego zawartość w organizmie wyraża się wielkością wagową 1.10—3%.

Spśród kilku radioaktywnych izotopów bromu różniących okresami swego półrozpadu oraz typami i energią promieniowania użyto do badań izotopu radiocynowego Br_{82} , dla którego okres rozpadu połowicznego wynosi 34 godziny. Aktywność promieniowania mierzono licznikiem Geiger - Müllera.

Przed rozpoczęciem badań na zwierzętach brano pod uwagę: aktywność promieniowania wchodzącego w grę roztworu (im większa była aktywność, tym mniejsza była ilość stosowanego roztworu), wagę zwierzęcia (większa waga wymaga większej ilości roztworu), przypuszczalną długość trwania badań oraz czułość przyrządów pomiarowych. Do badań doświadczalnych używano roztworu brombenzolu i bromu radioaktywnego, poprzedzając wprowadzenie tego roztworu do organizmu zwierzęcego wielokrotnymi pomiarami sprawdzającymi identyczność izotopu z Br_{82} , oraz

obliczeniem poprawki na radioaktywny rozpad izotopu. Badania przeprowadzono na szczurach: po wprowadzeniu do ich ustroju używanego do doświadczeń roztworu po pewnym czasie badane zwierzęta zabijano, dokonywano sekcji i pobierano skrawki z różnych narządów do pomiarów aktywności promieniowania.

Badania nad zawartością bromu w poszczególnych tkankach ustroju przeprowadzone na szczurach wykazały, największą aktywność izotopu radiocynnego bromu we krwi, w moczu, substancji rdzeniowej nerek, a w niektórych przypadkach szczególnie dużą aktywność względną w przysadce mózgowej. Średnią aktywność izotopu obserwowano: w płucach, wątrobie, śledzionie, nadnerczach, gruczołach ślinowych, węzłach limfatycznych, jądrach i jajnikach, bardzo małą aktywność w różnych częściach mózgowia. Jeśli chodzi o poszczególne części mózgu, to aktywność ta była stosunkowo większa w rdzeniu przedłużonym, niż w mózdzku i póikulach mózgowych.

Spśród wszystkich narządów i tkanek najmniejszą względną aktywność promieniowania wykazują mięśnie.

H. Heflich-Piątkowska

ERNA HOCH

ZMIANY OSOBOWOŚCI PO LEUKOTOMII PREFRONTALNEJ

Schweizer Archiv f. Neur. u. Psychiatrie, LXIV, 1/2, str. 119 — 174.

Autorka zestawia własne i podawane w piśmiennictwach obserwacje dotyczące zmian osobowości u chorych po leukotomii, następnie przedstawia niektóre interpretacje stwierdzanych zmian i próby ściślejszego badania wspomnianych chorych, na zakończenie zaś opisuje proponowaną przez siebie metodę badania.

Celem leukotomii jest umożliwienie choremu powrotu do normalnego życia i pracy zawodowej, w innych przypadkach — przynajmniej usunięcie tych objawów, które szczególnie utrudniają utrzymanie chorego na oddziale psychiatrycznym. Z punktu widzenia tych celów ważne jest nie badanie chorych po zabiegu subtelnymi metodami psychologicznymi, lecz ich zachowanie w szpitalu i poza nim. Autorka przytacza kilka obserwacji własnych.

U pierwszej chorej przeprowadzono zabieg w związku z objawami psychoneurotycznymi pod postacią lęków i natręctw. W kilka tygodni po zabiegu uderza w rozmowie z chorą pewna monotonia, pustka uczuciowa przy niezłym kontakcie, pewne rysy „podlotkowate“, np. niezupełnie uzasadniony śmiech, dalej — obojętny stosunek do przeszłości i przyszłości, zupełna obojętność w stosunku do przebytego zabiegu, jak i do występujących poprzednio objawów chorobowych.

U następnej chorej trudno było oddzielić podobne do opisanych wyżej objawy pooperacyjne od schizofrenicznych, występujących także i przed zabiegiem. Leukotomia dokonano tu w związku ze skłonnościami agresywnymi i destrukcyjnymi, które po zabiegu ustąpiły.

U neurotyka, który przed zabiegiem nieźle malował, stwierdzono po leukotomii, że jego dzieła były dość wiernym odtwarzaniem natury, zaznaczała się natomiast pewna sztywność i płaskość barw, brak cieniowania itp.

Autorka przytacza dalej szereg obserwacji z piśmiennictwa, dotyczących zarówno chorych po leukotomii, jak i po urazach płata czołowego. U tych ostatnich stwierdza *Donath* brak zainteresowań, apatię, trudność przystosowania do nowych warunków, obojętność moralną; *Boström* i *Choroszko* podkreślają tylko dwa objawy: euforię i morię. *Brickner* stwierdzał po obustronnej lobektomii: stopienia uczuciowe, brak wglądu we własny stan, skrócenie i uproszczenie procesów myślowych. *Kleist*

wymienia u chorych po urazach płata czołowego: zaburzenia równowagi brak nape-
du, pogorszenie uwagi, zaburzenia myślenia w postaci alogii, skrócenia i zubożenia
procesów myślowych oraz pewne zaburzenia uczuciowości. Jeżeli chodzi o chorych
po leukotomii to niektórzy autorzy nie znajdowali u nich żadnych zmian osobowości,
inni twierdzą, iż nie następują zmiany w zakresie żadnej z funkcji, dostępnych
ściślejшему, ilościowemu badaniu. *Golla* podkreśla, że w przypadkach pomyślnych,
otoczenie uważa, że operowany zupełnie się nie zmienił, tzn. powrócił do stanu
przedchorobowego. *Freeman* i *X Watta* stwierdzają w kilka lat po zabiegu większe
wyrównanie, opanowanie, natomiast w pierwszych tygodniach: brak liczenia się
z otoczeniem, euforię, gadatliwość, słabą koncentrację, słabą podzielność uwagi etc.
Hutton wysuwa na plan pierwszy: obniżenie samoświadomości, trudności w przysto-
sowaniu się do otoczenia, skłonność do życia dniem dzisiejszym, lekceważenie
przyszłości, obniżenie inicjatywy i oryginalności. *Alford* tłumaczy te zmiany osła-
bieniem kontroli uczuciowości. Nie stwierdzono dotychczas, aby chorzy po zabiegu
popelniali jakiegokolwiek przestępstwa. U 4 operowanych przestępców zatargi z pra-
wem ustały.

Interpretacje wszystkich powyższych objawów są różne jak różne są funkcje
przypisywane płatom czołowym. Jedni autorzy umiejscawiają tu głównie wyższe
funkcje ruchowe (spontaniczność ruchów, mowy i mimiki, engramy kolejności róż-
nych czynności itd.), inni myślenie abstrakcyjne (*Meiner*, *Edinger*, *Bianchi*), kon-
centrację i apercpcję (*Ferriell*), funkcję uczuć i woli (*Monakow*). *Feuchtwanger*
wiąże płaty czołowe z uczuciowością, natomiast *Goldstein* — z wyższymi czynno-
ściami umysłowymi. Ostatnimi czasy zaznacza się skłonność do rezygnowania ze
ściśłego umiejscowienia poszczególnych funkcji w płatach czołowych, skłonność do
uważania tego odcinka mózgu za narząd inteligencji i kontroli.

Metody badania

U chorych po leukotomii, jak zresztą i u chorych po wszelkiego rodzaju urazach
płatów czołowych, stosowano wszelkiego rodzaju metody badania — od prostego
wypytywania chorych i otoczenia do szeregu specjalnych metod pomocniczych
włącznie. Stosowano m. inn. bodaj wszystkie istniejące skale inteligencji (*Binet*,
Porteus, *Babcoch*, *Koh*, *Block*, *Raven* itd), szereg testów oderwanych badania
funkcji intelektualnych (liczenie wg. *Kroepelina*, *Heilbronner Musselom*, *Bornolen*
i inni). Próbowano też badać testami specjalnie zaprojektowanymi do badania
pacjentów po leukotomii. Ogólnie biorąc — nie stwierdzono obniżenia wyniku po
zabiegu, chociaż tu i ówdzie — przy zachowanym poziomie ogólnym — natrafiono na
defekty, związane prawdopodobnie z wspomnianym poprzednio spadkiem sponta-
niczności, koncentracji itd. Wyniki badań poszczególnych autorów nie są zupełnie
zgodne. W każdym razie, można stwierdzić, że wszystkie przeprowadzone w tym
zakresie badania pozwalają wyprowadzać optymistyczne wnioski co do skutków
zabiegu, tzn., nie wskazują na poważniejsze defekty ani w kilka tygodni, ani w kilka
lat po zabiegu.

Dokonywano też prób badania chorych leeutotomizowanych metodą *Rorschacha*.
Metoda ta ma tę wyższość, nad poprzednio wspomnianymi testami, pozwala na więk-
szy wgląd w inicjatywę, spontaniczność, oryginalność i inne indywidualne cechy
badanego. Wyniki, uzyskane przez kilku autorów, nie są całkowicie zgodne. Nie-
którzy stwierdzali u leukotomizowanych pewien spadek oryginalności, inicjatywy
i spontaniczności. Zaznacza się też pewna stereotypia i brak tzw. przeróbki wewnę-
trznej. Badanie natrafia na tę trudność, że można za cechy osobowości pooperacyjne

wziąć elementy wynikające z istniejącej przed zabiegiem psychozy, jeżeli zaś badanie przeprowadza się przed i po zabiegu, wyniki uzyskane przy pierwszym badaniu wpływają na wyniki późniejsze, ponieważ metoda przestaje być dla chorego czymś nowym i nieoczekiwanym. Do chwili obecnej ogłoszono łącznie niewiele wyników badania wspomnianą metodą leukotomizowanych i być może dalsze doświadczenia rozstrzygną sprawę jej przydatności w omawianej grupie chorych. Na razie można tylko stwierdzić, że niektóre wyniki potwierdzają w sposób obiektywny potoczne obserwacje na temat zmiany osobowości po leukotomii.

Próby zastosowania nowych metod

Próbowano stosować metodę rysunku zwykłego i barwnego. Stwierdzono, że u chorych leukotomizowanych bardzo źle się przedstawia dobieranie barw. Ich rysunki są pod tym względem wybitnie nieestetyczne.

Inna metoda polega na napisaniu fikcyjnego opowiadania na temat wskazany w jednym zdaniu, przeczytanym badanemu. Produkcje leukotomizowanych były tu szczególnie ubogie w treści i krótkie. Obie te próby dały więc pewne wyniki potwierdzające istnienie pewnych cech znanych z obserwacji. Mają one dwie wady: wyniki te mało nadają się do ściślejzego porównania oraz metody te można zastosować tylko u niewielu chorych, odznaczających się pewnymi specjalnymi uzdolnieniami (zwłaszcza — metodą barwnego rysunku).

Autorka wspomina jeszcze o paru innych metodach, nie dających specjalnie cennych wyników i przechodzi następnie do własnej metody projekcyjnej. Metoda polega na tym, że badanemu polecamy nalepić na kartce w sposób dowolny kilka różnobarwnych kół, czworoboków i trójkątów. Na tej podstawie autorka chciała wybadać m. in. zdolność planowania. Rozróżnia cztery poziomy planowania: 1) naklejanie bez żadnego planu, niemal bez wyboru figur, 2) początkowo bezplanowe naklejanie, ustępuje następnie miejsca planowaniu, wyłaniającemu się podczas pracy, 3) pomysł istniejący natychmiast po obejrzeniu figur, 4) planowanie przed naklejaniem, rozpoczęte obejrzeniem i ewentualnie obliczeniem figur. Z innych momentów ocenianych przez autorkę, należy wymienić: przedmiot jaki ma przedstawiać naklejanka (tzn. żaden przedmiot, figura geometryczna, przedmioty martwe, rośliny, zwierzęta, postacie ludzkie), dalej, uwzględnianie barwy, symetrii i kształtu. Jak widać, niektóre punkty oceny zapożyczono z metody *Rorschacha*.

Po przebadaniu pewnej liczby normalnych, nerwicowych, schizofreników i chorych leukotomizowanych, doszła autorka do następujących wniosków: u leukotomizowanych stwierdza się pewien spadek zdolności do syntezy i ujęcia abstrakcyjnego, zdolności planowania, spowolnienie. Cechy neurotyczne i schizofreniczne po leukotomii na ogół pozostają. Zastosowanie metody budzi pewne zastrzeżenia podobnie jak w stosunku do metody *Rorschacha* (między innymi niemiarodajność powtarzanego badania, trudność odróżnienia cech stałych od wynikających z leukotomii). Poza tym, jak we wszystkich innych metodach, nie możemy oceniać inicjatywy badanego, która jest automatycznie ograniczona przez fakt, że dajemy mu pewne zadania do rozwiązania.

U w a g i k r y t y c z n e

Autorka postawiła sobie za cel rozważenie zmian osobowości po zabiegu leukotomii praefrontalnej, tzn. stwierdzenie różnicy między osobowością przedpsychotyczną, a pooperacyjną. Wpływ zabiegu na objawy chorobowe nie leży właściwie w polu zainteresowania autorki. Pracę rozpoczyna tylko kilka opisów zachowania się

chorych po zabiegu, z pewnymi wnioskami na temat ich osobowości. Może właśnie ta wstępna część pracy mówi o zmianach osobowości najczęściej. Następna część — przegląd piśmiennictwa — ma tę zasadniczą wadę, że przytoczono tam, bardzo zresztą krótko cały szereg opinii różnych autorów. Opinie te dotyczą niestety zmian osobowości u bardzo różnych grup chorych, poza leukotomizowanymi jest tam mowa o bardzo różnie umiejscowionych urazach płata czołowego, o guzach tego płata oraz całkowitej dwustronnej lobektomii. Autorka nie zajmuje się właściwie wcale różnicą między zmianami osobowości u leukotomizowanych z jednej strony, a zmianami wywołanymi przez różne i różnie zlokalizowane uszkodzenia płatu czołowego — z drugiej.

Przeгляд stosowanych przez różnych autorów metod dodatkowych jest bardzo pobieżny, co jest zrozumiałe ze względu na różnorodność tych metod, natomiast mniej zrozumiałym jest fakt, że autorka zatrzymuje się raczej na negatywnych wynikach stosowanych metod, nie próbując wyprowadzać łącznych wniosków z wyników pozytywnych.

Opisana w zakończeniu pracy własna metoda autorki, może być w przyszłości pozytywna, jednak ze zreferowanych przez autorkę badań nie wynika, aby metoda ta przyczyniła się do wyświetlenia pooperacyjnych zmian osobowości, i odróżnienia ich od zmian spowodowanych przez choroby podstawowe, tymbardziej, że liczba badanych przypadków jest bardzo skąpa.

J. Jaroszyński

Dr JUS

KILKA UWAG O TEORII PANENERGETYCZNEJ BRZEZICKIEGO

„Zdrowie Psychiczne“ rok 65, Nr 7 — 8 lipiec — sierpień 1949 r. Str. 113 — 121.

Autor poddaje krytyce broszurę prof. E. Brzezickiego pt. „Problem psyche-soma z punktu widzenia przyrodnika (i teorii panenergetycznej)“, Kraków, Nakładem S. W. Koła Med. Stud. U. J.

Autor stwierdza i uzasadnia ze stanowiska materializmu dialektycznego, że poglądy zawarte w w/wym. broszurze nie mogą pretendować do nazwy monizmu panenergetycznego, ponieważ czerpią zbyt wiele z metafizyki, kierują się niekonsekwentnymi przesłankami idealistycznymi i są pełne sceptycyzmu.

H. H. KARANOWICZ

A. P.

O AKTUALNYCH ZADANIACH RADZIECKIEJ ORGANIZACJI PSYCHIATRYCZNEJ

(„Neuropatologia i psychiatria“ tom XIX, zeszyt I, styczeń — luty 1950)

W systemie sowieckiej ochrony zdrowia zagadnienie psychiatrii stanowi dział poważny i złożony. W rozporządzeniu ministra ochrony zdrowia Związku Radzieckiego Nr 446 z dnia 20. 7. 1948 roku mówi się o potrzebie zwrócenia większej uwagi na ten właśnie dział ochrony zdrowia.

Rozporządzenie stwierdza, że stan sieci neuropsychiatrycznej wymaga poprawy i zobowiązuje wszystkie republiki Związku do rozpoczęcia kroków w kierunku polepszenia pomocy neuropsychiatrycznej.

Rozporządzenie wykazało już niewątpliwie duży wpływ dodatni na całość pracy neuropsychiatrycznej.

Trzeba sobie jednakże uprzytomnić, że jest ono obliczone na najbliższe lata i że stawia przed całą organizacją psychiatryczną doniosłe i aktualne zadania. Wymaga się w nim planowej pracy całej sieci dla osiągnięcia wyraźnego zmniejszenia

zachorowalności neuropsychicznej — to bowiem jest zasadniczym celem, do jakiego należy dążyć. Podstawą dla poczynań wynikających z wymienionego rozporządzenia są dane, określające strukturę, poziom i dynamikę zachorowalności neuropsychicznej.

Analiza zachorowalności neuropsychicznej (według danych o pierwszorazowym zgłoszeniu się do ambulatoriów neuropsychiatrycznych) wykazuje, że wśród zwracających się o poradę chorych w roku 1940 odnotowano na 10 000 ludności 5 następujących jednostek nozologicznych: nerwice i stany reaktywne — 16,4, alkoholizm i narkomanie — 9,2, schizofrenia — 6,3, padaczka 3,9, psychopatia 3,0.

Na wymienione 5 postaci złożyły się 42,0 przypadki na ogólną liczbę 52,6 zwracających się o poradę, co stanowi 73,7% liczby ogólnej. Według danych całej sieci szpitali psychiatrycznych w Związku Radzieckim tych 5 postaci obserwowano w 62,8% przypadków, co potwierdza liczby poprzednie.

Wojna zmieniła strukturę zachorowalności. Choroby psychiczne wskutek zmian urazowych mózgu przed wojną zajmowały miejsce bardzo nieznaczne: w sieci ambulatoryjnej 0,4 na 10 tys. ludności w roku 1942 i 2,8% wszystkich psychiatrycznych przypadków szpitalnych w roku 1939. W roku 1948 odpowiednie liczby sieci pozaszpitalnej wynoszą 7,2, w szpitalnej — 12,2, obserwuje się więc znaczne zwiększenie liczby zachorowań psychicznych w tej grupie.

Wojna nie zmieniła jednakże ogólnej skłonności do stopniowego obniżania się liczby wielu chorób psychicznych, obniżania się, osiągniętego przez radziecką organizację psychiatryczną na bazie zasadniczej przemiany socjalno - ekonomicznych warunków życia.

Świadczą o tym w sposób oczywisty masowe dane. Tak więc, jeśli pierwsze zwrócenie się o poradę w roku 1936 przyjąć jako 100 na 10 000 ludności, to w roku 1938 stanowiło ono 85,3, w 1940 — 81,6, w 1947 — 70,2, i w 1948 — 70,1, co w porównaniu z rokiem 1936 wykazuje spadek o 29,9. Według danych pozaszpitalnej i szpitalnej sieci odnotowano w pierwszym rzędzie spadek takich postaci nozologicznych jak psychoza maniakalno-depresyjna, kiła mózgu, porażenie postępujące i psychozy alkoholowe.

Dynamika zachorowań nerwowopsychicznych

Nazwa choroby	Dane szpitalne (na 100 przyjętych)				Dane o pierwszorazowej poradzie udzielonej w ambulat. neuropsychiatr. na 10.000 ludn.				
	1928	1935	1939	1948	1930	1934	1940	1946	1948
Psychoza maniakalno-depresyjna	5,3	3,4	2,9	2,1	1,2	0,9	0,7	0,6	0,2
Psychozy alkoholowe i narkomanie	16,1	15,0	13,6	7,4	2,1	1,3	0,8	0,4	0,2
Kiła mózgu i porażenie postępujące	5,8	5,0	3,9	2,5	1,9	1,3	1,1	0,6	0,5
Psychopatie	5,5	5,1	5,3	5,4	5,1	4,0	3,0	3,0	2,8

Nawet w zakresie tzw. postaci endogennych do jakich autor zalicza schizofrenię psychozę maniakalno-depresyjną i padaczkę, które w przeszłości ciągle narastały i nad którymi, jak niegdyś sądzono cięży w sposób fatalistyczny dziedzicznie obar-

czenie i nieodwracalność — widzimy wyraźnie ten sam dodatni proces' zmniejszania się liczby zachorowań.

Dynamika endogennych postaci chorobowych

Rok	Według danych szpitalnych na 100 przyjętych	Rok	Według danych o pierwszorazowej poradzie udzielonej w ambulatorium neuropsychiatr. na 10,000 ludności
1926	50,1	1926	11,5
1935	47,2	1930	11,2
1939	40,0	1940	10,9
1948	39,6	1948	7,0

W tej grupie zachorowań trzeba się zatrzymać szczególnie przy schizofrenii, której dynamika według danych ambulatoryjnych charakteryzuje się liczbami:

1926 — 7,0	1946 — 5,0
1930 — 7,0	1947 — 4,0
1934 — 6,3	1948 — 3,8

Przytoczone dane pozwalają twierdzić, że wzrost liczby przypadków schizofrenii skończył się, a chorzy z tym rozpoznaniem z coraz większym powodzeniem są poddawani aktywnym metodom leczenia i wracają do pożytecznej społecznie działalności.

Trzeba także odnotować wyraźnie zmniejszenie ilości zwracających się o poradę przypadków z grupy czynnościowych chorób układu nerwowego. Autor podaje liczby odnoszące się do hysterii i neurastenii, zaczerpnięte z zakładów psychiatrycznych w przeliczeniu na 10 000 ludności.

	1926	1937
Histeria	111,0	29,0
Neurastenia	240,0	54,0

Podział chorych według wieku wykazuje, że na równi ze zmniejszeniem się ilości poszczególnych postaci chorobowych, zaznacza się ogólne obniżenie zachorowalności między 20 a 30 rokiem życia, to jest w tym wieku, kiedy choroby psychiczne występują najczęściej. Tak więc według danych neuropsychiatrycznych ambulatoriów liczba chorych w wieku od 20 do 29 lat w okresie od 1934 do 1940 roku spadła z 17,4 do 13,2 na 10.000 ludności, a w całej sieci szpitali psychiatrycznych w okresie między rokiem 1935 a 1939 z 33,1 do 29,3%.

Szczególnie wyraźnie przejawia się ta skłonność w tym, że liczba psychicznie chorych wśród młodzieży w wieku poborowym jest obecnie 3 razy mniejsza niż w roku 1913.

Wszystko to jest najlepszym dowodem skutecznej działalności radzieckiej organizacji psychiatrycznej.

Wywód ten nie powinien jednakże jak powiada autor przesłonić braków w pracy sieci neuropsychiatrycznej, których usunięcie pozwoliłoby osiągnąć znacznie większe rezultaty.

Przed wszystkim należy rozpatrzeć dane, charakteryzujące przebieg choroby i czas trwania. Chorych z przebiegiem ostrym i podostrym odnotowano nie więcej, niż 20%, z przebiegiem zaciągającym się i przewlekłym — do 80%, przy czym zaciągające się postaci trwające od roku do 3 lat stanowią 10%, a powyżej 3 lat — 70%. Jak stąd wynika, podstawowy kontyngent szpitali psychiatrycznych stanowią chorzy przewlekle, którzy latami zajmują kosztowne łóżka szpitalne.

Drugim momentem ujemnym organizacji psychiatrycznej jest uszczuplona liczba czynnych łóżek psychiatrycznych, która w porównaniu z okresem przedwojennym stanowiła 85% tamtej, chociaż już i w latach przedwojennych odczuwało się brak łóżek.

W latach Wielkiej Wojny Narodowej w okręgach okupowanych wiele szpitali psychiatrycznych zostało zupełnie albo częściowo zniszczonych. Wskutek wojny Związek Radziecki stracił około 14.000 łóżek szpitalnych.

Przytoczone fakty świadczą, że sprawa liczby łóżek psychiatrycznych po wojnie pogorszyła się, co odbiło się ujemnie na zapewnieniu ludności zakładowej pomocy psychiatrycznej. W wytworzonych po wojnie warunkach szpitale psychiatryczne są przepełnione co ma wpływ na leczenie chorych.

Szpitale z powodu przepełnienia często zmuszone są do wypisów przedwczesnych, co powoduje powroty do szpitala, których w warunkach normalnych mogłoby być o wiele mniej.

Niedostateczna liczba łóżek psychiatrycznych i wynikające stąd przepełnienie psychiatrycznych szpitali stwarzają trudne warunki pracy psychiatrycznej i utrudniają osiągnięcia poziomu możliwego w warunkach radzieckiej rzeczywistości i przy osiągnięciach wiedzy medycznej, rozporządzającej teraz szeregiem skutecznych metod aktywnego leczenia chorób psychicznych.

Poprawić psychiatryczną pomoc zakładową można drogami wskazanymi w rozporządzeniu Nr 446 poprzez odbudowę reszty zniszczonych łóżek szpitalnych, wykozystanie we właściwym celu zamkniętych w czasie wojny zakładów psychiatrycznych i wykozystania po remoncie wszystkich zabezpieczonych pomieszczeń szpitalnych. Pozwoli to rozszerzyć pomoc zakładową o 10.000 do 12.000 łóżek.

Jednakże realizacja tych planów nie rozwiązuje jeszcze całkowicie zagadnienia zapewnienia ludności pomocy zakładowej. Niezbędna jest budowa nowych szpitali. Dużą inicjatywę powinny wykazać tu władze ochrony zdrowia. Byłoby błędem wnioskować stąd, że do powiększenia liczby łóżek psychiatrycznych dojść można tylko drogą wielkiego nowego budownictwa.

Praktyka radzieckiej organizacji psychiatrycznej wykazuje, że istnieje jeszcze jedna niewykozystana możliwość powiększenia liczby łóżek, mianowicie organizacja psychiatrycznych leczniczo-roboczych kolonii typu gospodarstwa wiejskiego dla przewlekle chorych zdolnych do pracy, a zajmujących drogie łóżka szpitalne.

47,2% chorych przebywa w szpitalu do roku:

29,3% chorych przebywa w szpitalu od 1 do 3 lat;

23,5% chorych przebywa w szpitalu powyżej 3 lat.

Liczby te wskazują, że połowa (ściśle — 52,8%) łóżek psychiatrycznych w szpitalach Związku Radzieckiego jest w rzeczywistości unieruchomiona, bo — zajęta przez chorych przebywających w szpitalu powyżej roku. Jest to nieuniknionym następstwem faktu, że podstawowy kontyngent chorych (80%) stanowią osoby z zaciągającym się i przewlekłym leczeniem choroby. Wiele z nich mogłoby znaleźć i leczniczo i socjalnie pożyteczne zastosowanie swojej zdolności do pracy, według stopnia jej zachowania w leczniczo-roboczych koloniach, gdyby były takie, zorganizowane w potrzebnej liczbie.

Uwolniono by w ten sposób 8.000 do 10.000 łóżek, co pozwoliło by na lepsze postawienie leczenia i poprawę obsługi chorych — co niewątpliwie wpłynie również na poprawę leczenia — a także na zwiększenie hospitalizacji chorych świeżych, na rozszerzenie oddziałów dziecięcych i sanatoryjnych oddziałów dla chorych z po-

granicza oraz na organizację oddziałów nerwowych dla chorych z organicznymi porażeniami ośrodkowego układu nerwowego.

Plan ten powinien być rozwiązany przez władze ochrony zdrowia w ciągu drugiej wojennej pięciolatki.

Ale dostateczna liczba łóżek psychiatrycznych jeszcze nie rozwiązuje zagadnienia obniżenia zachorowalności neuropsychicznej. Dlatego psychiatria radziecka, opierając się na zasadzie zapobiegania, idzie drogą współdziałania pomocy szpitalnej i ambulatoryjnej. Praktyka okazała już, jak korzystną rolę odgrywa sieć ambulatoryjno-polikliniczna w dziedzinie obniżenia zachorowalności neuropsychicznej.

Szczególnie więc ważnym zadaniem organizacyjnym w myśl rozporządzenia Nr 446 jest rozszerzenie sieci neuropsychiatrycznych instytucji pozaszpitalnych.

Rozporządzenie zawiera wskazówkę, że każdy okręg powinien mieć okręgowe neuropsychiatryczne ambulatorium, pozostające w związku ze szpitalem mającym leczniczo - robocze pracownię.

Polecenie to wypełniło już wiele ośrodków okręgowych. Na terytorium Związku Radzieckiego, poza Moskwą i Leningradem, mającymi normalną sieć ambulatoriów, jest czynnych obecnie 26 neuropsychiatrycznych ambulatoriów. Już w roku 1925 wypowiedziano zdanie, że ambulatorium neuropsychiatryczne stanowi część psychiatrycznego szpitala i jest przez szpital wysunięte w celu obsługiwaniania chorych na pograniczne postaci chorób psychicznych oraz chorych pozostających pośród ludności. Ma ono troszczyć się o pozaszpitalną pomoc leczniczą i zapobiegawczą.

W czasach obecnych do zadań ambulatoriów przybywa nowy dział, jakim jest badanie miejscowej psychopatologii z przedsięwzięciem środków do jej zwalczania.

Widać z tego jak duże i odpowiedzialne zadanie lecznicze i zapobiegawcze mają spełniać ambulatoria psychiatryczne.

Praktyka radzieckiej sieci psychiatrycznej wykazuje, że brak sieci pozaszpitalnej, utrudnia pracę zakładów, gdyż ulegają one stopniowo przepełnieniu, podczas gdy przy istniejącej sieci pozaszpitalnej część hospitalizowanych chorych z powodzeniem może być leczona ambulatoryjnie. Oprócz tego instytucje charakteru ambulatoryjno-poliklinicznego zapewniają dostatecznie wczesne ujawnienie i skuteczne leczenie początkowych okresów chorób psychicznych.

Z danych z roku 1939 wynika, że z chorych znajdujących się w szpitalach 7,1% potrzebowało ambulatoryjnego leczenia i obserwacji.

Hospitalizacji — ze zgłaszających się do ambulatoriów neuropsychiatrycznych w Moskwie wymagało

w 1926 roku	— 29,6%	zwracających się o poradę
1930	— 24,5%	
1931	— 14,1%	
1932	— 10,1%	
1933	— 8,0%	
1934	— 7,9%	
1935	— 7,1%	
1936	— 5,4%	
1938	— 4,9%	

Liczby te świadczą, że z jednej strony przesuwają się skład chorych w kierunku stanów pogranicznych i chorób czynnościowych ośrodkowego układu nerwowego i że z drugiej — stabilizują się jednak, a zmniejszają ilościowo inne postaci wymagające hospitalizacji.

Tymczasem neuropsychiatryczna sieć pozaszpitalna rozwinięta jest jeszcze za mało. Wskazana w rozporządzeniu Nr 446 droga szybkiego rozwoju pozaszpitalnej sieci neuropsychiatrycznej jest realna i dla wszystkich okręgów dostępna przy głębokim zrozumieniu tego przedsięwzięcia i twórczej inicjatywie pracowników organizacji psychiatrycznej na miejscu.

Byłoby błędem sądzić, że dostateczna liczba łóżek szpitalnych oraz rozwinięta sieć pozaszpitalna rozwiąże zagadnienie pomocy neuropsychiatrycznej. Tylko organiczne sprzężenie instytucji zakładowych z pozaszpitalnymi pozwoli uzyskać wyniki w pracy psychiatrycznej, gdzie jakość decyduje o powodzeniu w obsłudze ludności. Sprzężenie to przeprowadza się obecnie w miastach w myśl rozporządzenia Ministerstwa Ochrony Zdrowia Związku Radzieckiego na drodze połączenia szpitali psychiatrycznych z neuropsychiatrycznymi ambulatoriami.

Tam, gdzie organizacja psychiatryczna przeprowadziła zespolenie szpitali i ambulatoriów, osiągnięto już wyniki korzystne.

Praca instytucji połączonych urzeczywistnia się według wspólnego planu, pod jednym kierownictwem, przy współpracy poczynań w obsłudze ludności pod względem neuropsychiatrycznym.

Szpital i ambulatorium są obsługiwane przez cały zespół lekarzy, z których każdy bierze bezpośredni udział we wszystkich rodzajach pracy: zakładowej, ambulatoryjnej i zapobiegawczej. W ten sposób zbliża się do chorego pomoc wyszkoloną — i podnosi kwalifikacje lekarzy, przeprowadzających leczenie swoich chorych i ambulatoryjne, i na łóżku szpitalnym. To pozwoli każdemu z nich odpowiednio organizować i we właściwym czasie urzeczywistniać na swoim odcinku opiekę domową nad chorym. Równorzędnie z działalnością leczniczą lekarze zajmują się pracą psychozapobiegawczą, zatrudnieniem chorych; prowadzą statystykę i badania zachorowalności neuropsychicznej, słowem działalność lekarza staje się bardziej wszechstronna.

Jeszcze nie wszędzie w Związku Radzieckim nastąpiło połączenie ambulatoriów z zakładami neuropsychiatrycznymi. Powinno to nastąpić w jak najkrótszym czasie. Należy także zaopatrzyć te instytucje w aparaturę leczniczą i rozpoznawczą; dopiero wtedy będzie można stanąć na wysokości zadania w zakresie badań i lecznictwa.

Dlatego rozporządzenie Nr 446 żąda od władz ochrony zdrowia zaopatrzenia zakładów sieci psychiatrycznej w urządzenia kliniczne, pracownie biochemiczne i w aparaturę fizjoleczniczą oraz w niezbędne środki lekarskie.

W organizacji psychiatrycznej niezbędne jest także uwzględnienie chorób dzieci już w najwcześniejszym wieku. Troskę o dzieci wykazywać należy w nie mniejszym — jeżeli nie w większym — stopniu niż o dorosłych; jest to warunkiem *sine qua non* radzieckiej psychiatrii.

I na tym odcinku sprawa wymaga poprawy. Sieć neuropsychiatryczna dziecięca, istniejąca przed Wielką Wojną Narodową w rejonach okupowanych uległa znacznemu zniszczeniu i jeszcze nie została doprowadzona do dawnego stanu. W porównaniu z okresem przedwojennym ilość łóżek zmniejszyła się o 48,5%, a sieć instytucji pozaszpitalnych o 27,5%.

Tymczasem zapotrzebowanie na pomoc neuropsychiatryczną dla kontyngentów dziecięcych wzrosło. Niepomyślny stan łóżek dziecięcych pogarsza to, że wiele łóżek dziecięcych na oddziałach szpitali psychiatrycznych zajmują chorzy z niedorozwojem

umysłowym lub chorzy przewlekłe, którzy powinni znajdować się w zakładach specjalnych opieki społecznej. Należy rozbudować pomoc dla dzieci w wieku żłobka i przedszkolnym, częściowo też dla dorastających. Szczególnie ostro wysuwa się zagadnienie dzieci — epileptyków, wymagających leczenia zakładowego, a mogących się uczyć w specjalnych zakładach.

Pierwszym zadaniem jest obecnie doprowadzenie stanu pomocy neuropsychiatrycznej dla dzieci do stanu przedwojennego i jej dalszy rozwój, oraz rozbudowa zakładów dla dzieci cierpiących na padaczkę.

Duża jest skuteczność leczenia w sanatoriach neuropsychiatrycznych chorych z pogranicznymi zaburzeniami psychicznymi jak nerwice, wyczerpanie nerwowe, stany reaktywne itp. I tu organizacja psychiatryczna poniosła w czasie wojny wielkie straty. Wiele sanatoriów neuropsychiatrycznych zostało przejściowo zamkniętych, a pomieszczenia użyte do innych celów. Trzeba je uruchomić, gdyż stanowią niezbędne ogniwo w systemie organizacji psychiatrycznej.

Takie są według autora podstawowe zadania, o których mówi rozporządzenie Nr 446. Są one niełatwe, ale zupełnie wykonalne. Po ich zrealizowaniu radziecka organizacja psychiatryczna osiągnie jeszcze większe wyniki w walce o zmniejszenie zachorowalności neuropsychicznej.

K. Gerard

OCENA KSIĄŻEK NADEŚLANYCH DO REDAKCJI

W. A. GILAROWSKI

UCZENIE O GALUCYNACJACH, MOSKWA, 1949, 198 str.

Jeden z najwybitniejszych psychiatrów radzieckich, *Gilarowski* wydał ostatnio obszerną monografię o halucynacjach.

Autor we wstępie do swojej monografii podaje, że przy analizowaniu obrazów klinicznych zwracano uwagę przede wszystkim na zaburzenia działalności syntetycznej, na integrację i w ogóle na wyższe procesy psychiczne; mniej zajmowano się ogólną psychopatologią, a zwłaszcza teoretycznymi zagadnieniami działalności poznawczej psychicznie chorych.

Tymczasem marksistowsko-leninowska teoria poznania wychodzi z założenia, że odczucia, będące zasadniczym źródłem poznania zawierają już elementy sądenia i wobec tego należy przykładać wagę do zaburzeń postrzegania, a zagadnienie zaburzenia postrzegania jest ściśle związane z tworzeniem stanów majaczeniowych. Na skutek tego autor zdecydował się zebrać dane dotyczące omamów, a to w celu oświetlenia teorii ich patogenezy. Zresztą, autor pamiętał o tym, że jeden z założycieli psychiatrii rosyjskiej — *Korsakow* — kładł wielki nacisk na zrozumienie procesów postrzegania i że wiele dokonała w tej dziedzinie fizjologia, począwszy od neurofizjologa *Seczenowa*, przy czym autor jest zgodny z tym punktem widzenia, że na proces halucynacyjny składają się zarówno komponenty ośrodkowe jak i peryferyczne i w związku z tym uważa za bardzo ważne wyniki osiągnięte przez badaczy radzieckich w dziedzinie narządów zmysłowych. Wobec tego, że próby poznania patogenezy omamów nie mogą być traktowane w oderwaniu, bez oświetlenia stanów, w których one występują, koniecznym jest opis kliniczny stanów omamowych różnego pochodzenia.

W związku z takim postawieniem sprawy autor w swojej monografii opisuje klinicznie szczegółowo szereg zaburzeń psychicznych, w przebiegu których stwierdza się omamy, a więc zaburzenia mózgu organiczne, halucynacje toksyczne (zatrucia

chemiczne, alkaloidowe, hipo i awitaminozowe), halucynacje zakaźne (przy zapaleniu płuc, grypie, nagminnym zapaleniu mózgu, durach), halucynacje u chorych cielesne (gruźlica, rak), dalej opisuje halucynacje psychogenne (u chorych kryminalnych, halucynacje religijne, psychogenne halucynacje u dzieci, wreszcie zwraca uwagę na możliwości istnienia przejściowych omamów u zdrowych psychicznie.

Oddzielnie i obszernie opisuje omamy w stanach majaczeniowych, halucynozoy, zespoły halucynacyjno-urojeniowe w schizofrenii i cierpieniach organicznych mózgu oraz halucynacje padaczkowe.

Specjalny rozdział poświęcony jest omówieniu zagadnienia patogenezy halucynacji. Autor stwierdza fakt, że kamień węgielny w nauce o omamach założony jeszcze przez *Esquirola* przetrwał po dziś dzień; również badania dawnych autorów *Baillarger* i *Moreau de Tour*, mówiące o stosunkach między snem, a halucynacjami, o przejściowych omamach w okresie między snem, a czuwaniem, oraz tzw. hypnagogiczne halucynacje — mają wartość do chwili obecnej.

Związek halucynacji ze stanem fizjologicznym potwierdzają ostatnie badania autorów radzieckich *Osipowa* i *Popowa*, którzy podawali niewielkie dawki środków nasennych: jeżeli dawki te są zbyt małe dla wywołania snu — występuje specjalny stan senności z halucynacjami; również w przypadkach przymusowej długotrwałej bezsenności, która zasadniczo jest niepełnym snem, mogą zjawiać się omamy.

Ścisły związek omamów ze stanem mającym określony fizjologiczny podkład potwierdza prawidłowość zasadniczego założenia autora, że przy rozpracowywaniu nauki o halucynacjach można osiągnąć dobre wyniki, jeżeli rozpatruje się je nie jako poszczególne fenomeny, ale jako wyraz funkcji psychicznych, zależny od zmian w całym mózgu, czyli bardziej celowe jest badanie halucynacji nie oddzielnie, a raczej stanów halucynacyjnych, w których obserwuje się zaburzenia postrzegania łącznie z innymi objawami klinicznymi stanowiącymi wspólnie pewną całość.

Autor przypomina fakt, że omamy na ogół rzadko spotyka się u chorych z wrodzonym niedorozwojem umysłowym, jak również u chorych z różnymi postaciami nabytego niedorozwoju umysłowego. Ten fakt znajduje swoje wyjaśnienie w tym, że brak pełnej działalności integratywnej mózgu wyklucza możliwość rozwoju i omamów, które do pewnego stopnia są wynikiem pewnej twórczej działalności mózgu. Z drugiej znowu strony, należy przypomnieć sobie, że halucynacje są najbogatsze w przypadkach cierpień pochodzenia toksycznego i zakaźnego.

Halucynacje są to stany psychiczne o charakterze jaskrawych obrazów zmysłowych. W mechanizmie rozwojowym są one obrazami zmysłowymi, oderwanymi od pozostałej treści świadomości, rzutowanymi na wewnątrz; otrzymują stempel rzeczywistości i obiektywności na skutek podrażnienia drogą ośrodkową aparatów czuciowych. Analiza danych fizjologicznych potwierdza bliskość stanów halucynacyjnych z półsnem, czy półczuwaniem, które charakteryzuje ogólne hamowanie narządu krwiotwórczego; jednak to hamowanie jest tylko tłem, na którym występują ogniska podrażnienia, pobudzenia.

W razie rzutowania omamów „psychicznych“ nie ma rzutowania obrazów na wewnątrz, są one pozbawione barw, są bezdźwięczne, „nieme głosy“, „widzenie w myśli“. Halucynacje „psychiczne“ są to myśli, które zrobiły się obce dzięki ogólnemu zaburzeniu myślenia. Częstość halucynacji psychicznych w schizofrenii daje prawo myśleć, że należy liczyć się tu z objawami rozszczepienia. W przypadku pseudohalucynacji jaskrawość, zmysłowość wyjaśnia się cierpieniem okolic podkorowych; niewielkie zmiany w korze półkul mózgowych, które są tylko intensywnym blokowaniem procesu w okolicy podkorowej, są przyczyną możliwości chorego do krytycznego ustosunkowania się do tego stanu chorobowego.

W dalszych swoich rozważaniach autor omawia sprawę stosunku omamów do urojeń. Urojeń według autora, nie można uważać za coś zupełnie niezrozumiałego, czego nie można by objaśnić. Urojenie jest wynikiem przesunięć w całym światopoglądzie człowieka, przesunięć mających dokładne wyjaśnienia w danych z patologii, patofizjologii i fizjologii ewolucyjnej układu nerwowego.

Dotychczasowa koncepcja urojeń schizofrenicznych jest idealistyczną; jest ona oparta na nieprawidłowym rozumieniu koncepcji intuicji, na traktowaniu jej w oderwaniu od myślenia dyskusyjnego. Pierwotne urojenie nie wynika nigdy z halucynacji, a ma inną, bardziej złożoną genezę; należy poszukiwać korzeni trzonów urojeń na niższych piętrach, w świecie odczuwań; oczywiście mogą odgrywać pewną rolę i zaburzenia postrzegania, zwłaszcza halucynacje, ale wpływ ich jest zależny od myślenia dyskusyjnego.

Jaskrawość halucynacji wyjaśniamy udziałem układów podkorowych, choć w genezie halucynacji bierze udział i kora, która nadaje im ostateczną postać, a urojenia to przede wszystkim zespół korowy. Im halucynacje są bardziej intensywne, różnorodne i jaskrawsze, tym mniejsze jest tworzenie urojeń i na odwrót.

Można by przypuszczać, że układy podkorowe tworzą jak gdyby barierę obronną przed zewnętrznymi, niepomysłnymi działaniami. Procesy tworzenia urojenia lub halucynacji leżą na różnych poziomach. Przy urojeniach dotknięta jest wyższa aktywność psychiczna, czyli drugi układ sygnalizacyjny, przy halucynacjach — pierwszy.

Książka *Gilarowskiego* stanowi cenny wkład do nauki o omamach.

J. H.



NAJNOWSZE WYDAWNICTWA
PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU WYDAWNICTW LEKARSKICH

		Str.	Zł
Prof. I. Abramowicz	— Podręcznik okulistyki	561	64,30
Dr R. Arend	— Zaburzenia rysunkowe a ry- synek dziecięcy	146	13,50
Dr R. Arend	— Choroby rdzenia kręgowego i ogona końskiego	139	13,60
Dr R. Arend i Prof. K. Orzechowski	— Choroby pnia mózgowego	78	7,50
Prof. E. Artwiński	— Metodyka badania w chorobach układu nerwowego	78+III	10,—
Prof. J. Adamski	— Zarys mikrobiologii lekarskiej	312	25,—
Dr W. Barcikowski	— Wrodzona końskoszpotawość stopy i jej wczesne leczenie	112	16,35
Doc. J. Bogusz i Prof. E. Paluch	— Pierwsza pomoc w zakładach pracy	157	6,50
Dr W. Bogusławski	— Klimat zatoki gdańskiej i jego wpływ na biologię niektórych zakażeń kropelkowych	80	
Prof. G. A. Batkis	— Organizacja Służby Zdrowia w ZSRR	547+XV	51,50
Dr K. Bojanowicz	— Choroba wrzodowa jako szcze- gólna postać niewydolności kory nadnerczy	164	22,50
Prof. W. Czarnocki	— Patologia (podręcznik) dla pieleş- gniarek	248+4 t.	9,75
Coppi E. (tłum. z ros.) (tłum. dr I. Bielicka)	— Praca pielęgniarek w szpitalach dziec. i zakł. wych.	257	20,—
Prof. A. Dowżenko	— Płyn mózgowo-rdzeniowy	80	7,50
Dr R. Fidelski	— Zarys leczenia przetaczaniem krwi	252	30,—
Prof. E. Godlewski i Prof. S. Hiller	— Embriologia zwierząt kręgowych ze szczególnym uwzględnieniem człowieka	348+2 tabl.	41,—

		Str.	Zł
Prof. J. Choróbski	— Urazy czaszki i mózgu	58	5,10
Dr E. Iszora	— Żywnienie niemowląt i dzieci starszych	336	15,30
M. S. Ichtejman	— Podręcznik dla pielęgniarek t. I	476	28,20
	t. II	622+VII	41,40
Dr W. Jasiński	— Fizyczne podstawy promieniolecznictwa nowotworów	348+1 wkł. +17 tabl.	39,40
T. Kulczyńska i H. Chrzanowska	— Zabiegi pielęgniarские	143	7,80
Dr A. Kunicki	— Choroby gruczołów dokrewnych	64	6,25
Doc. J. Kossakowski	— Podstawowe wiadomości z chirurgii dziecięcej	392	20,50
Doc. W. Kuryłowicz i Prof. S. Ślopek	— Streptomycyna	264	26,40
Doc. W. Łuniewski	— Zarys psychiatrii sądowej	176	16,50
Prof. G. Łorie (tłum. dr Ba- becki i dr Bober)	— Podstawy dietyki	342	17,—
Prof. Cz. Murczyński	— Rentgenologia kliniczna t. I	361	37,20
	t. II	320+6 tabl.	31,25
Dr A. Motak	— Mikrobiologia	176	7,20
Dr F. Milgrom	— Badania nad budową przeciwciał	117	20,—
Prof. W. Melanowski	— Optyka okulistyczna	406+VIII	80,—
Prof. W. Nowicki	— Twardziel	208+57	
Dr A. Nauman	— Zagadnienie pracy chorych na gruźlicę płuc	122	11,—
Prof. W. Orłowski	— Nauka o chorobach wewnętrznych t. I wyd. III	684	54,75
Prof. W. Orłowski	— Choroby wewnętrzne t. II	471+XI +18 tabl.	36,30
Prof. W. Orłowski	— Choroby wewnętrzne t. VII	455+XV	27,60
Dr S. Pawłowski	— Złuszczające zapalenie skóry poarsenobenzolowe	54	5,10
Doc. H. Meisel	— Zagadnienia serodiagnostyki kiły	54	7,80
Mgr W. Horowicz i Dr B. Hoffman			
Praca zbiorowa pod red. Prof. F. Przesmyckiego	— Mikrobiologia lekarska zesz. VI	128	10,95
Praca zbiorowa pod red. Prof. L. Hirszfelda	— Postępy higieny i medycyny Doświadczalnej t. II	220+IV	36,—
Praca zbiorowa pod red. Prof. T. Zwolińskiego	— Położnictwo i choroby kobiece	456+7 t.	21,—

		Str.	Zł
Praca zbiorowa	— Nowotwory	352	27,20
Praca zbiorowa pod red. Prof. A. Bera	— Endokrynologia Polska t. I	199	
Dr A. Kunicki	— Neurologia t. I, zes. IV	139	12,50
Dr J. Spettowa			
Prof. E. Herman			
Doc. J. Zaremba			
Prof. J. Hurynowicz	— Leczenie chorób układu nerwowego		
Prof. J. Choróbski			
Praca zbiorowa	— Pamiętnik Zjazdu Okulist.	236	45,20
Prof. S. Różycki	— Anatomia mózgowia i rdzenia kręgowego	269	21,85
Doc. A. Sokołowski	— Gościec stawowy	216	27,50
Prof. S. Schilling- Siengalewicz	— Zarys medycyny sądowej i toksy- kologii	300	16,60
Inż. L. Szczepański	— Zarys technologii żywności	205	13,20
Prof. J. Supniewski	— Farmakologia	666+VIII	
Prof. T. Sokołowski	— Elementy dynamiczne kończyn człowieka	136	26,—
Dr. J. Teuchmann	— Receptura	90	8,70
Prof. F. Walter	— Choroby weneryczne t. I	643+III	45,—
	t. II	429	27,20
Dr H. Zajączkowski	— Leczenie alkoholizmu przewlekłego	155+I	16,50
J. Zielińska (rozpr. doktorska)	— Wpływ schorzeń zębowych na powstanie porażień nerwu twarzowego	36	6,30
Prof. T Zwoliński	— Zabiegi położnicze	171	24,60
	— Katalog książek Głównej Bibl. Lekarskiej (seria A. t. II)	406	54,60
Prof. T Zwoliński	— Pamiętnik Zjazdu Ginekologów	128+VII	13,75
Dr Kugler	— Przygotowania kikuta, protezowa- nie i budowa sztucznych kończyn	383+XIV	27,30
Dr W. Hartwig	— Zarys chorób wewnętrznych dla stomatologów	366+XII	
Prof. J. Rutkowski	— Chirurgia t. II	531+IV	85,—



KOMITET REDAKCYJNY

EUGENIUSZ BRZEZICKI (Kraków), MAURYCY BORNSTAJN (Łódź)
WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI (Warszawa), RYSZARD DRESZER (Poznań),
JÓZEF HANDELSMAN (Tworki), MIECZYŚLAW KACZYŃSKI (War-
szawa — Tworki), BRONISŁAW KOSTKIEWICZ (Warszawa), EUGE-
NIUSZ WILCZKOWSKI (Łódź) oraz ZARZĄD GŁÓWNY POLSKIEGO
TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO.

Redaktor
JÓZEF HANDELSMAN

Z-ca Redaktora
BRONISŁAW KOSTKIEWICZ

Sekretarz Redakcji
MICHAŁ ROSTAFIŃSKI

Adres Redakcji J. HANDELSMAN, p. Pruszków, Szpital Tworki

Wydawca: PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH
Warszawa, ul. Chocimska 22

Prenumerata półroczna: 30 zł, roczna: 60 zł.
Prenumeratę należy wpłacać przez konto Warszawa P.K.O. I-17707/110
Ceny ogłoszeń: cała strona zł 300, $\frac{1}{2}$ strony zł 165, $\frac{1}{4}$ strony zł 90

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

jest wydawcą następujących czasopism:

			zł	zł	P.K.O.
			roc.	roc.	
1.	Acta Poloniae Pharmaceutica	kwart.	pren. półr.	30.—	60.— I-17710/110
2.	Biuletyn Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej . . .	"	"	30.—	60.— I-17687/110
3.	Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska	"	"	30.—	60.— I-17688/110
4.	Czasopismo Sądowo - Lekar- skie	"	"	30.—	60.— I-17689/110
5.	Czasopismo Stomatologiczne	mies.	kwart.	18.—	72.— I-17690/110
6.	Farmacja Polska	mies.	kwart.	22 50	90.— I-17715/110
7.	Folia Morphologica	kwart.	półr.	30.—	60.— I-17691/110
8.	Ginekologia Polska	dwum.	"	45.—	90.— I-17692/110
9.	Gruźlica	kwart.	"	30.—	60.— I-17693/110
10.	Klinika Oczna	"	"	30.—	60.— I-17695/110
11.	Kronika Dermatologii i We- nerologii	dwumies.	"	45.—	90.— I-17696/110
12.	Medycyna Doświadczalna i Mikrobiologia	kwart.	"	30.—	60.— I-17697/110
13.	Neurologia Polska	"	"	30.—	60.— I-17699/110
14.	Medycyna Pracy	"	"	30.—	60.— I-17698/110
15.	Otolaryngologia Polska	"	"	30.—	60.— I-17700/110
16.	Patologia Polska	"	"	30.—	60.— I-17701/110
17.	Pediatrica Polska	mies.	"	45.—	90.— I-17702/110
18.	Polski Przegląd Chirurgiczny	dwum.	"	45.—	90.— I-17703/110
19.	Polski Tygodnik Lekarski . . .	tyg.	"	45.—	90.— I-17712/110
20.	Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej	kwart.	"	30.—	60.— I-17704/110
21.	Przegląd Dermatologiczny . . .	"	"	30.—	60.— I-17705/110
22.	Przegląd Lekarski	dwuf.	"	45.—	90.— I-17718/110
23.	Przegląd Radiologiczny	kwart.	"	30.—	60.— I-17706/110
24.	Roczniki Państwowego Za- kładu Higieny	"	"	30.—	60.— I-17708/110
25.	Rocznik Psychiatryczny	"	"	30.—	60.— I-17707/110
26.	Służba Zdrowia	tyg.	"	7.20	14.40 I-17714/110
27.	Szpitalnictwo Polskie	kwart.	"	30.—	60.— I-17709/110
28.	Zdrowie Publiczne	dwumies.	"	27.—	54.— I-17713/110
29.	Twoje Dziecko	mies.	"	5.40	10.80 I-17716/110

Zamówienia na prenumeratę prosimy kierować do P. P. K. „Ruch“
Oddział w Warszawie, Srebrna 12. Należność za prenumeratę należy
wplacać na podane powyżej konta.

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH —
ADMINISTRACJA CZASOPISM

Warszawa, ul. Chocimska 22, tel. 4-31-55.

Zaległe należności za prenumeratę 1950 r. należy przekazać do PZWL na konto
PKO I-654/A/110