

# Płonka Syroka, Bożena

---

## Spory o kształtowanie się standardu nowoczesnej psychiatrii w XIX stuleciu

---

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 47/1, 161-184

---

2002

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



*Bożena Płonka-Syroka*  
Instytut Historii UW.  
Wrocław

## SPORY O KSZTAŁTOWANIE SIĘ STANDARDU NOWOCZESNEJ PSYCHIATRII W XIX STULECIU

Przedmiotem niniejszego artykułu<sup>1</sup> będzie próba ukazania procesu kształtowania się standardu współczesnej psychiatrii akademickiej. Proces ten dokonywał się w XIX stuleciu dzięki rozwiązywaniu sporów naukowych, powstających w odpowiedzi na wyłaniające się przed tą nową specjalnością medyczną problemy teoretyczne i praktyczne. Zanim jednakże przejdę do omówienia najważniejszych z owych sporów, które wywarły moim zdaniem zasadniczy wpływ na oblicze współczesnej psychiatrii, przedstawię sytuację w europejskiej medycynie XVIII wieku, która doprowadziła do wyłonienia się psychiatrii jako samodzielnej dyscypliny medycznej. Jej istotą było dążenie do zbudowania nowego systemu akademickiej medycyny, opartego na doświadczeniu i obserwacjach klinicznych, które miały stanowić podbudowę dla nowych teorii naukowych. W różnych krajach europejskich proces ten dokonywał się w różnym czasie, co prowadziło do powstawania sporów naukowych, w których antagoniści na podstawie tych samych obserwacji i doświadczeń wyprowadzali zupełnie odmienne wnioski teoretyczne. W psychiatrii najbardziej skrajne stanowiska zajęli przedstawiciele medycyny francuskiej i niemieckiej, z których pierwszych nazywać będę dalej somatykami, natomiast drugich romantykami. Pojęcia te należałoby rozumieć

---

<sup>1</sup> Jest to tekst wykładu habilitacyjnego, wygłoszonego dnia 14 grudnia 2000 r. przed Radą Naukową Instytutu Historii Nauki PAN w Warszawie.

następująco: s o m a t y c y uważali za konieczne i możliwe budowanie systemu nowej, naukowej medycyny powołując się wyłącznie na naturalistyczne pojmowanie ludzkiego organizmu, to jest przedstawianie wszelkiego rodzaju naukowych wyjaśnień bez konieczności odwoływania się do istnienia duszy. Nazwa tego nurtu powstała już w XVIII wieku i była używana przez jego zwolenników. Nurt r o m a n t y c z n y w psychiatrii europejskiej, zaznaczający swoje wpływy wyłącznie w Niemczech, został tak nazwany przez niemieckich historyków medycyny, piszących w pierwszej połowie XX wieku. Niemiecka psychiatria romantyczna została przez nich zdefiniowana jako nurt w europejskiej medycynie, nieakceptujący założeń modelu somatycznego i opierający swój model medycyny na rodzimej filozofii przyrody i na religii protestanckiej.

Podstawowe różnice poglądów przedstawicieli tych dwóch nurtów w europejskiej psychiatrii klinicznej miały zasadnicze znaczenie dla ukształtowania się jej nowoczesnego standardu. Ostrość toczonych w XIX wieku sporów zmusiła bowiem ówczesne środowisko lekarskie do precyzyjnego uzasadnienia zajmowanych stanowisk oraz do poszukiwania argumentów, zdolnych przekonać naukowych przeciwników, a jeżeli okazałoby się to niemożliwe – zdolnych zmarginalizować ich poglądy w środowisku lekarskim.

Nowożytna psychiatria kliniczna wyodrębniła się jako samodzielna dyscyplina kliniczna równocześnie w dwóch europejskich krajach – w Niemczech i we Francji. Samo pojęcie powstało w Niemczech, zaś jego twórcą był Johann Christian Reil. Nie oznacza to jednakże, że problematyka chorób psychicznych nie była wcześniej znana lekarzom i nie budziła ich zainteresowań badawczych. Już w czasach starożytnych ukształtowały się podstawy diagnostyczne chorób psychicznych, oparte na kryteriach objawowych. Poglądy na ich temat zostały zawarte w *Corpus Hippocraticum*, które stało się podstawowym źródłem rozwoju medycyny europejskiej w ciągu dalszych dwóch tysiącleci. Podstawą sklasyfikowania danego schorzenia jako choroby psychicznej były obserwowane przez lekarza u osoby chorej zmiany percepcji świata i własnej osoby, przebiegające bądź to z nadmiernym pobudzeniem, bądź też z osłabieniem normalnej aktywności życiowej i zdolności poznawczych. Na podstawie kryterium objawowego wyróżniono takie choroby, jak obłąd (grupujący dużą grupę schorzeń rozpoznawanych obecnie jako samodzielne jednostki chorobowe), mania, histeria i melancholia. Jako samodzielną jednostkę chorobową opisano także padaczkę, ówczesnie zaliczaną do chorób psychicznych. W każdym z tych rozpoznań próbowano przedstawić pewną koncepcję, wyjaśniającą istotę opisanego schorzenia. Tak na przykład histerię definiowano jako schorzenie, występujące wyłącznie u kobiet, którego przyczyną miała być nadmierna koncentracja i zaburzenie prawidłowego przepływu krwi przez macicę. Chorobą typową dla mężczyzn była natomiast melancholia, której przyczynę postrzegano w zaburzeniu przepływu i koncentracji czarnej żółci w śledzionie. W interpretacji padaczki

podstawową rolę inicjującą jej objawy przypisywano nadmiernej koncentracji i zaburzeniu przepływu śluzu, który – jak sądzono – powstaje w mózgu. Obłąd interpretowano jako skutek ogólnego zaburzenia równowagi humorów. W okresie średniowiecza do przekonań dotyczących istoty oraz przyczyn chorób psychicznych dodano interpretacje czerpane z religii chrześcijańskiej. Choroby te uznano za powstające ze związku z bezpośrednią ingerencją sił nadprzyrodzonych. Interpretacja demonologiczna stała się wkrótce interpretacją dominującą w społeczeństwie, mimo że wśród niektórych lekarzy utrzymała się również wywodząca się z medycyny greckiej interpretacja naturalistyczna. W okresie nowożytnym, od XVI do połowy XVIII wieku, powyższy stan się utrzymał i został zakwestionowany dopiero na przełomie XVIII i XIX wieku, najwcześniej we Francji.

Pragnąc wyjaśnić następujące wówczas przemiany w pojmowaniu i definiowaniu chorób psychicznych trzeba odwołać się do ogólnego procesu, który zachodził w europejskiej medycynie klinicznej od czasów Renesansu. W krajach katolickich i anglikańskich rozwijać się wówczas zaczęła nowa koncepcja medycyny, wywodząca się początkowo z tradycji arystotelizmu, a później także inspirowana przez nowożytnych fizyków i filozofów (Galileusz, Kartezjusz, Bacon, Newton, Hume, Locke). Koncepcja ta prowadziła do ukształtowania się modelu medycyny jako nauki świeckiej, opartej na podstawach empirycznych, na indukcyjnej metodzie badawczej, nauki ograniczającej swój przedmiot do obszaru ludzkiego ciała i badającej zachodzące w nim procesy i zależności. Model ten prowadził do stworzenia fizjologii (nauki o organizmie zdrowym), patologii (nauki o chorobach) oraz nozologii (nauki o klasyfikacjach chorób) ujmowanych naturalistycznie, tj. bez konieczności odwoływania się do istnienia duszy jako elementu kontrolnego lub napędowego dla funkcjonującego w sposób samodzielny ciała. Natomiast w krajach objętych reformacją luterzańską pomiędzy XVI a XVIII wiekiem ukształtował się model medycyny oparty na zupełnie odmiennych podstawach i nawiązujący do odmiennych inspiracji. Lekarze tego kręgu kulturowego uważali za niemożliwe stworzenie modelu medycyny jako nauki świeckiej, eliminującej duszę jako czynnik kontrolny i napędowy z naukowych wyjaśnień dotyczących fizjologii i patologii ludzkiego ciała.

Powyższa sytuacja wywarła zasadniczy wpływ na wykształcenie się w pierwszej połowie XIX wieku zasadniczej opozycji między lekarzami francuskimi i niemieckimi, dotyczącej modelu naukowej psychiatrii. Przez lekarzy francuskich choroby psychiczne były pojmowane w ścisłym powiązaniu z ludzką somatyką – ich przyczyn dopatrywano się w zaburzeniach funkcji ciała. Przez lekarzy niemieckich natomiast choroby te rozpatrywane bywały w kategoriach patologii duszy, pojmowanej jako idea konstytutywna, jako forma ludzkiego ciała, której istnienia naukowemu medycyna nie może negować i eliminować ze swojej struktury pojęciowej.

Istniały także zasadnicze różnice dotyczące metodologii badań, które miałyby doprowadzić do stworzenia standardu nowożytnej psychiatrii. Dla lekarzy

francuskich metodą uprawnioną była indukcja, prowadząca do tworzenia teorii naukowych na podstawie uogólniania wniosków z obserwacji. Dla lekarzy niemieckich natomiast – dedukcja, za pomocą której budowano teorie naukowe wyprowadzane z kilku pewników, uznawanych za niepodważalne.

W okresie bezpośrednio poprzedzającym XIX stulecie i budowę modelu nowożytnej psychiatrii sytuacja osób chorych psychicznie była w społeczeństwie bardzo dla nich niekorzystna. Chorych tych postrzegano przede wszystkim jako opętanych, poddanych wpływowi szatana lub złych duchów, jako osoby złe, słabe pod względem moralnym i niedostatecznie sprzeciwiające się wpływowi złych impulsów. Chorobę psychiczną rozpatrywano w kategoriach winy moralnej, kategoriach grzechu lub też pozostającą w jakimś związku z grzechem pacjenta lub jego przodków. Chorych psychicznie nie objęło więc humanitarne nastawienie, będące podstawą czynnego miłosierdzia, wyrażanego przez jałmużnę, dobroczynne fundacje, przytułki i szpitale dla ubogich. Osoby chore psychicznie z pewnością stanowiły znaczny procent ich pacjentów, jednakże ich warunki pobytu w tych szpitalach były dalekie od humanitarnych, nawet jak na ówczesne warunki. Chorych tych trzymano w więzach i kajdanach, głodzono ich i bito. Bardzo często spędzali także życie w więzieniach, przebywając tam w jeszcze gorszych warunkach. Jediną metodą postępowania społeczeństwa wobec chorych psychicznie było bowiem przed XIX stuleciem dążenie do ich izolacji, podejmowane wyłącznie w celu ochrony społeczeństwa przed szkodliwym lub deprawującym wpływem tego typu osób. Przed XIX stuleciem, jeżeli były wobec tej grupy chorych podejmowane w ogóle jakieś próby leczenia, to zdarzało się to w zasadzie wyłącznie wobec osób wywodzących się z warstw rządzących. Chorym członkom należącym do elity społecznej rodzin usiłowano udzielić jakiejś pomocy medycznej, jednakże terapia nie dawała na ogół pozytywnych rezultatów i zwykle przez swój radykalny charakter (stosowano np. masywne upusty krwi oraz trucizny) doprowadzała chorych do przyspieszonej śmierci.

Na przełomie XVIII i XIX stulecia ukształtowała się jednak sytuacja, w której przedstawiciele europejskiego środowiska lekarskiego uznali za konieczne dokonanie rewizji panujących poglądów dotyczących chorób psychicznych, co mogłoby umożliwić udzielanie chorym bardziej skutecznej pomocy, a przede wszystkim zrównanie statusu osoby chorej psychicznie z chorymi na inne schorzenia. W drugiej połowie XVIII stulecia w większości europejskich ośrodków medycznych obowiązuje w nich standard wiedzy medycznej stał się już standardem naturalistycznym. Stawiało to przed lekarzami zajmującymi się problematyką chorób psychicznych ogromne wyzwanie, ponieważ zostali zmuszeni do stworzenia zupełnie nowej nauki, której teorię musieli budować równocześnie z praktyką. Powszechnie już wiedziano i uznawano za koncepcję prawdziwą i zweryfikowaną przez doświadczenie, że wszelkie funkcje kontrolne nad funkcjonowaniem ludzkiego organizmu sprawuje mózg i układ nerwowy. Postawiono

więc pytanie, w jakim stopniu możliwe jest w oparciu o tę wiedzę zdefiniowanie chorób psychicznych w powiązaniu z czynnikiem somatycznym, to znaczy jako wyrazu zaburzenia prawidłowych funkcji ciała.

Na przełomie XVIII i XIX stulecia zostało także upowszechnione w środowisku lekarskim odkrycie stanu tak zwanego snu prowokowanego (tj. hipnozy). W stanie tym dochodziło do bardzo istotnych przemian w zachowaniu i świadomości pacjenta, które miały charakter burzliwy, lecz odwracalny, to znaczy mijały po pewnym czasie bez większych widocznych konsekwencji. Uświadomiono sobie więc wówczas konieczność podjęcia badań nad istotą snu prowokowanego i jego analogią do choroby psychicznej w ogóle. Uświadomiono sobie zarazem, że ludzka psychika składa się przynajmniej z dwóch warstw – świadomej i nieświadomej (ponieważ osoby hipnotyzowane nie pamiętały lub pamiętały w stopniu bardzo ograniczonym przeżycia doznawane w trakcie snu prowokowanego), co stało się podstawą postawienia sobie pytania o relacje świadomości i nieświadomości.

Trzecim obszarem badań, prowadzącym do ukształtowania się problematyki charakterystycznej dla rodzącej się psychiatrii, było zainteresowanie anatomiczną budową człowieka jako materialnym podłożem chorób. Podjęto więc badania zmierzające do określenia związków chorób psychicznych z określoną budową fizyczną człowieka, jak wówczas mawiano – z jego fizyczną konstytucją.

Czwartym obszarem problemowym, inspirującym badania XIX wiecznych psychiatrów, była tak zwana teoria anatomopatologiczna, której zwolennicy postrzegali proces chorobowy jako zjawisko materialnie zakorzenione w określonym miejscu ludzkiego ciała. Powstaje wówczas idea anatomicznej lokalizacji chorób w poszczególnych organach, łącząca owe organy z chorobami i pojmująca te organy jako „siedzibę” choroby. Przed rodzącą się psychiatrią powstał więc problem, w jakim stopniu można uważać choroby psychiczne za choroby zlokalizowane w obszarze mózgu.

W ten sposób w drugiej połowie XVIII stulecia ukształtowała się zasadnicza sytuacja problemowa europejskiej XIX wiecznej psychiatrii, umożliwiająca jej wyodrębnienie jako samodzielnej dyscypliny z obszaru medycyny ogólnej, w którym się dotąd znajdowała.

## 1. SPÓR O MOŻLIWOŚCI PRAWOMOCNEGO POD WZGLĘDEM NAUKOWYM WYJAŚNIANIA GENEZY I ISTOTY CHOROBY PSYCHICZNYCH BEZ KONIECZNOŚCI ODWOŁYWANIA SIĘ DO ISTNIENIA DUSZY

W obszarze problemowym XIX wiecznej psychiatrii zaznaczyły się w tej kwestii, jak już wspomniałam, dwa przeciwstawne stanowiska, z których pierwsze – tak zwana interpretacja somatyczna – zyskało z czasem przewagę w środowisku lekarskim i stało się etapem wiodącym do uznawanego współcześnie

standardu naukowej psychiatrii. Do kanonu twierdzeń interpretacji somatycznej należały następujące tezy:

- 1) psychiatria powinna być nauką ograniczoną do ludzkiej psychiki, związanej z życiem i funkcjonowaniem ludzkiego ciała, powinna być oparta na obserwacjach klinicznych i powinna wyłączyć z zakresu medycyny pojmowanie człowieka – pacjenta w kategoriach religijno-moralnych;
- 2) metody naukowe w psychiatrii należy ograniczyć do wyodrębnienia i opisu powtarzających się objawów chorób psychicznych, próbować je połączyć w schematy diagnostyczne i terapeutyczne;
- 3) należy poszukiwać związku obserwowanych objawów klinicznych chorób psychicznych z możliwymi do zaobserwowania przejawami patologicznego funkcjonowania całego chorego ustroju, aby w ten sposób uzyskać zrozumienie wpływu, wywieranego przez zaburzenia somatyczne na świadomość, samopoczucie i zdolności poznawcze człowieka chorego;
- 4) należy poszukiwać czynników naturalnych, które pozwolą wyjaśnić za pomocą znanych już medycynie pojęć nowo odkrywane fenomeny psychiczne (np. zjawisko snu prowokowanego);
- 5) w każdym wypadku odkrycia nowego fenomenu należy zmierzać do jego dokładnego opisanego pod względem kazuistycznym i poszukiwać we współczesnej literaturze medycznej, czy podobne przypadki zostały już dostrzeżone i opisane przez innych lekarzy. Należy także zwrócić się w stronę dzieł lekarzy średniowiecznych i starożytnych, aby potwierdzić, czy rzeczywiście mamy tu do czynienia z nowym objawem czy zjawiskiem, czy też jedynie z nową metodą jego opisu;
- 6) lekarz psychiatra powinien być także zawsze uwzględniać wpływ czynników kulturowych na diagnostykę psychiatryczną. Czynniki te odgrywały bowiem pierwszorzędą rolę w kształtowaniu się przekonań pacjentów, dotyczących przyczyn i przebiegu ich choroby. Podczas wywiadu lekarskiego, spisującego doznania i wrażenia osoby chorej psychicznie, psychiatra zawsze powinien być pamiętać o rozróżnieniu subiektywnej warstwy przeżyć pacjenta i jego mniemań, albo złudzeń na temat przyczyn i istoty jego choroby od opartych na obserwacjach materialnych objawów choroby (w tym na badaniu fizykalnym chorego), rozpoznawanych przez lekarza na podstawie jego profesjonalnej wiedzy.

W tak ujmowanym modelu psychiatrii obiektywizm nozologii i diagnostyki psychiatrycznej był uwarunkowany przez prawidłową interpretację doświadczenia lekarskiego, zebranego na możliwie największej grupie chorych przez jak największą liczbę lekarzy, którzy winni wymieniać ze sobą informacje dotyczące własnych obserwacji w celu ujednoczenia obowiązującego standardu. Przyznano, że oparcie psychiatrii na powyższych podstawach niesie ze sobą zagrożenie subiektywizmem, jednakże uznano owo zagrożenie za immanentną cechę

poznania lekarskiego, nie podważające w żadnym stopniu wartości naukowej medycyny jako takiej. Poznanie lekarskie w psychiatrii, tak samo jak i w całym modelu medycyny somatycznej, uznano za relatywne, bowiem obowiązujące w pewnym okresie teorie mogą być w miarę postępu wiedzy zastąpione przez inne, doskonalsze.

Nurt psychiatrii somatycznej miał w pierwszej połowie XIX stulecia dwie postacie skrajne, występujące przede wszystkim we Francji. Jedna z nich przybrała oblicze materialistyczne, nawiązujące do dziedzictwa La Mettriego, natomiast druga – skrajnie racjonalistyczne. Zwolennicy pierwszej pojmowali przejawy życia psychicznego człowieka jako wyraz materialnej aktywności mózgu i negowali w ogóle istnienie ludzkiej duszy, natomiast zwolennicy drugiej wyróżniali się swoim krytycyzmem w stosunku do nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych oraz nowo dokonywanych odkryć z zakresu patologii, przyjmując zasadę, zgodnie z którą to, co nie może być za pomocą metod naukowych dostatecznie racjonalnie uzasadnione jako istniejące – nie istnieje. Przykłady obu tych stanowisk przytoczę dalej.

Jednym z pierwszych reprezentantów nurtu somatycznego w psychiatrii europejskiej był Philippe Pinel. W 1793 r. rozpoczął program reform w paryskim szpitalu Bicêtre, którego istotą było zrównanie pacjentów chorych psychicznie w prawach chorych z innymi pacjentami. Choroby psychiczne zostały przezeń „odczarowane” i pozbawione negatywnej sankcji społecznej, w ich genezie zaprzestano dopatrywać się skutków grzechu i ujmować je w kategoriach osobistej winy pacjenta. Chorzy zostali uwolnieni z więzów i poddani opiece lekarskiej na równi z chorymi na inne schorzenia somatyczne. Istotą przełomu dokonanego przez Pinela była zasadnicza zmiana teoretycznego uzasadniania utrzymywania chorych psychicznie w odosobnieniu. Dotąd uzasadnieniem tego procesu był zamiar ochrony społeczeństwa przed chorymi, obecnie chorych hospitalizowano dla dobra ich samych. Reformy Pinela objęły wkrótce drugi wielki szpital paryski, Salpêtrière, zaś do 1798 r. rozpowszechniły się na inne francuskie placówki tego typu. Szpital Salpêtrière stał się w całym XIX stuleciu jedną z największych i wiodących placówek medycznych, prowadzących badania kliniczne w dziedzinie psychiatrii.

Drugim po Pinelu „ojcem założycielem” psychiatrii francuskiej był Stephan Dominique Esquirol. W 1800 Esquirol założył pierwszy prywatny szpital psychiatryczny, w 1807 r. – pierwszą klinikę psychiatryczną dla potrzeb dydaktyki medycznej, zaś w roku 1817 zapoczątkował nauczanie kliniczne z zakresu psychiatrii. Wykształcił szerokie grono uczniów, którzy wkrótce objęli stanowiska ordynatorów w tworzonych w szpitalach całej Francji oddziałach dla psychicznie chorych.

Do nurtu somatycznego należeli także inni wybitni lekarze francuscy, działający w pierwszej połowie XIX stulecia, jak na przykład Etienne Bonnot de Condillac, Pierre Jean Cabanis, Main de Biran. Stworzyli oni podwaliny standardu interpretacyjnego francuskiej psychiatrii akademickiej w tym okresie. Badacze ci podjęli przede wszystkim problem stosunku świadomości i nieświadomości.



Uznali je za komplementarne, z tym że świadomość określali jako warstwę dominującą nad nieświadomością. Condillac twierdził wprawdzie, że na podejmowane przez ludzi decyzje zawsze wywierają pewien wpływ czynniki dla nich utajone, silniejsze od motywów, które człowiek sobie uświadamia, jednakże istotą zdrowia psychicznego jest zdolność kierowania własnym postępowaniem przez świadomość oraz wolę. Dla Condillaca i innych lekarzy francuskich zaburzenie równowagi między świadomą a nieświadomą sferą ludzkiej psychiki odgrywało podstawową rolę w genezie chorób psychicznych.

W dyskusjach nad stosunkiem świadomości do nieświadomości pojawiały się także inne koncepcje. Jedną z nich przedstawił Main de Biran, który sformułował teorię automatyzmów psychicznych, zgodnie z którą czynności wykonywane po raz pierwszy wymagają udziału świadomości, natomiast w miarę ich powtarzania się stają się coraz bardziej automatyczne i kontrolę nad nimi przejmuje nieświadomość. To dominacja nieświadomej sfery psychiki nad świadomą stanowi, zdaniem de Birana, o istocie procesu określanego mianem choroby psychicznej, w której osoba chora traci kontrolę nad wolą, władzami poznawczymi i emocjonalnymi.

Innym obszarem badań psychiatrii francuskiej była diagnostyka różnicowa chorób psychicznych. Duże zasługi na tym polu położyli Cabanis i Pinel, którzy zasłużyli się szczególnie w badaniach nad obłądem. Na podstawie wnikliwych obserwacji klinicznych wyodrębnili zeń szereg samodzielnych zespołów objawów, które uznali za odrębne choroby psychiczne.

Ukształtowany w pierwszej połowie XIX stulecia standard interpretacyjny, wypracowany we francuskiej psychiatrii akademickiej, miał charakter personalistyczny. W diagnostyce i terapii, a także w relacjach lekarz-pacjent pojmowano zawsze objawy choroby psychicznej pacjenta jako przejaw zaburzenia funkcjonowania organizmu danej osoby, zmierzano do rozpoznania przyczyn tego procesu, rozpoznania pewnej jednostki chorobowej oraz wprowadzenia przychylnie uzasadnionej terapii.

Przedstawiony powyżej standard medycyny francuskiej upowszechniał się stopniowo w medycynie akademickiej innych krajów europejskich i w latach 30-tych XIX wieku stał się już w zasadzie standardem dominującym, niezależnie od pewnych różnic lokalnych. Był jednak pewien obszar europejskiej medycyny akademickiej, w którym omówiony powyżej standard nie tylko nie spotkał się z akceptacją, lecz został poddany krytyce o zasadniczym charakterze, która stała się podstawą podjętych wkrótce prób budowy standardu alternatywnego. Obszarem tym było środowisko lekarzy niemieckich. Nie brakowało w nim wprawdzie wpływowych zwolenników standardu somatycznego, do których należeli np. Christoph Wilhelm Hufeland i Johann Israel Stieglitz, jednakże większość psychiatrów niemieckich głosiła w latach 1800–1848 poglądy o odmiennym nastawieniu teoretycznym, co wywierało znaczący wpływ na praktykę lekarską w tej dziedzinie medycyny.

Niemiecka psychiatria tego okresu bywa określana w piśmiennictwie mianem psychiatrii romantycznej. Wpisuje się w nurt teoretyczny tak zwanej niemieckiej medycyny romantycznej, żywotny na niemieckich uniwersytetach w latach 1797–1848. Jego przedstawiciele, znajdując wsparcie w poglądach najbardziej wpływowych ówczesnych niemieckich fizjologów, takich jak Karl Friedrich Burdach czy Carl Gustav Carus, stworzyli model psychiatrii, w której obręb włączyli ludzką duszę jako element konstytutywny i regulatywny. Do najwybitniejszych przedstawicieli tego nurtu w psychiatrii niemieckiej pierwszej połowy XIX wieku należeli Johann Christian Reil, Johann Christoph Heinroth oraz Karl Wilhelm Ideler. Johann Christian Reil był twórcą samego pojęcia psychiatria i jest uważany za „ojca założyciela” niemieckiej psychiatrii akademickiej.

Uznanie regulatywnej roli duszy wobec wszystkich procesów somatycznych było cechą wspólną wszystkich należących do tego nurtu koncepcji. Wewnątrz nurtu występowały jednak spory dotyczące roli owej duszy w strukturze ludzkich procesów psychicznych, w genezie chorób psychicznych oraz w sprawowaniu funkcji kontrolnych nad somatyką. Ich osią był problem wolnej woli – jej istnienia i jej ewentualnego wpływu na proces psychiczny i jego dynamikę. Kwestia ta dzieliła katolików i zwolenników Lutra od czasów reformacji i nadal budziła w Niemczech żywy oddźwięk w świadomości społecznej. Fizjologowie niemieccy wyznania protestanckiego, jak na przykład Burdach czy też Carus, byli skłonni wyróżniać w ludzkiej psychice świadomość, kontrolowaną przez wolę i nieświadomość, nie poddającą się tego typu kontroli. Przypisywali nieświadomości zasadniczą rolę w procesach poznawczych, w inicjowaniu pojawiania się w świadomości określonych motywów skłaniających do podjęcia pewnego postępowania, w inicjowaniu działań o charakterze popędowym, w kontroli nad ludzką somatyką. Świadomość w tym ujęciu wyłaniała się z nieświadomości, która nad nią panowała, nie była zaś – jak u somatyków – jedynie elementem wobec świadomości komplementarnym. W przyjmowanej przez niemieckich psychiatrów wyznania protestanckiego koncepcji podmiotowości człowieka, ludzka wolność woli była pojmowana wyłącznie jako wolność odpowiedzi na inspiracje czerpane z nieświadomości lub niematerialnej moralnej siły, będących istotą obiektywnej rzeczywistości i obiektywnych prawd moralnych. U podejmujących problematykę psychiatryczną lekarzy wyznania katolickiego możliwe było natomiast ujmowanie wolności woli w sposób kreatywny, nie zaś wyłącznie receptywny, co pozwalało nieprzeceniać roli panowania nieświadomości nad świadomością.

Lekarzem, który posunął się najdalej w podjętych próbach uzgodnienia standardu rodzącej się niemieckiej psychiatrii z systemem pojęć religijnych był Karl Wilhelm Ideler. Wspólnie z takimi badaczami, jak np. Johann Michael Leupoldt, Johann Nepomucen von Ringseis, Carl Josef Windischmann zaliczany bywa do przedstawicieli tak zwanego nurtu „kościelno-teokratycznego” w niemieckiej medycynie akademickiej, którego istotą był zamiar całkowitego podporządkowania

standardu naukowej medycyny inspiracjom czerpanym z religii chrześcijańskiej. Nowsza historiografia zalicza tego twórcę psychiatrii niemieckiej do tak zwanego nurtu antropologicznego, którego zwolennicy protestowali przeciwko ujmowaniu człowieka przez nauki medyczne jedynie jako somatycznie pojmowanego organizmu, nie zaś jako całego człowieka, pojmowanego jako indywiduum o charakterze duchowo-somatycznym, z naciskiem położonym na pierwszy człon tego złożenia.

Drugi z grona „ojców założycieli” niemieckiej psychiatrii akademickiej, alternatywnej wobec standardu somatycznego medycyny francuskiej i jej zwolenników – Johann Christian August Heinroth – swoje poglądy na ten temat wypowiedział w wielu pracach, które wywarły duży wpływ na ówczesnych lekarzy niemieckich. Heinroth był jednym z pierwszych profesorów psychiatrii, kierujących w Niemczech samodzielną katedrą tego przedmiotu. Opozycja Heinrotha wobec standardu somatycznego w psychiatrii wyływała z jego stosunku do filozofii materialistycznej. Badacz ten twierdził, że somatyczny standard medycyny opiera się na hipotezie istnienia materii, pojmowanej jako substrat i podstawa zjawisk naturalnych. Hipotezę tę uznał za błędną i szkodliwą i wiodącą nauki o naturze w fałszywym kierunku. Podstawa świata jest bowiem niematerialna, podtrzymuje ona życie i wszelkie jego przejawy. Stąd przekonanie somatyków o zdolności organizmu do samodzielnego życia (homeostaza), wynikające z jego organizacji, jest przekonaniem błędnym.

Zdaniem Heinrotha poznanie świata powinno się odbywać nie przez badanie poddających się obserwacji materialnych przejawów, ale przez badanie ducha, tj. przez analizę pojmowanych ontologicznie idei. Poznanie natury nie może się więc opierać na poznaniu naocznym, ani na analizie zjawisk zewnętrznych, pojmowanych jako obiekty materialne, lecz na racjonalnej analizie idei, która pozwoli rozpoznać wyższe prawo, jednoczące wszystko. W poznaniu naukowym w medycynie nie można się także opierać na świadectwie zmysłów, które mówią nam, iż mamy do czynienia ze światem materialnym. Pogląd ten Heinroth uznał za złudzenie. Proponował natomiast budowę modelu psychiatrii opartej na koncepcji moralnego życia, którą opisał pod nazwą ortobiotyki. Miała to być nauka o właściwym życiu, prowadzonym według prawdziwie rozpoznanej ludzkiej natury. Celem życia, opisywanym przez ortobiotykę, powinno być osiągnięcie przez człowieka całkowitego panowania duszy nad ciałem. Człowiek powinien dbać o swoje ciało, ponieważ jego uszkodzenie może zaburzyć zdolność panowania duszy nad ludzką cielesnością. Ze szczególną troską człowiek powinien odnosić się do zachowania prawidłowego stanu swego mózgu, ponieważ aby kontrola duszy nad ciałem mogła odbywać się bez zakłóceń, mózg musi być nieuszkodzony i prawidłowo ukrwiony. Według Heinrotha świadomość realizuje się fizycznie poprzez mózg, lecz nie jest jego wytworem. Świadomość jest cechą duszy, zaś mózg jest jedynie organem, w którym działanie duszy się przejawia.

Zdrowie psychiczne jest, zdaniem Heinrotha, możliwe do zachowania, gdy człowiek całkowicie podporządkowuje swoje życie czynnikom duchowym i regułom moralnym. Odstąpienie od tego kierunku w stronę dania pola zmysłowym impulsom lub łamania reguł moralnych sprowadza na człowieka chorobę psychiczną. W wiedzę o prawidłowym życiu wyposaża człowieka religia i filozofia moralna, którym człowiek powinien podporządkować swój sposób myślenia i postępowania. Choroba psychiczna może się bowiem zrodzić z poczucia winy za popełnione zło, które dezorganizuje stan psychiki, co może odbić się na somatyce. Może być także skutkiem innych niedostatków moralnych, wynikających z nieprawidłowego rozpoznania przez człowieka jego miejsca w naturze. Człowiek nie powinien bowiem pojmować siebie samego jako jednostkę, lecz jedynie jako element większej całości. Jego los powinien się wypełniać w dążeniu do rozpoznania praw moralnych i podporządkowania się ich władzy. Jego życie natomiast powinno zmierzać ku duchowemu zjednoczeniu z całością, które następuje już po śmierci.

Podstawą życia umysłowego była dla Heinrotha ludzka dusza, która tworzy wyobrażenia, odczuwa indywidualność człowieka, żyje i rozwija się ku zjednoczeniu z całością. Jest istotą samoświadomości, tj. podstawowego organu ludzkiego poznania. Przejawami aktywności duszy są, wg Heinrotha, siły – moralna, tworząca, przedstawiająca, odczuwająca potrzeby itp. Proces rozwoju człowieka toczy się w świecie objętym nieustanną walką ducha z ciałem, pierwiastka boskiego z nieboskim, dobra ze złem. Walka ta jest prowadzona przez duszę. Człowiek chory psychicznie ulega, wg Heinrotha, złym impulsom, zmierzającym do osłabienia panowania duszy nad jego życiem i nad jego ciałem. To też celem naukowej psychiatrii powinno być umocnienie przez lekarza motywacji moralnych w psychice pacjenta. W wyniku oddziaływań psychoterapeutycznych lekarz powinien doprowadzić pacjenta do podporządkowania swojego życia sile moralnej. Chorobę psychiczną Heinroth definiował jako tak zwaną pasywność, czyli niedostateczny brak samokontroli i niedostateczny stopień przejawiania się samoświadomości pacjenta. Celem terapii powinno być odzyskanie kontroli sprawowanej przez człowieka nad jego myślami i działaniami. Heinroth pojmował pacjenta jako osobę odpowiedzialną za swój stan zdrowia, a także odpowiedzialną wspólnie z lekarzem za postępy leczenia.

Powyżej przedstawione poglądy wywarły wpływ na zalecane przez Heinrotha metody diagnostyki i terapii psychiatrycznej. Diagnostyka i terapia nie powinny być ograniczane do elementów somatycznych, mimo że powinno się je uwzględniać w rozpoznaniu. Podstawą diagnostyki psychiatrycznej powinien być wnikliwie przeprowadzony wywiad lekarski, który pozwoli lekarzowi na dotarcie do przeżyć duchowych pacjenta. Również terapia psychiatryczna powinna łączyć oddziaływanie na somatykę za pomocą odpowiednio dobranych leków z oddziaływaniem na duszę, odwołującym się do argumentów moralnych.

Trzecim z „ojców założycieli” niemieckiej psychiatrii niematerialistycznej był Johann Christian Reil. Należał on – obok Pinela – do pionierów humanitarnej reformy psychiatrii europejskiej, zrównującej prawa chorych psychicznie z innymi chorymi. Podobnie jak Heinroth był wyznawcą psychologicznego modelu psychiatrii i oparcia terapii na koncepcji leczenia moralnego. Definiował psychiatrię jako dziedzinę medycyny, której przedmiotem jest patologia duszy. W związku z tym diagnostyka psychiatryczna miała przede wszystkim opierać się na wnikliwym wywiadzie lekarskim, umożliwiającym poznanie stanu odczuć oraz przeżyć pacjenta. Celem terapii miało być uzyskanie przez pacjenta realistycznego (w miarę możliwości) oglądu sytuacji osobistej i społecznej. Istotą metody Reila było nadanie właściwego kierunku siłom duchowym pacjenta i skłonienie go do zmiany dotychczasowego sposobu postępowania, który miał być odtąd ściśle podporządkowany obiektywnym kryteriom moralnym. Terapia Reila była nakierowana na aktywizację woli pacjenta i umożliwienie mu świadomego pokierowania własnym życiem.

W sformułowanym przez Reila w latach 1813–1818 programie naukowej psychiatrii głównym obiektem poznania lekarskiego stała się ludzka dusza. Reil przypisywał jej trzy cechy: świadomość, rozwagę i uwagę. W programie naukowej psychiatrii, sformułowanym przez Reila, znalazło się także miejsce dla badań anatomicznych i analiz dotyczących procesów chemicznych, zachodzących w ludzkim organizmie. Reil uważał je za istotne dla poznania chorób psychicznych w ich przebiegu i objawach, mimo że ich przyczyny upatrywał w patologii duszy.

Sformułowany przez Heinrotha oraz Reila model psychiatrii niemieckiej jest nazywany w historiografii koncepcją leczenia moralnego.

\* \* \*

W latach 40-tych XIX stulecia w obu modelach interpretacyjnych, francuskim i niemieckim, zaznaczać się zaczęły pewne zbieżności, które doprowadziły do ich stopniowego zlania się (z przewagą elementów modelu francuskiego):

- 1) oba modele przyjęły dyrektywny model terapii, ustawiający osobę chorą psychicznie w roli adresata poleceń lekarza, które chory powinien był wykonywać ze względu na pewnego rodzaju wyższą sankcję. W modelu francuskim, w którym proces medykalizacji choroby psychicznej – tj. jej uwolnienia z relacji religijnych i moralnych – posunął się dalej, sankcją zapewniającą realizację dyrektywnego modelu terapii był autorytet lekarza jako przedstawiciela nauki akademickiej. W modelu niemieckim – lekarz powoływał się na dodatkową sankcję poza swoim profesjonalnym autorytetem, którą było prawo moralne, wywodzone z norm religii. W końcu lat 40-tych XIX w. w obu modelach obowiązującą stała się już wyłącznie sankcja lekarska;

- 2) w modelu francuskim zwrócono z czasem pod wpływem modelu niemieckiego większą uwagę na wywiad lekarski i na oddziaływania psychoterapeutyczne, natomiast w Niemczech przyjęto czerpanie z modelu somatycznego rozróżnienie chorób psychicznych i psychosomatycznych;
- 3) pod wpływem badań klinicznych w obu krajach wyodrębniono z psychiatrii neurologię jako naukę o patologii układu nerwowego, nie wymuszającej powstawania u chorych osób zaburzeń o charakterze psychozy.

## 2. SPÓR O INTERPRETACJĘ FENOMENU SNU PROWOKOWANEGO (HIPNOZY) I OBJAWÓW SZTUCZNIE INDUKOWANEGO KRYZYSU PSYCHICZNEGO

Drugim obszarem sporów, toczonych w środowisku lekarskim w pierwszej połowie XIX wieku, które przyczyniły się do ukształtowania się standardu interpretacyjnego europejskiej psychiatrii, było zjawisko snu prowokowanego (tj. hipnozy). Lekarze zaobserwowali występowanie podczas hipnozy następujących elementów:

- 1) tak zwanego raportu, czyli bezwzględnego podporządkowania się przez osobę hipnotyzowaną poleceniom hipnotyzera;
- 2) zmiany percepcji świata zewnętrznego;
- 3) somnambulizmu, lunatyzmu, jasnowidzenia;
- 4) objawów kryzysu psychicznego i somatycznego.

Nasunęły się wówczas lekarzom następujące pytania:

- 1) czy obserwowane zjawiska psychiczne są rzeczywiste, czy też mamy tu do czynienia z symulacją, wykonywaną zarówno przez lekarza, jak i przez umówionego z nim pacjenta, której podłożem może być chęć osiągnięcia niezасłużonej sławy i materialnych korzyści ?
- 2) czy zjawiska psychiczne podczas snu prowokowanego, których uczestnikami były osoby zdrowe psychicznie, można traktować jako model choroby psychicznej w ogóle ?
- 3) czy zjawiska psychiczne i fizyczne, występujące w wyniku poddania się przez osobę magnetyzowaną rozkazom terapeuty, mogą być w jakiś sposób zinterpretowane za pomocą pojęć medycznych ?
- 4) w jakiej zależności od wiedzy i osobowości magtetyzera-terapeuty pozostaje zakres wywoływanych przez niego zjawisk ?
- 5) w jakiej zależności obserwowane podczas seansów mesmerowskich zjawiska pozostają od osoby magnetyzowanej ?
- 6) czy proces magnetyzowania ma charakter materialny czy duchowy ?

Odpowiedzi na te pytania podzieliły środowisko lekarskie.

- 1) Psychiatrizy francuscy i angielscy aż do lat 40-tych XIX w. wyrażali na ogół przekonanie, że większość opisywanych tak zwanych fenomenów magnetycznych związanych ze zjawiskiem hipnozy opiera się na oszustwie, na

manipulowaniu przez nieuczciwego lekarza lub estradowego magnetyzera zachowaniem pacjenta, który dostosowuje się do oczekiwań lekarza. W sprawie tej trzykrotnie wypowiadały się specjalne komisje Francuskiej Akademii Nauk (1784, 1825–1830, 1837–1840), za każdym razem podważając realne istnienie hipnozy i możliwość włączenia badań nad tym zjawiskiem do oficjalnej psychiatrii akademickiej. W tym samym duchu wypowiedziało się także brytyjskie Królewskie Towarzystwo Lekarskie oraz austriackie Kolegium Medyczne. Instytucje te wydały na terenie swoich krajów zakaz wykonywania zawodu przez lekarzy, posługujących się metodami mesmerowskimi. Podstawowymi argumentami na rzecz tego stanowiska było to, że zjawiska psychofizyczne występujące podczas snu prowokowanego nie mają materialnego zakorzenienia w organizmie, nie dają się opisać w kategoriach statystycznych, nie można ich wywołać w każdym przypadku, wykazują niezwykłą różnorodność objawów, których nie można opisać za pomocą diagnostyki różnicowej. Nie są więc ani chorobą, ani metodą leczenia. Stwierdzano także, że opisywany przez Mesmera fluid magnetyczny, mający być rzekomo podstawą zjawisk hipnotycznych, nie istnieje, ponieważ jego istnienia nie można potwierdzić za pomocą dostępnych metod naukowych o charakterze fizykalnym.

Psychiatria kliniczna we Francji, Austrii i Wielkiej Brytanii nie była więc w pierwszej połowie XIX stulecia pobudzana do pogłębionych badań nad hipnozą, które toczyły się w tych krajach na ogół poza środowiskiem psychiatrii akademickiej, głównie w środowisku chirurgów, dentystów, okulistów i położników, zainteresowanych znieczужającymi właściwościami hipnozy i możliwością okresowego unieruchomienia ich pacjentów. Nie oznacza to jednak całkowitego zaniechania badań. W jednym z największych ówczesnych europejskich szpitali psychiatrycznych, jakim był paryski szpital Salpêtrière, w latach 1820–1826 prowadzono poważne badania kliniczne nad fenomenem hipnozy, jednak ich wyników – potwierdzających jej istnienie i celowość włączenia w zakres akademickiej psychiatrii – nie zaakceptowała Francuska Akademia Nauk. Podobne badania prowadził w North London Hospital profesor medycyny John Elliotson. W założonym przez siebie w 1843 r. czasopiśmie pt. „The Zoist”, poświęconym badaniom z zakresu fizjologii mózgu, Elliotson wiele miejsca poświęcił hipnozie. Pozytywne stanowisko tego badacza wobec hipnozy spowodowało w 1846 r. jego dymisję. Elliotson został pozbawiony stanowisk uniwersyteckich i odwołany z funkcji dyrektora North London Hospital.

Do grona badaczy, którzy wnieśli we francuskim i angielskim środowisku naukowym największy wkład do badań nad zjawiskiem hipnozy należeli następujący lekarze i przyrodnicy: Jose Custodio de Faria, Alexander Bertrand, Etienne Jean Georget, dr Rostan, dr Husson, James Esdaile, Herbert Mayo, Theodor Laycock, a przede wszystkim James Braid, twórca samego pojęcia hipnoza,

stworzonego w celu odróżnienia dla celów naukowych i medycznych samego zjawiska snu prokowanego od towarzyszącej mu dotąd nienaukowej otoczki, wynikającej ze zbyt szerokiej recepcji społecznej. Prowadzone przez Braidę badania miały charakter tak wnikliwy i systematyczny, że ich wyniki zyskały sobie w drugiej połowie XIX w. uznanie europejskiej psychiatrii akademickiej, wprowadzając zjawisko hipnozy w jej zakres jako dyscypliny badań nad fizjologią i patologią mózgu.

1) Wśród lekarzy i psychiatrów niemieckich wystąpił w omawianej kwestii podział. Lekarze akceptujący standard somatyczny akceptowali hipnozę jako zjawisko istniejące, nad którym badania powinny wchodzić w zakres akademickiej psychiatrii. Typowym przedstawicielem tego stanowiska był znakomity klinicysta berliński Christoph Wilhelm Hufeland, a także tacy badacze, jak Johannes Müller, Johann Israel Stieglitz, Carl August Ferdinand Kluge, Christian Heinrich Pfaff. Lekarze ci uważali, że sen prowokowany może być uznany za model choroby psychicznej w ogóle. Sposób działania układu nerwowego w hipnozie interpretowali następująco:

- a) wprowadzenie pacjenta w stan hipnozy wymaga zadziałania pewnego zewnętrznego bodźca który oddziałuje na stan somatyczny chorego, wywołując dezorganizację jego normalnego funkcjonowania;
- b) istotą oddziaływania hipnotyzera jest działanie przezeń na układ nerwowy pacjenta, toteż głębokość hipnozy i jej skutków jest bezpośrednio zależna od ogólnego stanu pacjenta – od jego wieku, płci, ogólnej sprawności psychicznej i fizycznej, tworzących obraz funkcjonowania jego organizmu;
- c) proces hipnotyczny jest jedynie inicjowany przez lekarza i odbywa się w organizmie pacjenta;
- d) po zakończeniu hipnozy, czyli po ustaniu działania zewnętrznego wobec organizmu bodźca, zostaje przywrócona naturalna równowaga psychiczna pacjenta.

Somatycy uważali także, że na pojawienie się stanu silnej zależności pacjenta od lekarza, występującej podczas terapii hipnozą, składają się następujące czynniki:

- a) czynniki osobowościowe i konstytucjonalne pacjenta sprzyjające wystąpieniu raportu – młody wiek, płeć żeńska, ogólna wrażliwość i pewne przeczuwanie w kontaktach z ludźmi, skłonność do ulegania presji otoczenia;
- b) czynniki wynikające ze stanu zdrowia – zmęczenie chorobą somatyczną, szczególnie przewlekłą lub zagrażającą życiu;
- c) czynniki związane z wpływem na odczucia pacjenta, związane z funkcjonowaniem układu nerwowego – powstanie uczucia senności i znużenia, wytworzenie przez lekarza sugestii hipnotycznej ciepła, spokoju i bezpieczeństwa;
- d) czynniki związane z relacją lekarz-pacjent – uznano, że powstanie raportu umożliwia posiadany przez lekarza autorytet osobisty i instytucjonalny, a także oczekiwania pacjenta.



Na pytanie o wpływ wiedzy i osobowości hipnotyzera na zakres wywoływanych przez niego w hipnozie zjawisk somatycy odpowiadali następująco:

- a) silna osobowość hipnotyzera pozwala na skuteczne wytworzenie raportu i tym samym zainicjowanie procesu hipnozy, będącego wyrazem wyobraźni samego pacjenta i przejawem aktywności jego indywidualnej psychiki;
- b) wiedza lekarska hipnotyzera czyni proces hipnotyzowania bezpiecznym dla pacjenta i pozwala lekarzowi wyciągnąć obiektywne wnioski z poczynionych podczas hipnozy obserwacji.

Somatycy sądzili także, że obserwowane podczas hipnozy zjawiska zależą całkowicie od osoby hipnotyzowanej, są bowiem wyrazem jej reakcji na polecenia terapeuty. Jedni z nich byli zwolennikami koncepcji mesmerowskiego magnetycznego fluidu, którego przepływ przez organizm pacjenta jest normalizowany przez terapeuta, natomiast drudzy opowiadali się za materialną interpretacją hipnozy w tym sensie, że terapeuta miał oddziaływać za pomocą sugestii na psychikę pacjenta, która wywierała z kolei wpływ bodźcujący na jego ciało.

- 2) W psychiatrii niemieckiej pierwszej połowy XIX wieku byli jednak lekarze (ich poglądy dominowały w środowisku), którzy w omówionych powyżej kwestiach przedstawiali odmienne interpretacje. Do nurtu romantycznego należeli m.in. Kurt Sprengel, Johann Christian Heinroth, Joseph Ennemoser, Dietrich Georg Kieser, Justinus Kerner, Carl Gustav Carus, Johann Carl Pas-savant i Ludwig Choulant.

Lekarze ci uważali zjawisko snu prowokowanego za zjawisko rzeczywiste, uważając je za ważny dowód potwierdzający istnienie duszy, istnienie nieświadomości dominującej nad świadomością oraz istnienie możliwości oddziaływania przez terapeuta na duszę innego człowieka. Ich zdaniem wprowadzony w stan głębokiej hipnozy pacjent nie jest najczęściej zdolny do samodzielnego poruszania się, lecz zachowuje zdolność myślenia oraz mowy, w których zostają odzwierciedlane elementy wiedzy duchowej, niedostępnej poznaniu w zwykłym stanie świadomości. Omawiani lekarze uważali, że zjawiska obserwowane w hipnozie możemy traktować jako model choroby psychicznej. Stan hipnotyczny był dla nich dowodem złożonego charakteru psychiki ludzkiej, w której dominuje nieświadomość, z której wyłania się podporządkowana jej warstwa indywidualnej świadomości. W gronie tej orientacji toczono także spory o charakter nieświadomości, spierając się, czy ma ona charakter indywidualny (ujmowana personalistycznie), czy zbiorowy (ujmowana jako absolut, dusza świata, jako wspólna nadświadomość gatunku ludzkiego itp). Niektórzy lekarze tego nurtu, jak np. D.G. Kieser, uczynili zjawisko hipnozy podstawą swojej doktryny medycznej, wykraczającej poza obszar psychiatrii.

Przedstawiciele nurtu antysomatycznego w niemieckiej fizjologii i psychiatrii całą odpowiedzialność za to, co dzieje się podczas hipnozy przypisywali osobie terapeuty. Sądzili, że wywiera on bezpośredni wpływ na osobę hipnotyzowaną

nawiązując kontakt z jej duszą. Twierdzili, że usypiając element somatyczny ludzkiego indywiduum hipnotyzer doprowadza u osoby hipnotyzowanej do znacznego wzmocnienia aktywności duszy, wzmocnienia pod każdym względem – poznawczym, proroczym, uzdolniającym do zwiększenia kontroli nad ciałem, umożliwiającym stawianie diagnozy dotyczącej samego chorego jak również innych osób. Te nadzwyczajne zdolności osób hipnotyzowanych, które lekarze ci opisywali, stanowiły dla nich żywe potwierdzenie ich koncepcji z zakresu fizjologii i antropologii – podporządkowujących somatykę duchowości, a także ich przekonań dotyczących procesu poznania, który odbywać się miał poprzez wgląd, bez pośrednictwa zmysłów. Tego rodzaju model poznania był zdaniem tych lekarzy właściwy nie tylko w stanie hipnozy, lecz także w normalnym stanie czuwania, lecz wówczas zdolności poznawcze człowieka mogły się przejawiać jedynie w sposób ograniczony, ze względu na blokujący prawdziwe poznanie duchowe wpływ materii.

Osobie magnetyzowanej zwolennicy nurtu antysomatycznego w fizjologii i psychiatrii przypisywali rolę podrzędną podczas trwania hipnozy. Zwracali uwagę na jej całkowitą podległość hipnotyzerowi podczas samego zabiegu, jak również na siłę sugestii pohipnotycznej, zmuszającej tę osobę do wykonywania rozkazów hipnotyzera także po przebudzeniu. Zagadnienie sugestii pohipnotycznej i jej groźnych skutków społecznych dla państwa i społeczeństwa, takich jak zmuszanie osób hipnotyzowanych do przestępstw, szpiegostwa i aktywności seksualnej żywo zajmowało lekarzy należących do omawianego nurtu. W publikacjach naukowych i popularnych zalecali rozmaite środki ostrożności dla pacjentów, którzy powinni mieć dobre rozeznanie co do moralności lekarza, u którego zapragną leczyć się za pomocą hipnozy. Niektórzy lekarze usiłowali także doprowadzić do wydania przez oficjalne instytucje kościelne, tak protestanckie, jak katolickie, oficjalnego zakazu leczenia hipnozą i wykonywania przy jej pomocy pokazów estradowych, ze względu na niebezpieczeństwo owładnięcia przez hipnotyzera duszą drugiego człowieka i pozbawienia jej niezależności. Instytucje kościelne nie widziały jednak w hipnozie aż tak wielkiego zagrożenia i w latach 40-tych XIX w. odpowiedziały negatywnie na prośby o wydanie zakazu jej praktykowania z powołaniem się na względy religijne.

Z omówionego powyżej sporu wynikły następujące skutki dla ukształtowania się standardu europejskiej psychiatrii klinicznej w drugiej połowie XIX wieku:

- 1) zebrana w pierwszej połowie XIX stulecia niezwykle bogata kazuistyka, związana z procesem indukowania hipnozy i zachodzącymi podczas jej trwania, a także potem w postaci realizowanych sugestii pohipnotycznych, reakcji psychicznych i somatycznych, przyczyniła się do lepszego poznania współzależności łączących psychiczne i somatyczne elementy organizmu. Powstała i została szeroko w psychiatrii zaakceptowana koncepcja chorób psychosomatycznych, powstałych w wyniku urazów. Została także

sformułowana w podstawowym zarysie koncepcja terapii takich chorób, rozwinięta później przez Freuda i Breuera w postaci metody katharsis i psychoanalizy;

- 2) zebrany materiał kazuistyczny potwierdził istnienie zjawiska hipnozy, która została ostatecznie w europejskiej psychiatrii zdefiniowana jako stan zmienionej psychiki pod wpływem bodźców zewnętrznych. W drugiej połowie XIX stulecia nie doszło w europejskiej psychiatrii do uzgodnienia stanowisk, jakiego rodzaju bodźce zewnętrzne potrzebne są do zainicjowania hipnozy. Ze standardu psychiatrii akademickiej została wprawdzie usunięta spirytystyczna interpretacja hipnozy właściwa dla niemieckiej medycyny romantycznej, traktująca ją jako przejaw aktywności duszy, ale nie udało się uzgodnić, czy mamy do czynienia z psychicznym wpływem lekarza na pacjenta o charakterze sugestywnym (szkoła w Nancy – Bernheim, Liebeault), czy też z rodzajem nieznanego nauce fluidu o charakterze fizycznym (szkoła paryska związana ze szpitalem Salpetriere i Jeanem Martinem Charcotem). W wieku XX powyższe interpretacje nadal ze sobą rywalizują wśród psychiatrów, natomiast interpretacja spirytualistyczna stała się podstawą licznych ruchów i sekt o charakterze spirytystycznym;
- 3) Z prowadzonych w pierwszej połowie XIX stulecia sporów dotyczących hipnozy wynikły ważne skutki dla przyjętej w późniejszej europejskiej psychiatrii akademickiej koncepcji podmiotowości człowieka. Różniła się ona w pewnym stopniu od scjentystycznie i materialistycznie zorientowanej koncepcji podmiotowości człowieka, przyjmowanej w ówczesnej internie. W psychiatrii zaakceptowano istnienie fenomenu niematerialnej świadomości i nieświadomości jako stałych komponentów ludzkiej psychiki. Nie udało się jednak uzgodnić jednolitej teorii, akceptowanej w całym środowisku psychiatrów, opisującej wzajemne zależności pomiędzy świadomością a nieświadomością. Utrzymały się w tym okresie dwa wypracowane wcześniej stanowiska, z których jedno ujmowało świadomość i nieświadomość jako komplementarne składniki ludzkiej psychiki (z przewagą świadomości), natomiast drugie podporządkowywało świadomość nieświadomości, pojmując ją jako obszar szerszy i dominujący.

### 3. PROBLEM ZWIĄZKU ETIOPATOGENEZY CHORÓB PSYCHICZNYCH Z BUDOWĄ FIZYCZNĄ CZŁOWIEKA, ZWIĄZANĄ Z OKREŚLONYM TYPEM KONSTYTUCJONALNYM

Na zakończenie chciałabym przedstawić jeszcze dwie kwestie sporne, w których występowały w pierwszej połowie XIX wieku istotne różnice interpretacyjne między zwolennikami somatycznego modelu psychiatrii, a ich ideowymi

przeciwnikami, rekrutującymi się z grona pozostających pod wpływem rodzimej filozofii idealistycznej lekarzy niemieckich.

Pierwszą z owych kwestii był problem związku chorób psychicznych z budową fizyczną człowieka, związaną z określonym typem konstytucjonalnym. Nie był to problem w medycynie nowy, ponieważ jak to już przypomniałam we wstępie, znalazł odbicie już w powstałym w III w. p.n.e. *Corpus Hippocraticum*. Hipokrates i jego szkoła wyróżnili cztery typy konstytucjonalne, cechujące się skłonnościami do występowania określonych chorób. Typ, w którego strukturze somatycznej przejawiał swoją dominację humor czarnej żółci (melancholik), wykazywać miał, zdaniem Hipokratesa, skłonność do depresji (według naszej współczesnej klasyfikacji). Typ, w którego strukturze przejawiać się miała dominacja krwi (sangwinik), wykazywać miał konstytucjonalnie uwarunkowaną skłonność do działań gwałtownych i niezrównoważonych emocjonalnie. Typ poddany wpływom humoru żółci (choleryk), ową skłonność ku działaniom gwałtownym i związanym z nimi chorobom posunąć miał jeszcze dalej, natomiast typ cechujący się przewagą humoru śluzu (flegmatyk) miał wykazywać skłonność do chorób przebiegających z utratą napędu i otepieniem.

Powyższa klasyfikacja, powstała w starożytności, wzbudziła w pierwszej połowie XIX stulecia żywe zainteresowanie przedstawicieli nowo tworzącej się europejskiej psychiatrii, zarówno związanych z nurtem somatycznym, jak i ich przeciwników. W podejściu do niej obserwujemy jednakże jedną zasadniczą różnicę – był nią mianowicie determinizm w pojmowaniu natury człowieka, związanej z typem konstytucjonalnym, jaki reprezentował, przyjmowany przez niemieckich „romantyków medycznych”. Determinizm ten, zgodny z koncepcją podmiotowości człowieka – w jego warstwie psychicznej sterowanego przez nieświadomość, której podporządkowane zostały siły świadomości, w warstwie fizycznej podporządkowywał tegoż człowieka jego „naturze”. Człowiek przychodził na świat ukształtowany w określony sposób pod względem fizycznym, co miało zdaniem wielu wpływowych w swoim czasie przedstawicieli niemieckiej psychiatrii i fizjologii romantycznej (takich jak np. Heinroth czy też Carus), determinować jego dalsze życie, w tym skłonność do określonych chorób lub też zachowań społecznych, do których zaliczano choroby psychiczne (definiowane, jak pamiętamy, jako godna potępienia indywidualna pasywność, uniemożliwiająca człowiekowi prawidłowe podporządkowanie się płynącym z zewnątrz do jego podświadomości obiektywnym impulsom moralnym).

Koncepcję tego rodzaju przedstawiciele europejskiej psychiatrii somatycznej uważali za zdecydowanie zbyt daleko idącą. Nie negowali wpływu czynników konstytucjonalno-somatycznych na etiopatogenezę chorób psychicznych, jednakże ich zainteresowanie tym problemem miało charakter czysto obserwacyjny. Ustalenie przynależności pacjenta do danego typu konstytucjonalnego wiązało się także w modelu psychiatrii somatycznej, wypracowanym w pierwszej

połowie XIX w., z pewnym wpływem na terapię. Dla przykładu, u chorego wykazującego zaburzenia psychiczne, którego zaliczono do typu sangwinicznego, cechującego się przewagą humoru krwi, częściej stosowano upusty krwi jako metodę terapeutyczną, zmierzającą do zmniejszenia właściwego temu typowi konstytucjonalnemu często nadmiernego pobudzenia, niż u chorego zaliczonego do typu melancholicznego, cechującego się ogólnie niską motoryką psychiczną i niskim poziomem energii życiowej. W tym wypadku w praktyce terapeutycznej chętniej stosowano na przykład metody zmierzające do podwyższenia sił życiowych chorego, na przykład za pomocą odpowiedniej diety. Ogólnie jednak rzecz biorąc w ugrupowaniu somatycznym przywiązywano znacznie mniejszą wagę do problemu typologii konstytucjonalnej, aniżeli w ugrupowaniu przeciwnym.

Ostatnim już przedmiotem sporów, który chciałabym jeszcze omówić, był problem lokalizacji anatomicznej chorób psychicznych. Oba rywalizujące ze sobą nurty – somatyczny i antysomatyczny – zgadzały się, że ośrodkiem aktywności psychicznej człowieka jest mózg i układ nerwowy, jednakże nadawały temu stwierdzeniu z gruntu odmienną interpretację. Dla somatyków ludzki organizm był zachowującą homeostazę całością, zdolną do samodzielnego życia. Oparta na obserwacjach kazuistycznych zebranych na dużej liczbie chorych diagnostyka psychiatryczna pozwoliła na ustalenie związku uszkodzeń określonych obszarów mózgu z pojawieniem się pewnego rodzaju schorzeń psychicznych. W warunkach toczonych w ówczesnej Europie licznych wojen i rewolucji nie brakowało przedstawicielom środowiska psychiatrycznego materiału do badań, których obiekty rekrutowały się spośród rannych z uszkodzeniami mózgu. Uznano więc za zjawisko niesporne i rzeczywiste, że pewne rodzaje aktywności psychicznej są sterowane przez odpowiednie obszary mózgu, których uszkodzenie prowadzi do zmian psychiki i osobowości.

Romantycy medyczni wyprowadzili z tego odkrycia skrajne wnioski. Uznali bowiem, że można na podstawie budowy ludzkiej czaszki określić, do jakiego rodzaju chorób psychicznych człowiek jest predestynowany. Sądziło się, że człowiek rodzi się z wrodzoną skłonnością do określonego rodzaju zła moralnego, zapisanego w jego budowie. Sądziło się, że można wyróżnić ludzi niemoralnych z urodzenia, których patologiczny kształt mózgu uniemożliwia prawidłową aktywność zdrowej moralnie duszy u danej jednostki. Tak zarysowana doktryna, zwana od imienia swojego twórcy doktryną Galla, została uznana za całkowicie nienaukową w środowisku lekarzy europejskich. Poza Niemcami, gdzie wielu lekarzy (i filozofów – m.in. Hegel) ulegało jej wpływom. Jej istota przedstawiała się następująco:

- a) zdrowa moralnie dusza wysyła prawidłowe impulsy do swojego organu, jakim jest ludzki mózg;
- b) w przypadku, gdy organ ten jest uszkodzony, lub też niedostatecznie ukrwiony, te prawidłowe impulsy nie mogą być w odpowiedni sposób

odebrane i sygnały przekazywane dalej przez mózg mają charakter patologiczny – tak rodzą się zaburzenia percepcji, nastroju czy też motywacji;

- c) uznali przeto dbałość o właściwy stan mózgu za obowiązek moralny człowieka, który powinien zachować zdolność prawidłowego odbierania impulsów duszy. Z tych pozycji potępiali ryzykowne zachowania, wiedące do możliwości uszkodzenia mózgu oraz nałogi.

W przypadku duszy skażonej moralnie możliwe jest wysyłanie nieprawidłowych impulsów odbieranych przez mózg jako organ duszy. Chory jest w tej koncepcji odpowiedzialny moralnie za swą chorobę, ponieważ uległ złym impulsom. Ewentualne uszkodzenie mózgu nie odgrywa tu już większej roli jako bezpośrednia przyczyna choroby, lecz może dodatkowo wzmocnić jej wystąpienie.

Z powyższych sporów wynikły dla ukształtowania się standardu europejskiej psychiatrii następujące skutki:

- a) dyskredytacja doktryny Galla, która dość szybko okazała się naukowym nadużyciem, opóźniła recepcję w europejskiej psychiatrii drugiej połowy XIX wieku idei anatomicznej lokalizacji w obrębie mózgu ośrodków pewnych zaburzeń psychicznych. Do tej idei powrócono dopiero w latach 70-tych (Charcot) i 80-tych (Kraepelin) XIX wieku, inicjując realizowany także w XX stuleciu program badań;
- b) dokonano rozróżnienia chorób związanych z materialnym uszkodzeniem mózgu lub innych części układu nerwowego i klasycznych chorób psychicznych, przebiegających ze zmianą świadomości. W drugiej połowie XIX wieku choroby pierwszego typu zostały usunięte z zakresu naukowej psychiatrii i zostały włączone w obręb nowej dyscypliny medycznej – neurologii.

#### 4. PODSUMOWANIE

Toczone w pierwszej połowie XIX stulecia w obrębie europejskiej psychiatrii akademickiej spory doprowadziły do ukształtowania się obowiązującego w niej współcześnie standardu. O obliczu psychiatrii europejskiej, przyjętym przez nią w drugiej połowie XIX wieku, zadecydował kierunek, będący spadkobiercą wypracowanego przed 1850 rokiem programu somatycznego. Do jego wiodących przedstawicieli należało – paradoksalnie – bardzo wielu przedstawicieli psychiatrii niemieckiej. O ukształtowaniu się standardu niemieckiej psychiatrii akademickiej w duchu somatycznym, a nawet materialistycznym, zadecydowała niezwykle krytyczna ocena „romantycznego dziedzictwa” w niemieckiej myśli medycznej, dokonana przez przedstawicieli nowej generacji naukowej, która objęła po roku 1848 katedry medyczne na prawie wszystkich niemieckich uniwersytetach. Nowy standard interpretacyjny medycyny niemieckiej wyznaczili

tacy uczeni, jak patolog Rudolf Virchow, fizyk Herman Helmholtz oraz psychiatra Carl August Wunderlich, będący zwolennikami filozofii pozytywistycznej i w wielu publikacjach, zarówno lekarskich, jak i historyczno-medycznych, aktywnie zwalczali pozostałości „medycyny romantycznej” w programie nauczania niemieckich uczelni medycznych. W reakcji na nadmierne ufilozoficznienie niemieckiej psychiatrii przed 1848 rokiem przez inspiracje, czerpane z rodzimej filozofii niematerialistycznej, w drugiej połowie XIX stulecia w niemieckim środowisku lekarskim nie brakowało zwolenników radykalnych poglądów materialistycznych, pojmujących proces psychiczny jako produkt mózgu (Oscar Vogt). Ich poglądy nie zyskały jednakże ze względu na swój radykalizm większego uznania środowiska akademickiego, które zdecydowało się przyjąć w kwestii przedmiotu psychiatrii punkt widzenia reprezentowany wcześniej przez somatyków – zawiesić pytanie o istnienie duszy, natomiast zakres akademickiej psychiatrii ograniczyć do procesów fizykalnych, poddających się opisowi za pomocą standardowych metod naukowych. Do głównych przedstawicieli tego kierunku wśród uczonych niemieckich należeli w drugiej połowie XIX wieku, obok wspomnianego już Wundta – Emil Kraepelin i Julius von Wagner-Jauregg. Wundt był twórcą opartej na metodzie opisowej szkoły diagnostycznej o somatycznym nastawieniu, Kraepelin twórcą opartego na podstawach anatomopatologicznych standardu diagnostyki różnicowej w psychiatrii. Wagner-Jauregg był twórcą podwalin metodycznie uzasadnionej i potwierdzonej doświadczalnie terapii psychiatrycznej, prowadzonej za pomocą materialnie działających środków, za którą to koncepcję i jej wprowadzenie w życie został laureatem nagrody Nobla. We francuskiej i brytyjskiej psychiatrii akademickiej drugiej połowy XIX wieku standard somatyczny od dawna był już uznawany za obowiązujący, co doprowadziło do wyodrębnienia się w obrębie psychiatrii nowej gałęzi specjalistycznej – neurologii, w której genezie szczególne zasługi położyła założona przez Jeana Martina Charcota szkoła medyczna, działająca na bazie szpitala Salpetri re. Ze szkoły tej wywodzili się XX-wieczni twórcy neurologii, tacy jak na przykład Pierre Janet.

W psychiatrii współczesnej możemy jednak także odnaleźć elementy, wypracowane z dziedzictwa nurtu antysomatycznego w niemieckiej psychiatrii pierwszej połowy XIX wieku. Należy do nich przede wszystkim stworzona przez Zygmunta Freuda psychoanaliza, będąca jej odmianą stworzona przez Carla Gustava Junga psychologia głębi oraz teoria typów psychicznych Ernsta Kraetschmera. Każda z tych koncepcji miała w medycynie niemieckiej pierwszej połowy XIX stulecia swoich prekursorów, których poglądy próbowała podjąć na nowo i rozwijać. Doktryny psychiatryczne, będące elementem „romantycznego dziedzictwa” w medycynie współczesnej, plasują się na marginesie oficjalnej psychiatrii akademickiej, mimo iż zaczerpnięte z nich inspiracje niewątpliwie wzbogaciły arsenał diagnostyczny i terapeutyczny XX-wiecznej

psychiatrii klinicznej. Jednakże ich struktura pojęciowa, tak wcześniej, jak i teraz, nie daje się uzgodnić ze standardem europejskiej psychiatrii akademickiej. Być może z toczonych na ten temat sporów wyłoni się w przyszłości nowy standard, będący wynikiem uzgodnienia stanowisk obu stron.



