



WALDEMAR SZELENBERGER

Narodziny psychiatrii. Refleksje na temat mijającego stulecia

The birth of psychiatry. Reflections on the passing century

Dziewiętnasty wiek przekazał naszemu stuleciu zaczątki opisu i klasyfikacji zaburzeń psychicznych, a także bezosobowy, osadzający stosunek do chorych, którego szczególnie trafną, współczesną ilustracją jest *Lot nad kukulczym gniazdem* Kena Keseya [5]. W dziewiętnastym stuleciu istniały już podręczniki psychiatrii, np. sławne dzieło Esquirola [2], ale dopiero Kraepelin stworzył diagnostykę, która przetrwała próbę czasu [6]. Z podręcznika Kraepelina ciągle można się uczyć szczegółowej psychopatologii i naturalnego przebiegu chorób psychicznych, niezmodyfikowanego przez leki psychotropowe. Jest to niezwykle skrupulatny, ale oschły opis objawów i zachowań, tak jakby to lekarz był oddzielony szklaną przegrodą, bez żadnej próby zrozumienia psychiki chorego. Wydaje się, że ten pierwszy powszechnie przyjęty inwentarz zaburzeń psychicznych nie wpłynął korzystnie na los chorych. Sprzyjał on etykietowaniu, determinującemu całe życie pacjenta. Kraepelin uważał, że rokowanie w *dementia praecox* jest w zasadzie niepomyślnie, przyznawał jednak, że u 16% chorych może nastąpić samoistna remisja. Do czasu wprowadzenia neuroleptyków w latach pięćdziesiątych była to jedyna nadzieja dla wielu pokoleń pacjentów. Eugen Bleuler zdjął z chorych na schizofrenię piętno demencji, ale nie poprawiło to rokowania, ponieważ przez całe dziesięciolecie uważano, że objawy osiowe znikają z nieodwracalnego procesu chorobowego [1]. Wobec braku skutecznej terapii nie zmniejszył się lęk przed chorymi. Liczne objawy, których dziś nie spotykamy, np. częstej niegdyś hebefrenii, były może tylko rozpaczliwym krzykiem protestu osób traktowanych jak eksponaty w kolekcji osobliwości. Bładość afektywna jest wyrazem chłodu uczuciowego tyleż samo u pacjenta, co i u lekarza. Dopiero psychiatria dynamiczna, a zwłaszcza antypsychiatria [8] pozwoliła zrozumieć przeżycia pacjentów i traktować ich po ludzku. To zyczliwe traktowanie było także istotą psychoterapii stosowanej przez Carla Rogersa. Stworzył on psychoterapię bez skomplikowanej frazeologii, z jednym tylko założeniem, a mianowicie, że człowiek może wrócić do równowagi psychicznej, jeśli się go rozumie, akceptuje i nie zasłania przed nim swoich uczuć żadną maską [11]. Przełom w traktowaniu chorych jest niepodważalną zasługą kierunków psychologicznych. Warto tu także wspomnieć o idei społeczności terapeutycznej, która przyczyniła się do złagodzenia feudalnych zależności w szpitalach psychiatrycznych. Kierunki psychologiczne nie wpłynęły jednak znacząco na postęp w psychiatrii. Arbitralny podział na zaburzenia psychogenne, w których należy stosować psychoterapię, i endogenne, które leczy się środkami farmakologicznymi, hamował rozwój poznawczy. Psychoterapia okazała się poza tym znacznie droższa niż leczenie biologiczne, a w psychozach została zarzucona. Ostry podział na psychiatrię psychodynamiczną i biologiczną do lat osiemdziesiątych przypominał raczej rywalizację partii politycznych niż kierunków naukowych. Fuller Torrey sztydł, że należy oczekiwać rychłego końca psychiatrii, gdyż

w zaburzeniach psychogennych stosuje się psychoterapię, więc zajmą się nimi psycholodzy, zaburzenia organiczne już przejmują neurologi, bo psychiatrzy się nimi nie interesują, zajęci zaburzeniami endogennymi, czyli niejasnego pochodzenia. Jeśli patogeneza zaburzeń endogennych w końcu się wyjaśni, zajmą się nimi, zależnie od etiologii, albo psycholodzy, albo neurologi, a psychiatrzy będą musieli szukać innej pracy [3]. Zwolennicy psychiatrii dynamicznej nie interesowali się mózgiem, a psychoterapię uznawali za jedyne leczenie przyczynowe. Stosowanie leków psychotropowych w nerwicach uważali za błąd, bo mogło to zmniejszyć motywację do psychoterapii, a także i dlatego, że ich zdaniem leki te przynoszą tylko objawową ulgę. Koncepcje psychiatrów biologicznych z kolei raziły prymitywizmem w porównaniu z teoriami psychodynamicznymi, ale to rozwój psychofarmakologii wyznacza dziś postęp w całej psychiatrii. Wprowadzenie neuroleptyków w latach pięćdziesiątych zmieniło ażyle dla obłąkanych w zwykłe oddziały szpitalne. Wprowadzenie neuroleptyków atypowych zaczyna zdejmować piętno nieuleczalności w przypadku negatywnych objawów schizofrenii.

Leki przeciwdepresyjne okazały się skuteczne także w zaburzeniach lękowych i obsesyjno-kompulsyjnych. Prozac nobilitował depresję w opinii społecznej, jest on ponadto skuteczny nie tylko w depresjach „endogennych”, ale także i w dystymii oraz innych postaciach zaburzeń afektywnych uznawanych dotychczas za psychogenne. Potem dopiero odkryto, że stare leki trójpierścieniowe są równie skuteczne w tych formach depresji i jedynie przesąd powodował, że nie były stosowane [7]. Większa skuteczność terapii wyraźnie odmitologizowała zaburzenia psychiczne i zmniejszyła stygmatyzację chorych. Dotyczy to zwłaszcza depresji. Do przychodni zgłasza się coraz więcej pacjentów, których dolegliwości są jeszcze poniżej progu przewidzianego przez aktualne systemy diagnostyczne. Wydaje się, że wyjaśnia to pozorny wzrost zapadalności na depresje, sygnalizowany w ostatnich latach [10]. Badania podstawowe dostarczają dowodów, że dotychczasowy podział na zaburzenia psychogenne, podległe i organiczne jest przestarzały. Na przykład, w typowo psychogennym zaburzeniu, reakcji na stres, zanikają rozgałęzienia dendrytów w hipokampach [9]. Amerykańskie klasyfikacje DSM-III i DSM-IV ułatwiły rozwój neurofizjologii zaburzeń psychicznych, znosząc ograniczenia wynikające z tradycyjnej nozologii. Mimo że są to klasyfikacje z założenia tymczasowe, ich autorzy cały czas inkorporują wyniki aktualnych badań, choć unikają wygłaszania dogmatów. Nowe techniki neuroobrazowania stanów czynnościowych, fMRI, PET, SPECT, tomografia elektroencefalograficzna (LORETA), pozwalają zlokalizować obszary mózgu o zmienionej aktywności w różnych zaburzeniach psychicznych. Bliski już się wydaje czas, kiedy psychopatologię można będzie oprzeć na patofizjologii, co zakończy długi okres psychiatrii „bez mózgu”. Badania Kandela nad fizjologią lęku wykazały, że nie ma zasadniczej różnicy w mechanizmie działania środków psychotropowych i psychoterapii, punktem uchwytu zawsze są synapsy neuronów. Długotrwały lęk, a także jego leczenie, powodują zmiany w ekspresji genów [4]. Skończył się kartezyjański dualizm: wszystkie zaburzenia psychiczne są zaburzeniami organicznymi. Tegoroczna nagroda Nobla dla Erica Kandela świadczy o narodzinach psychiatrii jako nauki medycznej.

Czy w nadchodzącym stuleciu empatia stanie się staromodna?

PIŚMIENNICTWO

1. Bleuler E: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien 1911.
2. Esquirol E: *Des Maladies Mentales*. Librairie Médicale et Scientifique de J.B. Tircher, Bruxelles 1838.
3. Fuller Torrey E: *The Death of Psychiatry*. Chilton Book Co, Radnor 1974.

4. Kandel ER: A new intellectual framework for psychiatry. *Am. J. Psychiatry* 1998, 155, 457–469.
5. Kesey K: *Lot nad kukułczym gniazdem*. Wydawnictwo Da Capo, 1995.
6. Kraepelin E: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1903.
7. Kramer PD: *Wysłuchując się w Prozac. Przełom w psychofarmakoterapii depresji*. Jacek Santorski & Co, Warszawa 1995.
8. Laing RD: *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*. Penguin Books, Harmondsworth 1972.
9. Magarinos AM, Deslandes A, McEwen BS: Effects of antidepressants and benzodiazepine treatments on the dendritic structure of CA3 pyramidal neurons after chronic stress. *Eur. J. Pharmacol.* 1999, 371, 113–122.
10. Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH: A 40-year perspective on the prevalence of depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000, 57, 209–215.
11. Rogers CR: *Client-centered Therapy*. The Riverside Press, Cambridge, Mass 1951.

Prof. Waldemar Szelenberger
Katedra i Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej,
ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa