

Kapusta, Andrzej

Psychiatria XX wieku w Europie Zachodniej i USA : próba retrospekcji

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 48/1-2, 7-32

2003

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.



Andrzej Kapusta

WFiS UMCS

Lublin

PSYCHIATRIA XX WIEKU W EUROPIE ZACHODNIEJ I USA – PRÓBA RETROSPEKCJI

Psychiatria ukształtowała się jako odrębna dyscyplina dopiero w XIX wieku. Powstałe wówczas klasyfikacje nozologiczne, język symptomów wyznaczają również nasz dzisiejszy sposób pojmowania i definiowania zjawisk psychopatologicznych. Nie znaczy to wcale, że dwudziestowieczna psychiatria jawi się jako obszar jednorodny. Równocześnie sama historia psychiatrii może być uprawiana na różne sposoby. Albo jako historia teorii i idei – podejście **internalistyczne** polegające na wierze, że nauka opiera się na akumulacji obserwacji i jest w stanie odkryć regularności natury; albo jako społeczna historia – podejście **eksternalistyczne** z naciskiem na kontekst, gdzie to właśnie kultura i komercja kształtują to, co często postrzegane jest jako czysto naukowe osiągnięcia. Między tymi dwiema perspektywami trwał ostry spór. Internalistyczny apologetyzm krytykowany za naiwne linearne i progresywistyczne podejście do historii medycyny, natomiast eksternalistyczny rewizjonizm, często kojarzono z antypsychiatryczną krytyką pojęcia „choroby psychicznej”, a wraz z nią krytyką ustalonego porządku: kapitalizmu, patriarchalizmu czy samej psychiatrii.

Z bogactwa i różnorodności źródeł można wydobyć zgoła odmienne wersje wydarzeń, dlatego w niniejszym artykule skoncentrujemy się jedynie na faktach i zdarzeniach, których waga i doniosłość z perspektywy obecnej psychiatrii wydaje się na ogół nie podlegać dyskusji. Jednocześnie w związku z renesansem – pod koniec XX wieku – podejścia biologicznego, nacisku na defekty i chemię mózgu szczególnie mocno zostanie podkreślona geneza i idee psychiatrii biologicznej oraz

rozwój psychofarmakologii. Mniejszy nacisk zostanie położony na psychoanalizę, tym bardziej, że historia psychoanalizy jest powszechnie znana w związku z jej wpływem na szeroko pojętą kulturę: literaturę, sztukę, antropologię i religioznawstwo. Tak postawiony cel ukazania dwudziestowiecznej psychiatrii jako całości musi być pewnego rodzaju syntezą, a jednocześnie ujęciem raczej powierzchniowym i dla wielu historyków medycyny niezadowalającym.

KONTEKST PSYCHIATRII DWUDZIESTOWIECZNEJ

Współczesnej psychiatrii nie można zrozumieć ignorując jej dziewiętnastowieczne korzenie. Szczególnie trwale okazały się ukształtowane wówczas pojęcia i nozologiczne klasyfikacje. Jak powiada **German E. Berrios**: „Utworzenie psychopatologii opisowej zajęło około 100 lat. Zaczęło się gdzieś w drugiej dekadzie dziewiętnastego wieku i było gotowe przed Wielką Wojną. Od tego czasu niewiele się zmieniło, co znaczy, że sukces badań współczesnych zależy od instrumentów wytworzonych dawno temu”¹. Ambiwalencje tkwiące w takich pojęciach jak „nerwica” i „psychoza” wyznaczają charakter współczesnych sporów i dyskusji. U podłoża tych pojęciowych dystynkcji leży szereg długotrwałych czynników społecznych i kulturowych, które wpłynęły na powstanie i utrzymanie się powszechnie dzisiaj uznanego medycznego modelu chorób psychicznych oraz wizerunku psychiatrii. Spośród nich można wyróżnić:

1. popularyzację oświeceniowego sposobu myślenia, zgodnie z którym jednostki są wolne i racjonalne oraz pragną pełnej realizacji własnej natury;
2. urbanizację oraz modernizację, które „rozpuściły” dotychczasowy charakter więzi społecznych (np. rodzinnych) i skierowały odpowiedzialność za własne życie na autonomiczne i samowystarczalne jednostki;
3. dziewiętnastowieczny rozwój nauki i medycyny przyczynił się do zastąpienia „religijno-humanitarnego” podejścia do cierpienia i choroby profesjonalnym podejściem naukowo-medycznym;
4. rozwój oraz popularyzacja metod i teorii psychologicznych (np. asocjacionizm, psychologia władz poznawczych, introspekcjonizm) przyczyniły się do zwiększenia wiedzy na temat psychologicznych mechanizmów psychopatologii;
5. lekarze odziedziczyli część autorytetu instytucji religijnych i moralnych, ich status społeczny umożliwił im opiekę nad chorymi w instytucjach filantropijnych i humanitarnych.

Pomimo tych ważnych dla rozwoju psychiatrii ogólnych procesów społeczno-kulturowych, początek XX wieku nie był wcale optymistyczny dla psychiatrii. **Edward Shorter** stwierdza: „Okolo roku 1900 psychiatria dosięgła kresu. Jej badacze byli w większości umiejscowieni w azylach, a azyla stały się głównie przechowalniami, w których iluzją była jakakolwiek nadzieja na terapię. Wśród kolegów lekarzy psychiatrzy posiadali raczej słabą reputację apatycznych specjalistów drugiej kategorii, obok, czy nieco powyżej, uzdrowicieli i homeopatów”².

Model biomedyczny choroby, który przyniósł szereg osiągnięć w medycynie, w psychiatrii dał początkowo nikłe efekty. Na początku XX wieku lekarze od umysłu nie posiadali żadnej jasno zdefiniowanej jednostki chorobowej, czy znajomości przyczyn chorób. Wyjątkiem był jedynie paraliż postępujący, który okazał się późnym (trzecim) etapem syfilisu. Nastąpiła klęska psychiatrii azylarnej, psychiatrzy cieszyli się niską reputacją, nastąpiła ich utrata kontaktów z medycyną, pojawiła się rutyna i szereg zaniedbań. Pewien poziom i naukowe ambicje posiadały jedynie niemieckie azyla³. Były one wspierane przez państwo a psychiatrzy utrzymali ambicje prowadzenia badań naukowych. Mimo tego **Emil Kraepelin**, później jeden z najważniejszych psychiatrów akademickich, był przerażony stanem tamtejszych oddziałów psychiatrycznych, kiedy przybył, jako lekarz asystent, do Monachijskiego Miejskiego Azylum w 1878 r.⁴

Wielu krytyków psychiatrii biologicznej podkreślało fakt, że jej dziewiętnastowieczne wydanie ostatecznie zaowocowało jedynie teorią degeneracji. Rozpowszechniona przez **Benedicta Morela** (1809–1873) oraz **Valentina Magnana** (1835–1916), nie tylko podkreślała genetyczny i biologiczny aspekt chorób psychiatrycznych, ale wskazywała na postępującą degenerację w rodzinach i populacjach. Alkoholizm, czy masturbacja mogły zmieniać ludzkie „nasienie”, prowadząc kolejne pokolenia do melancholii, manii, demencji czy fizycznych defektów. Jednakże trzeba podkreślić fakt, że sama idea degeneracji zyskała popularność nieco później poza psychiatrią wśród eugenistów, higienistów czy jako narzędzie ideologiczne nazizmu.

Ponieważ psychiatria szpitalna i samo pojęcie choroby psychicznej, czy po prostu szaleństwa i obłądki cieszyło się stosunkowo złą sławą, na przełomie wieku pojawiła się tendencja do traktowania zaburzeń psychiatrycznych jako „choroby nerwów”. Dzięki temu lekarze mogli uprawiać dyscyplinę poza azylum w ramach praktyk prywatnych i oferować swe usługi członkom klasy średniej. Stawali się specjalistami od nerwów, elektroterapeutami czy neuropsychiatrami. Powszechna stała się praktyka zmiany nazw instytucji medycznych z „obłąkany” na „nerwowy”. Z kolei pacjenci byli przekonani, że ich choroba ma podłoże organiczne i nie wiązała się z odziedziczoną degeneracją. (Jednocześnie samo rozumienie słowa „nerwowy” dla lekarzy nie znaczyło tego samego, co dla pacjentów). Społeczny lęk przed psychiatrią zmusił neurologów oraz internistów do zajęcia się chorobami nerwów o znacznym odcieniu psychologicznym. Stąd popularność pojęcia „neurastenia” (opisanego przez **G. Bearda** w 1880 r.); neurastenia w odróżnieniu od syfilisu miała podłoże funkcjonalne. Dopiero w tym pozaazylarnym obszarze pojawiła się idea psychoterapii (oczywiście zmiana stosunku lekarz-pacjent pojawiła się w medycynie już w latach 30–40. XIX wieku, ale w tym miejscu chodzi o kontekst samej psychiatrii), którą niekiedy postrzegano jako sprzeczną z neurologicznym wymiarem choroby. Zaczęto doceniać siłę relacji między lekarzem i pacjentem, między innymi poprzez obserwację

siły sugestii hipnotycznej. Wielcy psychoterapeuci, jak **Freud**, **Janet** czy **Charcot** byli neurologami, którzy do obszaru leczenia włączyli psychonerwice, a więc przestrzeń dotyczącą problemów i dolegliwości szczególnie dotkliwych, które jednak nie kwalifikowały się do izolacji w azylum, czy nawet leczenia biczami wodnymi.

Jak widać z tych wstępnych rozważań, dwudziestowieczna psychiatria nie była obszarem jednorodnym. Możemy tutaj wyróżnić szereg idei, których początek tkwi w drugiej połowie XIX wieku. Były to idee (1) psychiatrii biologicznej, psychiatrii konstytucjonalnej oraz terapii behawioralnej, które w XX wieku próbowano poddawać systematycznym badaniom w postaci eksperymentów na zwierzętach, ludziach, testowaniu leków i badaniu anatomopatologicznym. Działalność tę przeprowadzano zasadniczo w placówkach badawczych i uniwersytetach, i to przede wszystkim niemieckich, a nie w azylach. (2) ponieważ idee psychiatrii biologicznej nie przyniosły początkowo żadnych praktycznych efektów, istniały szpitale psychiatryczne (azyła), stanowiące jedynie rodzaj wielkich magazynów, przechowalni, których celem była opieka nad ludźmi niezdolnymi do życia w społeczeństwie; (3) równocześnie pojawił się obszar psychoterapii początkowo prowadzonej przez neurologów i lekarzy rodzinnych, później zaś przez psychoanalityków. Psychoterapia ograniczała się jedynie do obszaru życiowych problemów i psychicznych dolegliwości. W ten sposób okazała się bezradna wobec wielkich chorób psychiatrycznych, jak schizofrenia i psychoza maniako-depresyjna (choć idee psychoanalizy próbowano także wdrażać do leczenia szpitalnego); (4) pierwsza połowa XX wieku to również szereg prób znalezienia nowych skutecznych rozwiązań, czy to w postaci form biologicznej terapii, czy w postaci psychiatrii społecznej i środowiskowej⁵. Zanim jednak zaprezentujemy różne próby zastosowania medycznej terapii, skoncentrujemy się na ideach, które wyznaczyły sposób postrzegania zjawisk psychiatrycznych. Ogromne w tym zasługi ma dziewiętnastowieczna psychiatria biologiczna.

PSYCHIATRIA BIOLOGICZNA

Badaczem, który jest postrzegany jako główna postać dwudziestowiecznej psychiatrii biologicznej i jednocześnie – paradoksalnie, jako ten, który przyczynił się do jej upadku, był **Emil Kraepelin** (1856–1926). Ten niemiecki psychiatra był twórcą nowoczesnego systemu w psychiatrii i medycznego modelu choroby. Kraepelin był przy tym założycielem Psychiatrycznego Instytutu Badawczego (*Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie*) w Monachium (1904), który stał się najważniejszym centrum badawczym w Niemczech w zakresie psychiatrii biologicznej. Spośród jego współpracowników można wymienić tak znanych naukowców i neuroanatomów, jak: **Alois Alzheimer** (1864–1915), czy **Franz Nissl** (1860–1919). Podejście Kraepelina charakteryzowało się:

1. większym naciskiem na kategorie i procesy chorobowe niż na indywidualnych pacjentów i ich wyjątkową osobowość oraz historię życia; 2. większym zainteresowaniem formalnymi aspektami psychopatologii, niż ich treściami; 3. próbą odniesienia klinicznych syndromów i jednostek chorobowych do zmian w mózgu; 4. naciskiem na testy biochemiczne, fizjologiczne i psychologiczne (psychologia eksperymentalna); 5. postrzeganiem pacjenta psychiatrycznego jako zwykłego chorego cierpiącego na chorobę mózgu z jednoczesnym naciskiem na wagę czynników środowiskowych (np. rola alkoholu w etiologii chorób psychiatrycznych).

Kraepelin był uważnym obserwatorem zjawisk psychopatologicznych (słynne „pudełka diagnostyczne”), który chciał wnieść porządek w złożoność i różnorodność ówczesnych klasyfikacji. Idąc za tradycją **Hipokratesa** i **Sydenhama**, kładł duży nacisk na „naturalną historię” różnych chorób oraz ich prognozę. Swoje poglądy przedstawiał w słynnym podręczniku psychiatrii (*Lehrbuch der Psychiatrie*), który miał dziewięć edycji, a każde następne ujawniały nowe klasyfikacje i poglądy. Co prawda już pierwsze edycje prezentowały *dementia praecox*, odpowiednik późniejszej Bleulerowskiej schizofrenii, ale dopiero piąta (1896) wprowadziła *dementia praecox* jako autentyczną jednostkę nozologiczną⁶. Choroba pojawiała się wcześniej, najczęściej po osiągnięciu dojrzałości; charakteryzowała się dziwnymi symptomami, jak: halucynacje, urojenia, zaburzenia myślenia. Obok tego istniała głęboka apatia, brak zainteresowania środowiskiem i głęboka demencja. Sama nazwa „otępienie wczesne” sugerowała złą prognozę z nikłą nadzieją na wyzdrowienie. Inną jednostką chorobową wyróżnioną przez Kraepelina była psychoza maniako-depresyjna (*das manisch-depressive Irresein*). Była ona pojmowana bardzo szeroko, zawierając cyklofrenię, powracającą depresję oraz manię, a także różne stany mieszane.

Ciekawa jest ewolucja poglądów Kraepelina na przyczyny choroby psychicznej. Początkowo mówił, w przypadku *dementia praecox*, o „psychopatycznej predyspozycji”, później zaś o „zaburzeniu metabolicznym”. Niemiecki psychiatra pod koniec życia zaczął wykazywać sceptycyzm, co do możliwości rozpoznania biologicznego czynnika psychozy. Ten krok, co prawda, zakwestionował możliwości wykazania „mózgowych” przyczyn „nieorganicznych” chorób psychiatrycznych, ale miał ogromny wpływ na późniejszą psychiatrię i wykazuje podobieństwo ze współczesną klasyfikacją psychiatryczną *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA). Jak stwierdza **Edward Shorter**: „około roku 1899 Kraepelin wprowadził dwie większe nieorganiczne („funkcjonalne”) psychozy – chorobę maniako-depresyjną i schizofrenię – na szczyt piramidy, gdzie pozostały w jedynie nieco zmienionej formie do dnia dzisiejszego jako przedmiot wysiłków poważnej psychiatrii”⁷. Upadek psychiatrii biologicznej nie był spowodowany przez sceptycyzm Kraepelina, co do możliwości wykazania mózgowych przyczyn chorób psychiatrycznych. Jego współpracownicy, tacy jak

Nissl i Alzheimer, nie kwestionowali mózgowych przyczyn chorób, ale zaburzenia z wykazanymi zmianami w mózgu klasyfikowali jako neurologiczne. Jedyne objawy, które nie wykazywały zmian mikroskopowych, zaliczano do psychiatrycznych. Stąd choroby psychiatryczne wyeliminowano z badań neuroanatomicznych (ten ruch interpretujemy jako „upadek” psychiatrii biologicznej zainicjowany przez Kraepelina).

Konceptualna wartość pojęcia „*dementia praecox*” została podważona przez szwajcarskiego psychiatrę **Eugene Bleulera** (1857–1939), który wprowadził pojęcie „schizofrenii” (użyte po raz pierwszy w 1908 r. a opublikowane w książce z 1911 r.). Kryjąca się pod tym hasłem grupa chorób może pojawić się później niż okres dojrzewania. Również rokowanie nie było tak beznadziejne jak przyjmował to Kraepelin (jedna trzecia zdrowiała spontanicznie w czasie jednego roku; jedna trzecia zdrowiała, ale zapadała na chorobę ponownie; jedynie jedna trzecia miała zły przebieg choroby i nigdy nie opuszczała szpitala). Bleuler bardziej skoncentrował się na symptomach klinicznych i ich hierarchii. Do objawów podstawowych, które występowały u wszystkich chorych, zaliczył: rozpad lub rozszczepienie (*dissociatio*) osobowości, zaburzenie afektu, ambiwalencje. Wśród objawów pomocniczych znalazły się: halucynacje, urojenia i ewentualnie zaburzenia psychomotoryczne⁸. Pomimo swego „nozologicznego esencjalizmu”, gdzie istotę choroby tworzył zespół określonych symptomów, Bleuler próbował również dostarczyć wyjaśnień etiologicznych. Symptomy pierwotne, np. zaburzenia asocjacji, zmiany afektu miały przyczyny organiczne („uszkodzenia fizjologiczne”). Natomiast objawy wtórne, zawierające halucynacje, urojenia stanowiły reakcję psychologiczną na organiczny proces. Pojęcie „schizofrenia” było nieco mylące, ponieważ sugerowało rozszczepienie świadomości. Natomiast pacjent schizofreniczny był raczej autystyczny (pojęcie „autyzmu” również przypisuje się Bleulerowi): poza kontaktem z rzeczywistością, śniący na jawie w swym prywatnym świecie. Jego myślenie było pod wpływem prymitywnych „kompleksów emocjonalnych” (określenie, które przejął Bleuler od Carla Gustava Junga, swego młodego asystenta). Fragmentacja życia psychicznego, rozszczepienie funkcji psychicznych polegały właśnie na wpływie prymitywnych emocjonalnych kompleksów na schizofrenika. Pod koniec lat 30. **Kurt Schneider** (1887–1967) przedstawił pełną klasyfikację „empirycznych” (tzn. nieteoretycznych) kryteriów diagnostycznych schizofrenii, a mianowicie listę objawów pierwszorzędowych, które po pewnym czasie uznawano powszechnie za istotne dla diagnostyki tej grupy psychoz.

W ten sposób ukształtował się pewien paradygmat myślenia na temat zjawisk psychiatrycznych, gdzie prawdziwymi chorobami (umysłu) były schizofrenia i psychoza maniakalno-depresyjna. Ustawiano je w opozycji do nerwic, które traktowano jako zaburzenia psychiczne (mimo pierwotnego odniesienia pojęcia „nerwica” do układu nerwowego). Podejście to czasami bywa nazywane

„paradygmatem Jaspersowskim”. **Karl Jaspers** (1883–1969) studiował psychiatrię w Heidelbergu i zaprezentował podejście oparte na fundamencie położonym przez Kraepelina w 1896 r. Niemiecki psychiatra, a później filozof, napisał swoje dzieło *Allgemeine Psychopathologie* w 1913 r. (w wieku 30 lat). Psychozy traktował tam odmiennie niż nerwice. Zachowania i treści psychotyczne były niezrozumiałe, nie nadające się do interpretacji. Próby odwoływania się do powodów i motywów dziwacznych zachowań były w tych przypadkach nieefektywne. Jaspers utrzymał pojęcie funkcjonalnej psychozy jako zaburzenia o podłożu organicznym, lecz bez wykrytych zmian organicznych. Dlatego tak ważne okazało się podejście deskryptywne (fenomenologiczne), jako nie rozstrzygające o przyczynie chorób. Paradygmat Jaspersowski różnił się, i stanowił konkurencję, wobec (rozpowszechniającej się wówczas) psychoanalitycznej koncepcji choroby. Dla Freuda kliniczna nerwica i histeria nie stanowiły neurozy w sensie „choroby nerwów” (zgodnie z definicją Cullena); natomiast stanowiły one problem psychologiczny (np. emocjonalny). W ten sposób Freud zainicjował psychologiczną teorię chorób psychicznych, gdzie psychozy traktowane były jako rodzaj poważnych nerwic. Późniejsza psychiatria dynamiczna zakwestionowała jakościową różnicę między nerwicą i psychozą (zob. tabela).

Tabela 1.

	Nerwica	Psychoza
Pierwotne znaczenie	Zaburzenie funkcji nerwów	Zaburzenie duchowe
Znaczenie Freudowskie	Zaburzenie psychologiczne	Poważna nerwica
Znaczenie Jaspersowskie	Zaburzenie psychologiczne	Zaburzenie funkcjonowania mózgu
DSM III	Brak pojęcia	Poważna nerwica?

Zmiany znaczenia nerwicy i psychozy wg D. Healy, 1996.

Bardziej „neurologiczne” podejście do psychiatrii reprezentował **Karl Kleist** (1879–1960). Symptomy psychiatryczne postrzegał on jako defekty, które mogą być precyzyjnie zlokalizowane. Neuropatologię psychoz pojmował jako dziedziczny i degeneracyjny proces analogiczny do chorób neurologicznych (agnozja, czy afazja). Wyróżnił „typowe” i „atypowe” odmiany schizofrenii, podobnie jak jego kontynuator **Karl Leonhard** (1904–1988) wskazał na „systematyczne” i „niesystematyczne” objawy schizofrenii.

Postacią, która miała zasadniczy wpływ na psychiatrię amerykańską był **Adolph Meyer** (1866–1950) („dziekan amerykańskiej psychiatrii”), twórca kierunku psychobiologicznego. Szczególnie mocno doceniał on psychologiczne i środowiskowe czynniki chorób psychiatrycznych. Jednocześnie dzielił wraz z Kraepelinem

pogląd, że schizofrenia była zasadniczo chorobą biologiczną i dziedziczną, chociaż utrzymywał Bleulerowski optymizm, co do jej rokowań⁹.

ALTERNATYWNE RODZAJE PSYCHIATRII: KONSTITUCJONALNA I BEHAWIORALNA

O ile biologiczny model w psychiatrii pozostawał pod znacznym wpływem „zarazkowych” teorii choroby oraz postrzegał choroby jako odrębne jednostki, psychiatria konstytucjonalna czerpała swą siłę z endokrynologii. Rozwój wiedzy o układzie hormonalnym stanowi naukowe wcielenie starożytnej hipokratesowsko-galenowskiej koncepcji humorów, która traktowała organizm jako złożony system i nie poszukiwała umiejscowienia procesów chorobowych. Konstytucjonalna wizja choroby traktowała ją jako stan zaburzenia równowagi. Przedstawicielem konstytucjonalnego modelu choroby w psychiatrii był niemiecki psychiatra **Ernest Kretschmer** (1888–1964). Patologie umysłu były według niego rozumiane jako skrajna postać pewnych psychofizycznych typów, a nie nozologicznych jednostek. Choroby były przejawem albo braku równowagi w ramach samego organizmu, albo zaburzeniem równowagi między organizmem i środowiskiem. Koncepcja Kretschmera zakładała istnienie związków między poszczególnymi konstelacjami psychofizycznymi a predyspozycją do określonego rodzaju zaburzeń psychicznych. O ich wystąpieniu lub niewystąpieniu decydują wpływy środowiskowe. Schizofrenia i psychoza maniakalno-depresyjna były skrajnymi przypadkami charakterów schizotypicznego (budowa leptosomiczna, np. postać Don Kichota) oraz cyklotypicznego (budowa pykniczna, np. postać Sancho Panza).

Terapia behawioralna pojawiła się w psychiatrii dopiero po drugiej wojnie światowej. Jej korzeni szukać można w dziewiętnastowiecznej terapii moralnej, a bardziej współcześnie w rosyjskiej refleksologii i amerykańskim behawioryzmie. **Iwan Pawłow** (1849–1936), znany jako badacz teorii odruchów warunkowych (pojęcie **I. Siczzenowa** (1829–1905)), laureat nagrody Nobla (1904), w latach późniejszych interesował się również problemami ludzkiej osobowości i chorobami umysłu. Próbował wyjaśnić indywidualne różnice osobowości oraz zjawisko hysterii i schizofrenii, odwołując się do hipotetycznych procesów fizjologicznych w korze mózgu, oraz nerwic eksperymentalnych przeprowadzanych na psach.

Ważną rolę odgrywają w koncepcji Pawłowa procesy pobudzenia i hamowania. W przypadku podnieć przekraczających wydolność czynnościową komórki nerwowej reaguje ona hamowaniem ochronnym lub „pozakresowym”. Prowadzi to dalej do stanów „paradoksalnych” i „ultraparadoksalnych”. W stanie „paradoksalnym” silne bodźce wywołują słabą reakcję i na odwrót; w stanie „ultraparadoksalnym” komórka reaguje na podniety jedynie hamowaniem, natomiast pobudzeniem na podniety hamujące reakcję (podniety hamulcowe). Marzenia senne są przykładem fazy paradoksalnego hamowania, gdzie słabe ślady fragmentów

minionych przeżyć wywołują silną reakcję, schizofrenia zaś jest przykładem stanu ultraparadoksalnego z niewłaściwą reakcją, apatią, negatywizmem, stereotypią. W oparciu o teorię warunkowania Pawłowa pojawiła się terapia awersyjna i przeciwwarunkowanie zwane „terapią hamowania zwrotnego”.

Behawioryzm próbował wytłumaczyć powstawanie objawów nerwicowych i trwałych zaburzeń osobowości. J. Dollard, N. Miller czy H. Eysenck twierdzili, że objawy nerwicowe są nieprawidłowymi nawykami. Fobie, natrętne myśli i inne objawy stanowią rezultat pojawienia się i utrwalenia nieprawidłowego sposobu zachowania się.

TERAPIE SOMATYCZNE

Dla praktyki oraz skuteczności psychiatrii ważniejsze od klasyfikacji chorób było poszukiwanie ich przyczyn. Szczególnie atrakcyjny wydawał się „zarazkowy” model choroby. Odkrycie etiologii porażenia postępującego (psychoza wywołana przez zakażenie kiłowe, zaczynająca się zwykle kilka lub kilkanaście lat po zakażeniu) naprowadziło wiedeńskiego psychiatrę **Juliusa Wagnera-Jauregga** (1857–1940) na możliwość leczenia poprzez infekcję wywołującą gorączkę. Już w 1877 r. sugerował możliwość leczenia poprzez gorączkę, co udało się w 1917 r. poprzez wywołanie malarii (zimnica) u pacjenta z porażeniem postępującym (gorączka hamowała rozwój krętka kiły). Przełamało to dotychczasowy terapeutyczny nihilizm i dawało nadzieję na możliwość leczenia innych chorób psychiatrycznych. W 1927 r. Wagner-Jauregg otrzymał Nagrodę Nobla, chociaż okazało się, że żadna z większych chorób psychiatrycznych nie ma swej przyczyny bakteryjnej czy wirusowej¹⁰.

Alternatywne wobec egzogenego bakteryjnego czynnika były poszukiwania endogennych czynników fizjologicznych i biochemicznych przez R.S. Hoskinsa w Massachusetts oraz R. Gjessinga w Oslo w latach 30. Lata 30. i 40. przyniosły pewien postęp szczególnie w zakresie terapii wstrząsowej. Wierzono, że „szok” jest w stanie zatrzymać niewłaściwy sposób funkcjonowania i ustawi prawidłowy sposób funkcjonowania mózgu. Terapia insulinowa w postaci wielokrotnie powtarzanych śpiączek u schizofreników została wprowadzona przez berlińskiego psychiatrę **Manfreda Sakełę** (1900–1957). Leczenie schizofrenii (szczególnie z odcieniem depresyjnym) poprzez drgawki zostało zainicjowane przez **Ladislausa Josepha Medunę** (1896–1964), który podawał swym pacjentom metrazol (cardiazol). Efekty przynosiło przepuszczanie przez mózg prądu elektrycznego wprowadzone przez włoskich psychiatrów **Ugo Cerlettiego** (1877–1963) i **Lucio Biniego** (1908–1964). Zmodyfikowali oni metodę, wcześniej używaną do oszalamiania świń w rzeźniach. Metoda dawała mniejsze skutki uboczne niż leki wywołujące drgawki¹¹. Częścią fali fizycznych terapii lat

30. była psychochirurgia. W 1936 r. portugalski neurolog **Egas Moniz** (1874–1955), późniejszy zdobywca nagrody Nobla (1949), nakłonił neurochirurga Almeida Lima do przeprowadzenia zabiegu leukotomii płatów czołowych (Amerykanie używali pojęcia „lobotomia”). Lobotomia zyskała znaczną popularność w USA, gdzie w latach 1936–1951 przeprowadzono około 18 tysięcy takich zabiegów. Kontrowersyjność zabiegów psychochirurgicznych wiązała się z nieodwracalnymi zmianami, niepożądanymi skutkami i niepewną skutecznością. Pod wpływem nacisku opinii publicznej i w wyniku pojawienia się leków antypsychotycznych w latach 50. zaniechano tych zabiegów.

TAK ZWANA REWOLUCJA PSYCHOFARMAKOLOGICZNA

Historia powstania wielkich leków często jest dziełem przypadku. Jednakże, jak mówił L. Pasteur, szczęście sprzyja jedynie umysłowi na nie przygotowanemu. Badanie przebiegu tych odkryć może nas wiele nauczyć i wyjaśnić złożoność procesu „odkrywania” leku i jego społecznego zastosowania, a nawet zrekonstruować mitologię, jaką wytwarza na jego temat opinia publiczna. Większość leków psychiatrycznych odkryta została przypadkowo, lecz każde odkrycie związane było z ogromnym wysiłkiem oraz pomysłowością naukowców i lekarzy, którzy się do niego przyczynili. Socjologia i historia odkryć w innym świetle ukazuje nam rzeczywistość nauki i medycyny, uczy pokory wobec nieodgadnionej rzeczywistości, która niełatwo podporządkowuje się ludzkim projektom i działaniom. „Przyszłość będzie wyglądała inaczej”, twierdzi **Ernst Bäumler**¹² i zapowiada „racjonalne projektowanie leków” oparte na znajomości ich struktury cząsteczkowej. Leki będą produkowane na zamówienie, dzięki znajomości mechanizmów leżących u podstaw powstawania chorób.

Dzięki odkryciu, że impulsy nerwowe nie są jedynie przenoszone na drodze elektrycznej, ale że przekazywanie niektórych sygnałów odbywa się dzięki substancjom chemicznym – neuroprzekąźnikom, psychiatria powojenna mogła się rozwijać pod znakiem biochemii mózgu. W 1936 r. **Otto Loewi** i **Henry Dale** otrzymali Nagrodę Nobla za odkrycie neuroprzekąźników (acetylocholino). Następnie odkryto dopaminę, noradrenalinę i serotoninę. Pewne efekty w leczeniu fizycznym – gorączką, snem, wstrząsem, śpiączką, elektrowstrząsami, czy lobotomią – budziły nadzieję, co do terapeutycznych możliwości środków chemicznych, potęgowały desperackie i heroiczne próby efektywnego leczenia. Jak powiedział **Heinz Lehman** w 1937 r.: „Robiłem wszystkie rzeczy, cały czas przekonany, że psychotyczne uwarunkowania i większość chorób afektywnych miało pewien rodzaj biologicznego podłoża. Czyniłem eksperymenty z wszelakimi rodzajami lekarstw, na przykład dużymi dawkami, bardzo dużymi dawkami kofeiny u jednego, czy dwóch osłupiających katatonicznych schizofreników (...) Nic nie pomagało;

nawet wstrzykiwałem terpentynę do mięśni brzusznych, co wytworzyło – a można było tak przypuszczać – wielki sterylny ropień”¹³.

Swoistą „rewolucję” w psychiatrii wywołało wprowadzenie leków psychotropowych, a szczególnie neuroleptyków (nazwę nadał francuski psychiatra Jean Delay), które jedni uważają za „leki czyniące cuda”, inni zaś za „chemiczne maczugi”. Substancją wyjściową jest tutaj chlorpromazyna, która zainicjowała „erę leków psychotropowych”.

CHLORPROMAZYNA (CPZ) I PIERWSZE LEKI PSYCHIATRYCZNE

Do syntezy i zastosowania **chlorpromazyny** (CPZ) doprowadziło szereg krętych ścieżek, na które składało się wiele pojedynczych, częstokroć przypadkowych odkryć w instytutach naukowych, niemieckiej fabryce barwnika, francuskiej fabryce leków, uniwersytetach i klinikach. Pewną rolę odegrały tutaj badania z zakresu chemii organicznej, biochemii, fizjologii, farmakologii, chirurgii, psychologii eksperymentalnej a dopiero na końcu psychiatrii. Brak było jakiegoś ogólnego planu badań; zamiast tego był cały szereg mniejszych planów, twórczych i logicznych, ale żaden z nich nie miał na celu leczenia chorób psychicznych.

Drogę do chlorpromazyny wskazał francuski lekarz wojskowy **Henri Laborit**, który stacjonował w 1949 r. w szpitalu w Tunezji. Laborit pracował nad różnymi sztucznymi antyhistaminami z grupy fenotiazyn produkowanymi przez Rhône-Poulenc, potęgującymi działanie anestetyczne podczas operacji. Chciał, aby blokowały one mechanizmy autonomiczne, które pojawiały się w szoku anafilaktycznym, przez co zwiększały szansę operacji. Laborit nie był zainteresowany psychozami, tym bardziej, że od czasu odkrycia leków antyhistaminowych w 1937 r. lekarze eksperymentowali z tymi lekami z pacjentami psychotycznymi bez większych rezultatów. Zauważył jednak, że niektórzy z jego chirurgicznych pacjentów stają się obojętni wobec otoczenia po podaniu fenotiazyn. Co ciekawe, wojskowy psychiatra, któremu Laborit pokazał jak pacjent stawał się znacznie spokojniejszy i zrelaksowany, nie zainteresował się tym odkryciem.

Gdy po przeniesieniu do Paryża w 1951 r. Laborit poprosił koncern Rhône-Poulenc o dawkę nowej bardziej skutecznej fenotiazyny, otrzymał preparat zsyntetyzowany przez **Paula Carpentiera** – 4560 RP (dla Rhône-Poulenc), później nazwany „chlorpromazyną”. Lek ten oprócz własności chirurgicznych wywoływał pewien brak zainteresowania pacjentów otoczeniem (*désintéressement*), tłumiący efekt. Laborit sporządzał *coctail lytique*, który miał przed operacją poprawiać nastrój pacjenta, i obok chlorpromazyny zawierał środek przeciwbólowy (petydyna) oraz prometazynę. Laborit przypuszczał, że 4560 RP może być związkem przydatnym w psychiatrii do wprowadzania w sztuczną hibernację stosowaną wówczas chętnie w stanach wyczerpania oraz chorobach psychicznych.

Retrospektywne podejście do odkrycia CPZ, opublikowane przez Koetscheta i innych, mówi o wielu danych i hipotezach na podstawie której opierały się badania koncernu Rhône-Poulenc, ale żaden tekst z opublikowanej literatury nie daje pełnego obrazu, dlatego koncern Rhône-Poulenc postanowił zająć się aktywną wobec mózgu aminą fenotiazyny. Koetschet w 1972 r. stwierdził: „Nie mieliśmy jasnej idei, co CPZ może działać w człowieku. Mieliśmy silne wrażenie, że jest to interesujący, nietoksyczny produkt, który mógłby być bardzo użyteczny gdyby najlepsze obszary jego działania zostały odkryte poprzez kliniczne badania”¹⁴. W literaturze poświęconej CPZ często mówi się o przypadkowym („*serendipity*”) odkryciu leku. Zrozumienie warunków jego syntezy i wejścia do psychiatrii wskazuje na to, że jest to niewłaściwa charakterystyka, chociaż przypadkowe wydarzenia towarzyszyły obu procesom. Synteza leku nie była „przypadkowym” wydarzeniem, ale skutkiem planowanych chemicznych i farmakologicznych poszukiwań w celu znalezienia specyficznego związku chemicznego z określonym zestawem właściwości farmakologicznych.

Badaniami Laborita zainteresowali się dwaj psychiatrzy Delay i Deniker, którzy wykazali, że działanie CPZ było o wiele lepsze niż elektrowstrząsów (ECT), insuliny czy pozostałej terapii fizycznej i, co ważne, o wiele bezpieczniejsze. Heinz Lehmann ze szpitala w Montrealu przyczynił się do rozpowszechnienia CPZ w Ameryce¹⁵. Początkowa powolna akceptacja CPZ we Francji była innego rodzaju niż w Ameryce, gdzie silna orientacja psychoanalityczna stanowiła uprzedzenie w badaniu i wprowadzeniu nowego leku. We Francji psychoanaliza nie stanowiła tak silnego składnika psychiatrii i leczenie lekami oraz snem było bardziej rozpowszechnione niż w Stanach Zjednoczonych. Choć i tam lekarze byli zniechęceni wypróbowywaniem szeregu leków z niewielkim lub wręcz bez żadnego skutku terapeutycznego (innego niż sedacja)¹⁶.

CPZ stanowiło duże wydarzenie na rynku medycznym. W USA i Europie w latach 1955–1956 odbyło się szereg lokalnych, krajowych i międzynarodowych konferencji, specjalnych wydań czasopism i innych publikacji poświęconych CPZ (a także rezerpinie).

We francuskim systemie lecznictwa CPZ rozpowszechniła się dosyć szybko (od maja 1953 r.): „... atmosfera w zaburzonych oddziałach szpitala dla umysłowo chorych w Paryżu uległa przemianom: kaftany bezpieczeństwa, psychohydrauliczny natłok i hałas stały się rzeczami z przeszłości! Jeszcze raz, paryscy psychiatrzy, którzy dawno temu zdejmowali chorym łańcuchy, stali się pionierami wyzwolenia swych pacjentów, tym razem od wewnętrznych uderzeń i za pomocą leku: chlorpromazyny”¹⁷.

Działanie CPZ miało ostatecznie wpływ na szerszą społeczność. Leki neuroleptyczne ponownie uczyniły szpital psychiatryczny, w świadomości społeczeństwa, instytucją medyczną. Lekarze praktyki ogólnej lepiej współpracowali z psychiatrami i byli bardziej skłonni oddawać pacjentów do szpitala, czy poddawać

innym sposobom leczenia psychiatrycznego. Urzędy i organizacje charytatywne wykazywały większe zainteresowanie wobec problemów chorób umysłowych. Pojawiło się zainteresowanie różnych grup środowiskowych, kościołów itd. Społeczeństwo także wykazało w końcu postawę większej tolerancji wobec zwolnionych pacjentów umysłowych, większą gotowość ich zaakceptowania i powrotu do lokalnych społeczności, do przedsiębiorstw czy ich wcześniejszego zawodu¹⁸.

Wzrosła znacznie nadzieja rodzin i oczekiwania, iż ich ukochani wkrótce do nich powrócą. Niestety, w przypadku niektórych pacjentów, którzy byli w szpitalu przez długi okres czasu i którzy zostali psychologicznie „porzuceni” przez rodziny, w części tych rodzin pojawił się niepokój a nawet panika, że pacjent może zostać zwolniony!

Byli i tacy, którzy wątpili w wartość nowych leków ze względów ideologicznych, albo kwestionowali naturę dostępnych dowodów działania leków twierdząc, że: „zmiana [w populacji rezydentów] była zbiegiem okoliczności, albo że działania leków jedynie maskowały symptomy choroby umysłu na pewien czas i wytwarzały rodzaj symulowanego powierzchownego polepszenia, które wkrótce zostanie zdemaskowane wraz z powrotem do szpitala indywidualnych przypadków i, w sumie, powrotu do pierwotnego stanu szpitalnej statystyki. Zgodnie z tym poglądem, użycie *tranquilizers* było godnym pożałowania, ale przejściowym dziwactwem”¹⁹.

Wśród tych, którzy zanegowali to, iż przyczyną zmniejszenia się populacji pacjentów w latach 1955–1956 była terapia lekami, znaleźli się, **sceptycy: zwolennicy psychiatrii społecznej**. Twierdzili oni, że CPZ i leki pokrewne jedynie spotęgowały i przyspieszyły już istniejące trendy lepszego leczenia pacjentów. Wzrost liczby opuszczających szpital pacjentów, która wzrastała od końca drugiej wojny światowej, stanowiła odzwierciedlenie poprawy profesjonalnych umiejętności i wprowadzenia społecznych programów intensywnego leczenia, stworzenia pacjentom nowego ludzkiego środowiska, wprowadzenia polityki otwartych drzwi. Następną grupę stanowili **sceptycy: zwolennicy psychoterapii**. Składali się oni głównie z lekarzy prywatnie praktykujących w psychoterapii oraz z psychologów. Wątpili, czy leki miały jakikolwiek „rzeczywisty” skutek. Przypuszczano, że na nowo odzyskany entuzjazm i terapeutyczny optymizm psychofarmakologicznych lekarzy stał się źródłem znaczącej efektywności trankwilizatorów. Nowy lek działał pod wpływem pozytywnego nastawienia lekarzy wobec pacjentów; zmiany terapeutyczne miały socjopsychologiczne a nie farmakologiczne źródła (nowe ludzkie środowisko, polityka otwartych drzwi). Byli również i zdecydowani **krytycy psychofarmakologii**. Były to, szczególnie w USA, osoby o zainteresowaniach psychoanalitycznych. Twierdziły one, że leki miały efekt niewiele lepszy niż *placebo*, a nawet stanowiły dla pacjentów zagrożenie. Terapia lekami przeszkadzała w postępie i samoświadomości pacjenta na skutek jego magicznego oparcia się na leczeniu medycznym, uzależnieniu się od lekarza

i stopieniu możliwości samowglądu. Z kolei psychoterapeuta ograniczał swe możliwości terapii, poszukując gotowych rozwiązań dla złożonych problemów²⁰.

Korzystnym efektem tych krytyk było zwrócenie uwagi na niedoskonałość metod badania efektywności leczenia. Doprowadziło to do udoskonalenia podwójnej ślepej próby, użycia *placebo*, technik statystycznych łączonych z technologią komputerową. Innymi konsekwencjami było odnalezienie po raz pierwszy w historii medycyny wspólnego języka dla: farmakologów, biochemików, fizjologów, neurofizjologów, neurologów i psychiatrów. Do tej pory uważano, iż psychiatrzy posiadają dziwny żargon, który wymagał studiowania przez każdego, kto chciał ich zrozumieć. Teraz sytuacja uległa zmianie. Powstała nowa dyscyplina – **psychofarmakologia**. Doprowadziło to również do wzrostu funduszy na badania psychiatryczne – od fabryk farmaceutycznych, rządu, prywatnych fundacji itp.

Po wprowadzeniu chlorpromazyny pojawiło się szereg leków o działaniu antypsychotycznym, antydepresyjnym oraz antymaniakalnym. Na rynku pojawiły się środki, z których część uznano za toksyczne i wkrótce wycofano ze sprzedaży, inne zaczęto używać jako środki odurzające.

Ważnym elementem rozwoju psychofarmakologii był **lit** stosowany profilaktycznie w manii i depresji. Pomimo tego, że jest on metalem, który występuje w śladowych ilościach w organizmie ludzkim, w roślinach i skałach (*lithos* – skała), droga do uznania go za lek bezpieczny była bardzo długa. Na przykład amerykańska firma *Food and Drug Administration* (FDA) wydała zezwolenie na stosowanie litu w profilaktyce choroby afektywnej dwubiegunowej dopiero w 1974 r.

Skuteczność litu w leczeniu manii odkrył młody australijski lekarz **John Cade**. Przypuszczał on, że przyczyną manii była substancja wytwarzana przez sam organizm (jak np. w tyrotoksykozie). Ponieważ Cade nie wiedział, czego ma szukać, pobierał od pacjentów maniakalnych mocz i wstrzykiwał go świnkom morskim. Próbuąc wyodrębnić składniki moczu sądził, że kwas moczowy można rozpuścić w mieszance z litem (zgodnie z błędnym mniemaniem, które występowało w medycynie od połowy XIX w. i objawiało się w próbach rozpuszczania kwasu moczowego w leczeniu dny moczanowej). Próbuąc trochę na ślepo, Cade wstrzykiwał świnkom także sam węglan litu, aby po prostu zobaczyć, co się wydarzy. Świnki wpadały w letarg, toteż można je było położyć nieruchomo na grzbiecie. Następnie postanowił wstrzyknąć lit pacjentom z manią (najpierw dokonując próby na sobie), schizofrenikom oraz chronicznym psychozykom z depresją. Lit nie działał na pacjentów z depresją, uspokajał schizofreników, zaś w znaczny sposób poprawiał stan pacjentów z manią. Cade opublikował swe badania w „*Medical Journal of Australia*” w numerze z 3 września 1949 roku. Oto jego relacje z tych badań:

„W.B., mężczyzna, lat 50, był w stanie pobudzenia maniakalnego przez pięć lat; przemęczony, zaniedbany, złośliwy, wtrącający się do wszystkiego, działający destrukcyjnie, był uważany za najbardziej kłopotliwego pacjenta na oddziale. Jego

reakcja na lek była zaskakująco dobra. 20 marca 1948 r., po rozpoczęciu leczenia cytrynianem litu, zaczął uspokajać się, a pobyt na oddziale dla rekonwalescentów traktował jako przyjemność... Po uzyskaniu całkowitej poprawy, 9 czerwca 1948 r., opuścił szpital z zaleceniem przyjmowania litu w dawce podtrzymującej 5 granów (1 gran=0,0648 g) dwa razy dziennie... Wkrótce szczęśliwy wrócił do swojej pracy, jednak zaniedbał regularne przyjmowanie leków, aż w końcu przerwał leczenie. Jego krewni potwierdzili, że nie zażywał leków przez sześć tygodni bezpośrednio poprzedzających powtórnie przyjęcie do szpitala. Stawał się coraz bardziej poirytowany i nieobliczalny. Przerwał pracę tuż przed świętami Bożego Narodzenia. Po przyjęciu do szpitala, 30 stycznia 1949 r., rozpoczęto kurację węglanem litu w dawce 10 granów trzy razy dziennie, i jego stan w ciągu dwóch tygodni znów się poprawił... Pacjent jest dzisiaj (28 lutego 1949) przygotowany do powrotu do domu i do pracy²¹.

Odkrycie dokonane przez lekarza z prowincjonalnego australijskiego szpitala, nie posiadającego doświadczenia badawczego oraz profesjonalnych narzędzi, zostało niedostrzeżone. Ponadto, w tym samym czasie pojawiły się doniesienia o szkodliwych właściwościach litu (przypadki wysokiego stężenia litu we krwi). Dopiero gdy duński psychiatra, **Mogens Schou** potwierdził badania Cade'a (stosując jako jeden z pierwszych podwójną ślepą próbę) i zwrócił uwagę opinii publicznej na znaczenie terapii litem, zaczęto stosować pod koniec lat 60. lit w wielu krajach. Chociaż amerykańska FDA początkowo ograniczyła jego zastosowanie do niewielkiej liczby eksperymentów, zmieniła swe stanowisko dopiero po opublikowaniu wielu prac naukowych.

Przyczyną opóźnień w zastosowaniu litu był, między innymi fakt, iż jako łatwo dostępna i naturalnie występująca substancja nie miała poparcia żadnej fabryki leków. Ponadto zetknął się z terapeutycznym nihilizmem części analityków w Stanach Zjednoczonych, a także w Maudsley Hospital w Londynie, gdzie niektórzy z psychiatrów uważali lit za „niebezpieczny nonsens”²². Lit nie tylko przyczynił się leczenia manii. Gdy stwierdzono, że pierwiastek ten leczy dwubiegunowe zaburzenia depresyjne i zapobiega nawrotom, a rzadko jest skuteczny w przypadku schizofrenii, reakcja na leki stała się również kryterium diagnostycznym. Wynik leczenia litem potwierdzał Krepelinowskiego podział na zaburzenia mylenia i afektu, i wyznaczał kryteria rozpoznawania chorób psychiatrycznych²³.

Lekiem, który w historii psychiatrii pojawił się jako środek przeciwko depresji była **imipramina**. Rezerpina, z którą wiązano wielkie nadzieje posiadała zbyt wiele skutków ubocznych. Iproniazyd, który obok właściwości przeciwgryźliwych, jak okazało się w roku 1954, działał na depresję (łagodzenie objawów a nawet stymulacja)²⁴, na skutek doniesień o niekorzystnym działaniu (żółtaczka) także został wycofany z użycia. Inaczej stało się z substancją G 22355 zsyntetyzowaną przez firmę Geigy w Bazylei (wzorcem była tutaj chlorpromazyna). Początkowo przypuszczano, że substancja ta będzie pozytywnie oddziaływała

na schizofreników. Jednakże **Roland Kuhn** (1912–), szwajcarski psychiatra, który przeprowadził obserwacje na 300 pacjentach, skonstatował, że chociaż struktura chemiczna imipraminy jest podobna do chlorpromazyny, to nie wykazuje podobnych do niej właściwości. Wręcz pogarsza ich stan, pobudza spokojnych chronicznych pacjentów. Na początku 1956 r. Kuhn postanowił eksperymentalnie zastosować imipraminę wobec kilku chorych z depresjami. Przeczucie go nie myliło, okazało się bowiem, że znosi ona nastrój depresyjny i ma działanie lekko aktywizujące (działanie odhamowujące)²⁵. Kuhn, pacjenci oraz ich rodziny przyjęły te zmiany z ogromnym entuzjazmem. Szwajcarski psychiatra zaprezentował lek na II Międzynarodowym Kongresie Psychiatrii w Zurychu we wrześniu 1957 r.; słuchało go wówczas jedynie 12 osób. Od roku 1958 imipramina stała się dostępna na rynku pod nazwą *Tofranil* i jeszcze dzisiaj należy do standardowych leków przeciwko depresji.

Odkrycie „trójcyklicznych” (imipramina posiada trójpierścieniową strukturę chemiczną) antydepresantów przyczyniło się do zwiększenia zaufania wobec psychiatrii i do poprawy sytuacji pacjentów z depresją; umożliwiło uniknięcie hospitalizacji pacjentów z depresją chroniczną (którzy poza szpitalem mogli popełnić samobójstwo). Waga, jaką można przypisać odkryciu leków przeciwdepresyjnych jest zrozumiała, jeżeli uświadomimy sobie, że zaburzenia typu depresyjnego są częstsze trzy a nawet czterokrotnie niż schizofrenia. Z osobami depresyjnymi mają kontakt nie tylko psychiatrzy (osoby, które na nią cierpią stanowią większość pacjentów zgłaszających się do psychiatrii), ale również i lekarze ogólni.

Współczesne leki przeciwdepresyjne uchodzą za leki „całkiem normalne”. W odróżnieniu od benzodiazepin, nie kojarzy się ich z używkami, w odróżnieniu zaś od neuroleptyków nie uchodzą za środki zmieniające psychikę²⁶.

ŚRODKI NASENNE I USPOKAJAJĄCE

Najczęściej stosowanymi lekami nasennymi i uspokajającymi są substancje z grupy pochodnych **benzodiazepin**. Ich sukces poprzedzony został odkryciem meprobamatu (*Miltown*), a wcześniej wodzianu chloralu i kwasu barbiturowego (*Veronal*). Wodzian chloralu został wytworzony już w roku 1832 przez G. J. Liebiga, a użył go jako środek nasenny **Otto Liebreich**²⁷. Możliwość syntezy substancji, która selektywnie wpływałaby na stany lękowe i stany wzmożonego napięcia, przyczyniła się do licznych badań w laboratoriach firm farmaceutycznych, które miały świadomość nieograniczoności zbytu dla takich specyfików.

Powyższe specyfiki dawały, z jednej strony, możliwość sprostania wymogom życia codziennego (środki te nazywano za piosenką Rolling Stonesów *Mother's Little Helper*, „małym pomocnikiem mamusi”), z drugiej zaś budziła troskę o zbyt łatwą możliwość wpływania na ludzką psychikę.

Człowiekiem, który przyczynił się do wyprodukowania jednego z pierwszych preparatów o działaniu odprężającym i uspokajającym, był pochodzący z Czechosłowacji emigrant **Frank Berger**, który badając mefenezynę – preparat zmniejszający napięcie mięśni (*myorelaxantia*), odkrył, że ma ona także właściwości uspokajające (utrata agresywności u małp). Preparat – meprobramat – otrzymał w 1955 r. nazwę *Miltown* (od miasteczka w USA, gdzie swoje laboratoria miała firma farmaceutyczna Wallace). Meprobramat stał się pierwszym środkiem uspokajającym i przeciwlękowym (*tranquillizer*), zyskując popularną nazwę *Happy Pills*, *Happiness Pills*, czy *Peace of Mind Drugs* (określenie naukowe: *anxiolitica*).

Gdy preparat *Miltown* odniósł ogromny sukces, wiele firm farmaceutycznych, w nadziei na finansowe profity, zaczęło poszukiwać obiecujących leków uspokajających. Do odkrycia nowego leku przyczynił się **Leo Sternbach** (Żyd, urodzony w 1908 r., który pracował na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, gdzie w 1931 r. uzyskał doktorat z chemii organicznej). W odkryciu chlordiazepoksydu dopomógł mu, podobnie jak Bergerowi, szczęśliwy traf. Sternbach zajmował się badaniami (dla firmy Roche) dotyczącymi barwników. Jednakże firma Roche nakazała mu zaprzestać tych badań, ponieważ nie przyniosły żadnych korzystnych efektów. Ale gdy uczony ten robił porządki na swym stole laboratoryjnym natknął się na szereg związków, które zsyntetyzował wcześniej i oddał je do zbadania Lowellowi Randallowi, jak pisze Shorter, zgodnie z „typowo środkowo-europejską sumiennością”. Chlordiazepoksyd okazał się mieć „poskramiający efekt”. Wydawało się też, że nie wywołuje skutków ubocznych. Firma Roche opatentowała chlordiazepoksyd w maju 1959 r., a w lutym 1960 r. zaczęła go rozprowadzać pod nazwą *Librium*. Była to pierwsza benzodiazepina. Okazało się jednak, że gdy poddano leczeniu pacjentów w starszym wieku obok efektu uspokajającego pojawiły się zaburzenia mowy i motoryki. Przerwano wówczas testy kliniczne. Gdy do nich powrócono okazało się, że w zastosowaniu do pacjentów z lekkimi zaburzeniami neurotycznymi lek ma szerokie spektrum działania oraz stosunkowo niewielką toksyczność. Sternbach został odesłany do laboratorium, gdzie w 1959 r. dokonał syntezy diazepamu (*Valium*, *Relanium*), leku o większej sile, który mógł być produkowany w postaci pigułek. Popularność *Valium* o wiele przerosła popularność *Librium*. Był nawet w pewnym okresie najlepiej sprzedawanym oraz dochodowym lekiem w USA.

Mechanizm działania benzodiazepin był początkowo mało znany. Po pewnym czasie odkryto, że miejscem w komórce nerwowej, na które działają benzodiazepiny jest receptor wiążący kwas gamma-aminomasłowy (GABA). Jednak okazało się, że diazepam nie łączy się bezpośrednio z receptorem GABA-ergicznym, lecz wzmacnia jego działanie. Po wieloletnich badaniach udało się nawet zbadać fragmenty receptora benzodiazepin, a nawet zidentyfikowano gen odpowiedzialny za syntezę białek receptora. Być może w przyszłości,

powiada E. Bäumlér, „poznanie budowy molekularnej receptorów umożliwi projektowanie benzodiazepin dokładnie pasujących do danego receptora”²⁸.

Wkrótce po odkryciu *Librium* i *Valium* na rynku pojawiło się wiele benzodiazepin o różnych profilach, np. oksazepam (Rhône-Poulenc), Frisium (Hoecht), Tavor (Wyeth). Wraz z pojawieniem się benzodiazepin psychiatria stała się coraz bardziej zorientowana na dostarczanie leków, co stawiało pod znakiem zapytania przyszłość psychoterapii.

O ile w latach 60. wierzono w postęp psychofarmakologii, a leki nasenne traktowano jako środek, który może zastąpić inne metody terapeutyczne, o tyle w latach 70. i 80. odkryto ich własności uzależniające. W roku 1975 firma *Food and Drug Administration* (FDA w Stanach Zjednoczonych) nakazała kontrolę zapasów benzodiazepin i meprobamatu nakładając specjalne ograniczenia na farmaceutów. Ryzyko uzależnienia od leku i wycofania małych trankwilizatorów zwróciło znaczną uwagę profesjonalistów i opinii publicznej. Uzależnienie i objawy wycofania pojawiały się u około 40% chronicznych użytkowników. Objawy, które mogą trwać przez 6 miesięcy i dłużej, to: bezsenność (71%), agitacja (56%), kurcze mięśni (49%), bóle głowy (38%), drżenie (38%), wymioty (36%), podwójne widzenie (20%), potliwość (22%)²⁹.

Profesja medyczna była nieprzygotowana na publiczną krytykę. Grupy pacjentów sprzeciwiały się stosowaniu trankwilizatorów, a organizacje obrony konsumentów nadały trankwilizatorom negatywne i sensacyjne nagłośniecie. Nic dziwnego, że pacjenci wystraszyli się. Opinia publiczna stała się ostrożna, w związku z czym lekarze niechętnie używali benzodiazepiny. „Valiumania” skończyła się. W świetle naukowych badań była to nadmierna reakcja, pacjenci zostali pozbawieni użytecznego leku i pozostawieni na łasce bardziej niebezpiecznych substancji, jak alkohol, nikotyna czy barbiturany.

LEKI PRZECIWDEPRESYJNE

Początkowo trudno było wyjaśnić mechanizm działania leków przeciwdepresyjnych. W połowie lat 60. zaczęto przypuszczać, że przyczyną są niedobory oraz zaburzenia neuromediatorów. **J.J. Schildkraut** twierdził, że chodzi o aminy katecholowe, przede wszystkim noradrenalinę. Imipramina powoduje zwiększanie wydzielania oraz zapobiega pobieraniu amin katecholowych w synapsach: adrenaliny i noradrenaliny. Z kolei inhibitory oksydazy monoaminowej (MAO) hamują rozkład noradrenaliny i dopaminy (ilość neuroprzekaźnika zwiększa się).

Ostatnio zwraca się szczególną uwagę na kolejną aminę – serotoninę (5-hydroksytryptaminę). Już w 1953 r. **John Gaddum**, jeden z twórców psychofarmakologii w Wielkiej Brytanii, rozważał rolę 5-HT [serotoniny] w utrzymaniu nas przy zdrowiu psychicznym. W roku 1963 młody badacz **Alec Coppen**, przeprowadzał doświadczenia pokazujące, że ekwiwalent serotoniny może uwolnić

nas od depresji. Później stwierdził: „Sądzę, że była to pierwsza obserwacja która sugerowała, że 5-HT [serotonina] była ważna w depresji – idea, która jest teraz w centrum liczącego miliony funtów rynku leków. Jednak przez wiele lat, ludzie mówili yah-boo sucks – nic w tym nie ma. Moda jest wszystkim w medycynie, a 5-HT nie była w modzie”³⁰.

Pod koniec lat 60. **Arvid Carlsson** potwierdził, że serotonina zdaje się kontrolować nastrój i popędy. W roku 1981 szwedzka spółka farmaceutyczna Astra wypuściła „Zelmid” (*zimelidine*) na rynek europejski, lecz z powodu właściwości toksycznych wycofała go dwa lata później.

Na hipotezie serotoninowej opiera się również działanie preparatu o nazwie *prozak* opracowanego przez firmę Eli Lilly w Indianapolis. Początki badań nad tym preparatem sięgają lat 70., gdy **Ray Fuller** postanowił zainteresować firmę Lilly pomysłem, że serotonina może działać przeciwko depresji. Razem z biochemikiem **Davidem Wong** zorganizował grupę, która prowadziła testy na syntetyzowanej przez **Bryana Molloya** grupie związków, które hamują ponowny wychwyt serotoniny w synapsie. W roku 1974 przeprowadzono już testy ze związkiem „Lilly 110140”, który nazwano w skrócie fluoksetyną (późniejszy *prozak*). Wyników badań klinicznych przeprowadzonych w 1978 r., chociaż obiecujących, ze względów konkurencyjnych nie opublikowano (niektóre z wyników były niepomysłne)³¹. W 1983 r. okazało się, że fluoksetyna jest równie dobra jak tradycyjne związki trójcykliczne w leczeniu depresji i nie posiada ich skutków ubocznych. Jedynym działaniem, które w znacznym stopniu zainteresowało firmę Lilly były właściwości odchudzające *Prozaku*.

Od 1987 r., gdy FDA zaaprobowwała jego użycie, *Prozak* wydaje się zastępować w swej popularności i zainteresowaniu środków masowego przekazu, *valium*. *Prozakowi* poświęcono dziesiątki książek i tysiące artykułów. W Ameryce pojawiła się wielka dyskusja na jego temat. Jego wejście do historii psychiatrii stanowiło nie tylko fakt medyczny, lecz także psychologiczny, socjologiczny, kulturowy a nawet filozoficzny. W roku 1990, niecałe trzy lata po pojawieniu się na rynku, *prozak* stał się najczęściej przepisywanym lekiem w psychiatrii. W roku 1994 stał się numerem dwa w świecie, tuż za lekiem przeciwwrzodowym, *zantac*. Marcowy magazyn „Newsweek” z 1990 r. umieścił go na swojej okładce podpisując: „Przełom w leczeniu depresji”. *Prozak* niezależnie od „szumu”, jaki wokół niego zrobiono, posiada wielu zwolenników ze względu na swoje własności. Wywołuje mniej objawów ubocznych niż leki trójcykliczne czy inhibitory MAO; nie powoduje przyrostu wagi ciała (może nawet powodować jej spadek); jest lekiem bezpiecznym (szerokie okno terapeutyczne); jest skuteczny w leczeniu przewlekłych stanów depresyjnych, pomocny w leczeniu natręctw i bulimii. *Prozak* wzbudził zainteresowanie w Stanach Zjednoczonych również dzięki doniesieniom o niekorzystnym wpływie na wielu pacjentów (przypadki samobójstw); działa na wiele różnych schorzeń psychiatrycznych, a także na ludzi prawie zdrowych. W ten sposób ujawnia mglisty charakter naszych

rozpoznać psychiatrycznych. Jego działanie stawia pod znakiem zapytania koncepcję odrębnych jednostek chorobowych, a skłania się do promowanej przez psychoanalizę teorii *kontinuum*, ilościowej różnicy między zdrowiem a chorobą.

PROBLEMY I DYLEMATY PSYCHIATRII WSPÓŁCZESNEJ

Ponieważ powyższy tekst zamierza dokonać oceny współczesnej psychiatrii, na koniec zaprezentowane zostaną zjawiska obecne we współczesnych sporach o wizerunek psychiatrii. Sporach, nie tylko w obrębie samej psychiatrii, między różnymi nurtami psychiatrii, ale również dyskusjach związanych ze społecznym wizerunkiem psychiatrii. Dominacja biologicznej naukowo-przyrodniczej wizji dzisiejszej psychiatrii postrzegana jest nie tylko jako triumf naukowości i podejścia empirycznego nad teoretyzmem i subiektywizmem podejść wcześniejszych. Psychiatrię biologiczną lat 80. z jej wyraźnym empirycznym podejściem, można postrzegać jako reakcję na pewne trendy obecne w psychiatrii lat 60. i 70., kiedy to naukowy optymizm lat 50. (tzw. rewolucja psychofarmakologiczna) został zastąpiony przez ruch antyinstytucjonalny (antypsychiatryczny) oraz zdominowany przez psychodynamiczny teoretyzm koncentrujący się na analitycznej psychogenezie chorób umysłu³².

Współczesna psychiatria biologiczna w opozycji do podejścia antropologicznego lat 50. (np. nurty fenomenologiczno-egzystencjalne oraz psychodynamiczne) nastawiona jest bardzo pragmatycznie. Dokonuje „reperacji” niewielkich zaburzeń równowagi psychicznej poprzez szybkie interwencje, pragnie być użyteczna dla badań naukowych i odnosić sukcesy w aplikowaniu coraz to nowych generacji neuroleptyków. Takie podejście ma swoje blaski i cienie, zalety i wady. Zaplecze laboratoryjno-naukowe przyczynia się, pomimo znużonych i wciąż mało skutecznych poszukiwań, do powstawania nowych leków i dokładniejszej diagnostyki. Podejście klasyfikacyjne stało się tak ważne albowiem związane jest ze wskazaniami prognostycznymi i terapią. Negatywnym wymiarem poszukiwań tożsamości psychiatrii w rozwoju neuronauk jest redukcja zaburzeń psychicznych do procesów mózgowych, koncentracja na tej części dyskursu pacjentów, która odnosi się jedynie do biologicznego paradygmatu choroby psychicznej.

Chociaż tzw. rewolucja farmakologiczna oraz dalszy rozwój psychofarmakologii dały psychiatrii możliwość leczenia chorób umysłu, kierowały się paradoksalną logiką. To, co wydawało się ratunkiem dla psychiatrii i zbawieniem dla jej pacjentów, na tyle zmieniało jej oblicze, że zaczęło zagrażać jej tożsamości. Medykalizacja psychiatrii przyczyniła się do oddania strony psychoterapeutycznej szkolonym w tym kierunku psychologom i pracownikom społecznym (tzw. „cicha rewolucja”). Z kolei strona „mózgowo-biologiczna” bardziej należała się neurologom. W latach 80. psychopatologia stała się przedmiotem zainteresowania nauk kognitywnych (*neuroscience*).

Współczesna psychiatria kładzie nacisk na symptomy. Według DSM-IV („biblia nowoczesnej psychiatrii”) zaburzenia psychiczne są określane na podstawie listy symptomów (psychiczno-społeczne kryterium). Z drugiej strony, poszukuje się organicznego (biologicznego, genetycznego, rozwojowego) pochodzenia chorób umysłu. Opis zachowania i subiektywnego cierpienia pacjenta składa się na klasyfikację, która nie odwołuje się do wewnętrznej struktury (etiologii i patogenezy) choroby. Empiryczna opisowa (fenomenologiczna) klasyfikacja występuje tuż obok podejścia biologicznego, które w poszukiwaniu organicznej etiologii i patogenezy doszukuje się postępu wiedzy i przyszłości psychiatrii. Opisowość zachowań we współczesnych klasyfikacjach nie prowadzi do nominalistycznej postawy względem chorób, do traktowania ich jedynie jako narzędzia praktycznego i terapeutycznego porządkowania zachowań. Panuje raczej Kraepelinowskie przypuszczenie, że pod tymi „zewnętrznyimi” zaburzeniami kryją się konkretne tożsamości (jednostki chorobowe), które posiadają wspólną przyczynę, prognozykę i leczenie.

Jednakże psychiatria biologiczna nie jest w stanie zredukować problemów psychiatrycznych do zagadnień czysto medycznych. Paradoksalnie, nacisk na teoretyczną (ideologiczną) neutralność i empirię ujawnił społeczne konsekwencje i uwikłania psychiatrii. Przykładem są stygmatyzujące konsekwencje klasyfikacji chorób oraz udział „trzeciego czynnika” w diagnostyce i wizerunku psychiatrii: interwencje rządu i firm ubezpieczeniowych (diagnostyka wyznacza często, kto będzie finansował leczenie). Firmy farmaceutyczne zainteresowane reklamą własnych produktów mają wpływ (niekoniecznie bezpośredni) na diagnostykę i klasyfikacje psychiatryczne. Współczesny krytyk dyskursu psychiatrycznego na rynku amerykańskim **Peter R. Breggin** stwierdza: „żyjemy w świecie, w którym przemysł wpływa w sposób oczywisty na to, co dzieje się w państwie; na to, co się mówi, robi, czyta, o czym się myśli. Istnieją kolosalne wielobilionowe przedsiębiorstwa, ich efekty opisują zarówno w *Ponownie wsluchując się w Prozac*, jak i w *Toksycznej psychiatrii*. Wpływają one na sposób przeprowadzania badań, na to, co jest publikowane, na to, z kim się spotykamy, co się drukuje”³³.

Podejście diagnostyczno-terapeutyczne nadało psychiatrii większą rzetelność i wymiar międzynarodowy (a nie narodowo-partykularny). Jednocześnie to „ateoretyczne” empiryczne podejście nie uniknęło etykietyzacji (np. problem homoseksualizmu i seksizmu), zaczęło sprzyjać ignorowaniu wyjątkowości i niepowtarzalności pacjenta (co było krytykowane przez psychiatrię antropologiczną lat 50., ale zgodne jest z kraepelinowskim podejściem klinicznym), przyczyniło się do wzrostu liczby sklasyfikowanych zaburzeń.

Już ruch psychiatrii radykalnej podkreślał, że medycznej psychopatologii i diagnostyki nie można uprawiać w sposób neutralny. Niemożność bycia neutralnym prowadziła ruch antypsychiatryczny (koniec lat 60.) ku krytyce samoświadomości psychiatrii. Współczesna psychiatria biologiczna mimo postępu,

jaki osiągnęła w medycznej terapii psychoz, nie oznacza więc triumfu podejścia redukcyjnego, nie jest w stanie wyeliminować psychologicznych, społecznych i kulturowych aspektów psychiatrii.

Myślenie biologiczne nadało psychiatrii pod koniec XX wieku status podobny do innych dziedzin medycyny. I chociaż „duża” psychiatria, zajmująca się poważnymi zaburzeniami umysłu, skutecznie znalazła swe podstawy (w latach 70.) w neurobiologii, to równocześnie okazało się, że takie podejście jest nieadekwatne wobec obszarów łagodniejszych, aczkolwiek coraz bardziej powszechnych zaburzeń psychicznych.

O ile XIX wiek koncentrował się na opiece nad pacjentami przepełnionych zakładów zamkniętych, zaś początek XX wieku pozaszpitalnymi pacjentami nerwicowymi (lekarze od „nerwów”, później zaś psychoanaliza), o tyle pod koniec XX wieku psychiatria zainteresowała się przede wszystkim klientami, którymi wcześniej zajmowali się jedynie lekarze rodzinni i neurologi albo też zaburzeniami, które nie są wyraźnie chorobowe: lękami, małymi depresjami, itp. Ogólnie zaś rzecz biorąc – „symptomami podprogowymi”. Paradygmat biologiczny zakładał, że zaburzenia te mają podstawy fizjologiczne, co oznaczało, że za pomocą środków farmakologicznych można je minimalizować, zmieniać a nawet modelować. Biologiczny dyskurs psychiatryczny stał się częścią społecznej świadomości (tzw. *folk psychiatry*). Efektywność i modelujący ludzką psychikę wpływ nowej generacji leków psychotropowych i antydepresyjnych wzbudził zainteresowanie szerszych grup społecznych, które zbudowały wokół nich nową mitologię, opowiadaną w języku biologii i fizjologii, a nie psychologii, psychoanalizy i socjologii.

Jednocześnie pojawiły się dwa trendy: (1) obniżenie progu zjawisk uważanych za chorobowe (a nie moralne, egzystencjalne czy społeczne), a co za tym idzie, eksplozja psychopatologicznych trosk; (2) poszukiwanie terapii niepatologicznej, potrzeba konsultacji w sprawach i problemach życiowych. Powyższe zjawiska zwiększyły obszar potencjalnych oddziaływań psychiatrów, a jednocześnie stanowiły zagrożenie i konkurencję ze strony wielu terapii niemedycewnych. Doprowadziło to do poszukiwania przez pacjentów pomocy poza psychiatrią. Psychiatrzy mogli uniknąć konkurencji ze strony psychoterapii niemedycewnych, jeszcze bardziej obniżając granicę patologii, patologizując wiele ludzkich zachowań. Proces ten nazywa się często „remedykalizacją”, czyli określeniem osobistych cierpień jednostek w języku biologii i medycyny, a nie psychologii, socjologii i etyki. W ten sposób powstało np. pojęcie „hiperkinetycznych reakcji dzieci” oraz „zaburzenia uwagi z hiperreaktywnością”, spowodowane „minimalną mózgową dysfunkcją”. Podobnie ma się rzecz z ekspansją i rozpowszechnieniem pojęcia „depresja”, czy „zaburzenie osobowości”.

Nie tylko tworzone przez psychiatrów (medykalizujące) klasyfikacje przyczyniają się do zwiększenia obszaru działań psychiatrii. Ogromną rolę w kształtowaniu diagnoz psychiatrycznych pełnią psychofarmakologiczne kampanie

reklamowe i rządzące nimi reguły marketingu. Próbując stworzyć rynkowe nisze, fabryki leków próbowały także rozciągać kategorię choroby, podporządkowywać klasyfikację psychiatryczną skuteczności leków, które produkują. **D. Healy** stwierdza: „jak się często w medycynie zdarza, możliwość leczenia prowadzi do wzrostu rozpoznawania zaburzenia”³⁴. Przykładami są *Xanax* (alprazolam), i pojęcie *panic disorder*, *Valium* i definiowanie problemów psychicznych w kategoriach lęku, oraz *Prozak*, który rozszerzył i rozpowszechnił znaczenie depresji w psychopatologii. Ten ostatni antydepresyjny lek stworzył typy zaburzeń, które sam jest w stanie leczyć. *Prozak* postrzegany jest jako panaceum na ludzkie życiowe problemy („pigulka na szczęście”) i to nawet w przypadku nieobecności objawów ściśle chorobowych. Przyczynił się on do redefinicji pojęcia normy i patologii, a nawet „destygmatyzacji” choroby psychicznej. Dzięki temu tragiczna postać obłąkanego została zastąpiona klientem cierpiącym z powodu stresu i zaburzeń, których stosunkowo łatwo się pozbyć. Mówiąc bardziej ogólnie, wprowadzenie i stosowanie nowego leczenia jest wyznaczone nie tylko przez wewnętrzne naukowe i medyczne kryteria, ale również przez wiele towarzyszących im czynników społecznych. Jak powiada **Berrios**: „«ostateczny opis» symptomów jest skutkiem interakcji pomiędzy subtelnymi biologicznymi sygnałami (pochodzącymi z uszkodzonych miejsc w mózgu), a warstwami psychospołecznych kodów (hałasu) uczestniczących w procesie tworzenia symptomów”³⁵.

Przypisy

¹ G. E. Berrios: *The History of Mental Symptoms*. Cambridge 1997 Cambridge University Press. s. 16.

² E. Shorter: *A History of Psychiatry*. New York 1997 John Wiley & Sons, Inc. s. 65.

³ Należy jednak podkreślić, że do ustalenia nowoczesnego paradygmatu w psychiatrii, który stanowi punkt odniesienia dla psychiatrii dwudziestowiecznej, przyczyniły się dziewiętnastowieczne teorie lekarzy nie tylko niemieckich (np. Griesinger, Kahlbaum, Krafft-Ebing), ale również francuskich (np. Pinel, Esquirol, Cotard) i angielskich (np. Haslam, Prichard, Jackson). Zob. E. Shorter: dz. cyt. s. 369-393 (Shorter stara się ukazać społeczne konteksty powstawania psychiatrii) oraz G. E. Berrios, który stara się ukazać rolę psychiatrów z różnych kręgów językowych w powstawaniu różnego rodzaju zaburzeń np. zaburzeń poznania, nastroju, woli.

⁴ Zob. E. Kraepelin: *Lebenserinnerungen*. Berlin 1983 Springer s. 11-12.

⁵ Istnieją różnice w historii psychiatrii w różnych krajach. I tak: Niemcy zaoferowali przede wszystkim psychiatrię biologiczną: Francja terapeutyczne azyla, Stany Zjednoczone rozwój psychoanalizy, a pod koniec XX wieku rozwój psychiatrii biologicznej. Specjalnością angielską były terapia społeczna i środowiskowa. Zob. E. Shorter: *A History of Psychiatry*, s. 229.

⁶ Obserwacje Kraepelina stanowią syntezę pracy innych autorów jak B. Morel (1809–1873), L. Kahlbaum (1828–1899), czy E. Hecker (1843–1909). Ukazanie tła i ideowego kontekstu dzieła Kraepelina wymagałoby obszerniejszego opracowania.

⁷ E. S h o r t e r : *A History of Psychiatry*, s. 107. Możemy tylko dodać, że nie uczynił tego wyłącznie własnymi siłami.

⁸ Bleulerowskie pojmowanie schizofrenii było antycypowane przez dwóch psychiatrów wiedeńskich: Erwina Stranskiego (1877–1962), który używał pojęcia „ataksja intrapsychiczna” oraz Josefa Berze (1866–1958), który używał pojęcia „hypotonia świadomości”. Berrios stara się wykazać, że Kraepelin i Bleuler przynależą do wspólnej tradycji psychologii asocjacyjnej, w odróżnieniu od „holistycznego” podejścia Jacksona, czy Goldsteina.

⁹ Istnieje spór na ile postawa Meyera znajduje się w opozycji do poglądów Kraepelina. Okazuje się, że ta różnica wbrew późniejszej percepcji nie była tak duża. Ponadto kwestionuje się wielkość i niezależność myślenia amerykańskiego psychiatry, który przykładowo przyjął z entuzjazmem pomysł Henry Cottona, wrywania zębów swym pacjentom, czy usuwania części jelita, aby zapobiec prawdopodobnej przyczynie chorób psychiatrycznych, jaką mogła być „autointoksykacja”.

¹⁰ Wiele bakterii podejrzewano o udział w etiologii chorób psychicznych. Przykładowo schizofrenię łączono z syfilisem, gruźlicą, grypą, zogniskowaną infekcją.

¹¹ Elektrowstrząsy wywołały wielki entuzjazm wśród psychiatrów, chociaż, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, psychoanalicy (np. H. Sullivan) przeciwstawiali się im. Ponadto negatywny wizerunek elektrowstrząsów został rozpowszechniony przez późniejszy ruch antypsychiatryczny.

¹² E. B ä u m l e r : *Wielkie leki*. Warszawa 1995 Iskry, s. 5.

¹³ H. L e h m a n : *The Introduction of Chlorpromazine to North America*, „Psychiatric Journal of the University of Ottawa” 1989 14 s. 263.

¹⁴ Podają za Judith P. S w a z e y : *Chlorpromazine in Psychiatry. A Study of Therapeutic Innovation*. Cambridge, Massachusetts, and London 1974 The MIT Press, s. 96.

¹⁵ Zaintrygowały go materiały reklamowe CPZ, a szczególnie stwierdzenie, że lek działa „jak chemiczna lobotomia”.

¹⁶ W USA zgodę na licencje CPZ zakupił od Rhône-Poulenc nowy magazyn leków Smith Kline & French, chociaż jej prezes Francis Boyer był początkowo przekonany, że zakupuje przede wszystkim lek o działaniu przeciwwymiotnym, który nazwano *Thorazine*.

¹⁷ A. C a l d w e l l : *History of Psychopharmacology*. [w:] *Principles of Psychopharmacology*. Eds. W. C. Clark i J. Del Giudice New York 1978 Academic, s. 30.

¹⁸ Zob. W. O v e r h o l s e r : *Has Chlorpromazine Inaugurated a New Era in Mental Hospitals?* „Journal of Clinical Psychopathology”, 1956 17 s. 199–200.

¹⁹ H. B r i l l i e r. E. P a t t o n : *Analysis of population reduction in New York State mental hospitals during the first four years of large-scale therapy with psychotropic drugs*. „American Journal of Psychiatry”, 1959 116 s. 496.

²⁰ G. L. K l e r m a n : *Assesing the Influence of the Hospital Milieu upon the Effectiveness of Psychiatric Drug Therapy: Problems of Conceptualization and Research Methodology*. „Journal of Nervous and Mental Diseases”, 1963 137: s. 144–145.

²¹ Podaję za D.F. P a p o l o s : *Przewyciężyć depresję*. Poznań 1998 Rebis s. 153.

²² G. W i l k i n s o n : *Talking about Psychiatry*. London 1993 Gaskell s. 167.

²³ Większość leków psychiatrycznych ma jednak działanie nieswoiste. Nawet lit nie jest dzisiaj ideałem leku działające w jednej chorobie. Szczególnie nieswoiste działanie ma prozak, który jest skuteczny w depresji, nerwicy natręctw, napadach paniki, zaburzeniach odżywiania, zespole nadpobudliwości itp.

²⁴ W roku 1953 ukazała się fotografia (*Associated Press*), która przedstawiała chore na gruźlicę mieszkanki sanatorium Sea View na Staten Island, uśmiechające się w półkołu i klaszczące w dłonie, leczone iproniazidem, co było raczej efektem jego działania psychostymulującego, a nie radości z wyleczenia z gruźlicy.

²⁵ L.J. P o n g r a t z : *Psychiatrie in Selbstdarstellungen*. Berne 1977 Huber s. 219–257.

²⁶ Wcześniej najbardziej znanym środkiem przeciwdepresyjnym było produkowane z maku opium, które poprawiało nastrój.

²⁷ Liebig wypróbował wodzian chloralu jako środek nasenny dzięki fałszywym przypuszczeniom. Założył, że w krwi, która jest lekko zasadowa, związek ten rozłoży się m. in. na chloroform, którego działanie narkotyczne znane było lekarzom już od roku 1847. W organizmie wodzian chloralu przechodzi w trójchloroetanol.

²⁸ E. B ä u m l e r : *Wielkie leki*, s. 321.

²⁹ Zob. A. C. H i g g i t t , M. H. L a d e r , P. F o n a g y : *Clinical Management of benzodiazepine dependence*. „British Medical Journal”, 1985 **291** s. 688–690.

³⁰ Niedatowany wywiad z Coppenem przeprowadzony przez D. Healy; cytuję za: E. S h o r t e r : *A History of Psychiatry*, s. 321.

³¹ H.Y. M e l t z e r et al.: *Extrapyramidal Side Effects and Increased Serum Prolactin Following Fluoxetine, a New Antidepressant*. „Journal of Neural Transmission”, 1979 **45** s. 165–175.

³² Jego najbardziej jaskrawym przejawem akcentującym psychospołeczne podejście było sformułowane na gruncie amerykańskiej psychiatrii w latach 40. pojęcie „schizofreniczna matka” (Frieda Fromm-Reichman). W latach 80., szczególnie w USA, psychoanaliza zaczęła być postrzegana jako niebezpieczny system spekulacji, który w imię teoretycznych założeń nie dostrzegał jawnych faktów.

³³ WEOS Radio 89.7 FM Genewa, New York 01.24.96.

³⁴ D. H e a l y : *The History of British Psychopharmacology*. [w:] *150 Years of British Psychiatry* (tom II). Eds. H. F r e e m a n i G. E. B e r r i o s London 1996 Athlone s. 74.

³⁵ G.E. Berrios: *The History of Mental Symptoms*, s. 1.

Recenzent: doc. dr hab. Bożena Urbanek

Andrzej Kapusta

TWENTIETH-CENTURY PSYCHIATRY IN WESTERN EUROPE AND THE USA
– AN ATTEMPT AT A RETROSPECTION

The article analyzes various areas of twentieth-century psychiatry: (1) a number of ideas whose roots date to the second half of the 19th century, including the ideas of biological psychiatry, constitutional psychiatry and behavioural therapy; (2) the emergence of a modern paradigm of mental disease and the contribution made to that field by Kraepelin and Bleuler; (3) attempts to find new effective solutions, especially with regard to biological therapy; (4) an overview of the problems and dilemmas of contemporary psychiatry.

Special emphasis has been put in the article on the stages and dimensions of the so-called "psychopharmacological revolution" and the history of the development of various groups of psychiatric drugs (chlorpromazine and the first psychiatric drugs, soporifics and sedatives, antidepressants). The author makes an attempt to point out the fundamental dilemmas of contemporary psychiatry, especially the dangers it faces from other branches of medicine and non-medical disciplines, as well as from mass culture and commercialization.