Z historii wprowadzenia leków antypsychotycznych

Marcin Dolecki

Muzeum Farmacji im. mgr farm. Antoniny Leśniewskiej (Oddział Muzeum Warszawy)

Adres do korespondencji: Marcin Dolecki, Muzeum Farmacji im. mgr farm. Antoniny Leśniewskiej (Oddział Muzeum Warszawy), ul. Piwna 31/33, 00-265 Warszawa, maarcindol@wp.pl

Niezależnie od tego, w jaki sposób próbowaloby się zdefiniować „normalność” – jeśli w ogóle jest to możliwe – okazuje się, że zachowanie niektórych osób nie spełnia wyznaczonych kryteriów. Od początku istnienia cywilizacji część ludzi miała trudności z dostosowaniem się do funkcjonowania w społeczeństwie, byli postrzegani jako „inni”. Jeśli ich działanie było destruktywne wobec nich samych oraz otoczenia, byli uznawani np. za przestępców lub za opętanych przez złe moce; takie osoby izolowano lub karano, nierzadko okrutnie. Jeśli natomiast ich odmienność postrzegano pozytywnie, byli nawet nazywani posłańcami bogów. Nierzadko bywało tak, że przez jednych byli uwielbiani i otaczani czcią, a przez innych prześladowani i pogardzani. Część tych osób prawdopodobnie cierpiała na zaburzenia psychiczne – według współczesnych kryteriów diagnostycznych.

Skuteczne leki na ciężkie zaburzenia psychiczne zostały wprowadzone dopiero w latach 50. XX w. Aby zrozumieć, do jakiego przełomu w psychiatrii doprowadziło ich zastosowanie, omówię wcześniejsze, często drastyczne lub nieskuteczne próby terapii. Psychiatria jest dziedziną medycyny bardziej niż inne podatną na aktualne trendy kulturowe, w tym filozoficzne, dlatego trudno mówić o dziejach leczenia zaburzeń psychicznych w oderwaniu od ich kontekstu społecznego i kulturowego.

Jednym z najwcześniejszych poprzedników szpitala psychiatrycznego było greckie sanktuarium Asklepiosa na Epidauros. Hipokrates (460-ok. 375 p.n.e.) to jeden z pierwszych medyków, którzy sądzili, że zaburzenia psychiczne nie są wynikiem działania sił nadprzyrodzonych, lecz konsekwencją nieprawidłowej budowy oraz

From the History of Introduction of Antipsychotic Drugs · The aim of this article is to present the importance of the discovery of antipsychotic drugs to the therapy of mental disorders. The use of chlorpromazine in the early fifties of the 20th century was the moment of breakthrough in the history of psychiatry. For the very first time a real medical help became available for people suffering from severe mental disorders, i.a., schizophrenia. This drug (and others, discovered later) enabled them to live a productive, satisfying life. The theme is presented on the broad background of the history of psychiatry, in order to emphasize the meaning of this breakthrough to the medical practice.

Keywords: history of psychiatry, chlorpromazine, antipsychotic drugs.

© Farm Pol, 2019, 75(1): 17–23

funkcjonowania ciała. Ówczesny stan wiedzy medycznej nie dawał jednak możliwości sprawdzenia tego przypuszczenia, dlatego jego koncepcja przez wiele stuleci pozostawała w cieniu, a osoby chore izolowano, zaś w Europie w średniowieczu oraz we wczesnej epoce nowożytnej nierzadko bywało tak, że takich ludzi egzorcyzmowano, otwierano im czaszki lub nawet skazywano na śmierć – jeśli uznano, że ich stan był wynikiem konszachtów z diabłem.

W IV w. powstały ośrodki przeznaczone wyłącznie dla osób psychicznie chorych w Konstantynopolu oraz w Jerozolimie. Pierwsze szpitale dla osób psychicznie chorych powstały w Bagdadzie, Fezie i w Kairze na początku VIII w., zaś w Europie były zakładane od XIII w. Najstarszym był Bethlehem Hospital w Londynie, założony w 1247 r., znany również pod nazwami: Bethlehem oraz Bedlam – miejsce, które stało się później inspiracją wielu pisarzy, a także reżyserów (m.in. Marka Robsona, który w 1946 r. nakręcił film *Bedlam*, z Borisem

Karloffem, aktorem dobrze znanym miłośnikom klasycznych horrorów).

Ludwik XIV (1643–1715) w 1656 r. stworzył państwowy system szpitali dla umysłowo chorych, jednak nie oferowano w nich żadnej skutecznej formy terapii. W epoce oświecenia podejście do pacjentów stało się bardziej humanitarne, co zaowocowało pod koniec XVIII w. m.in. rezygnacją z zakuwania pacjentów w łańcuchy, co zazwyczaj, chociaż niezbyt słusznie, uważa się za zasługę Philippa Pinela (1745–1826) i postrzega się jako symboliczny moment zwrotny w traktowaniu pacjentów oraz narodzin psychiatrii [1]. Pinel w przypadku agresywnych pacjentów zalecał stosowanie kaftanów bezpieczeństwa zamiast łańcuchów.

Strach przed ludźmi chorymi psychicznie powoli, ale stopniowo zaczął ustępować miejsca współczuciu, co stanowiło konieczny warunek starań o poprawę jakości życia chorych i możliwość ich powrotu do życia w społeczeństwie. Tym niemniej, drastyczne warunki obchodzenia się z takimi osobami były powszechne również później, dla przykładu można podać następujący XIX-wieczny opis: „trudno wyobrazić sobie coś bardziej wstrząsającego od widoku obłąkanego irlandzkiego wieśniaka [...] Jeżeli chory jest silnym, sprawnym fizycznie człowiekiem, wsadza się go do wykopanej na środku chaty, przykrytej kratą jamy, w której nie może się nawet wyprostować. Dziura zwykle głęboka jest na pięć stóp. Nieszczęśnik dostaje tam jedzenie i tam w końcu umiera” [2].

Psychiatria stała się jedną z dyscyplin medycznych dopiero w pierwszej połowie XIX w. Termin ten, pochodzący z greki (ψυχιατρική, *psychiatrikē*), został pierwszy raz użyty przez Johanna Christiana Reila (1759–1813) w 1808 r., założyciela pierwszego czasopisma psychiatrycznego: „Magazin für psychische Heilkunde” (1805). Przez około sto następnych lat psychiatrzy zajmowali się głównie pacjentami przebywającymi w zakładach zamkniętych, podczas gdy osoby z drobniejszymi dolegliwościami psychicznymi, nie wykluczającymi funkcjonowania w społeczeństwie, były leczone przede wszystkim przez neurologów, m.in. w sanatoriach. Uważano bowiem, że ich dolegliwości spowodowane były „rozstrojeniem nerwów” [3], a zatem określane w sposób, który zwykle nie powodował społecznej stygmatyzacji. Tadeusz Nasierowski, psychiatra i historyk psychiatrii, pisał: „specyfika psychiatrii, niejako sama w sobie, sprawiała, że psychiatria i psychiatrzy z jednej strony byli przedmiotem najwyższego uznania, z drugiej zaś najwyższej pogardy. Źródło owej polaryzacji stanowisk społecznych stanowiła i stanowi rozbieżność oczekiwań kierowanych w stronę psychiatrii, która według jednych ma stać na straży interesów

jednostki, zaś według innych – bronić interesów społeczeństwa” [4].

Poglądy na temat genezy chorób i zaburzeń psychicznych znajdują odzwierciedlenie w terminologii. W XVIII w. do określania najbardziej poważnych zaburzeń psychicznych używano m.in. następujących terminów: *insanity*, *madness*, *folie*, *Geistesstörung*, *Verrücktheit*, a w polszczyźnie: *obłąd*, *obłąkanie* [5]. Tego typu określenia nie tyle charakteryzowały zaburzenia, co stygmatyzowały chorych. Termin *schizofrenia* został wprowadzony przez Eugena Bleulera (1857–1939) w 1911 r. Do początków XX w. psychiatrów nazywano *alienistami*.

W psychiatrii tradycyjnie istnieją dwa podstawowe podejścia w kwestii przyczyn tych zaburzeń: biologiczne oraz psychologiczne. Chociaż mogą one uzupełniać się wzajemnie, w przeszłości stanowiły wobec siebie ostrą konkurencję.

Jednym z najbardziej znanych przedstawicieli nurtu psychologicznego był Zygmunt Freud (1856–1939), który uważał, że konflikty wewnątrz psychiki są podstawową przyczyną rozwoju nerwic. Psychoanaliza zyskała znaczne grono zwolenników na całym świecie, jednak z czasem coraz częściej poddawano w wątpliwość jej naukowy charakter. Początkowo była metodą stosowaną przede wszystkim do leczenia mniejszych zaburzeń psychicznych, głównie nerwic, jednak później próbowano wykorzystywać ją także m.in. w terapii schizofrenii. Freud zdawał sobie sprawę z jej ograniczeń, we *Wstępie do psychoanalizy* podkreślił: „kiedy stosujemy wobec chorego nową dla niego technikę lekarską, staramy się w zasadzie zaoszczędzić mu przykrych stron tej techniki i dajemy mu optymistyczne obietnice na temat skuteczności kuracji. [...] Skoro jednak chodzi o neurotyka, wobec którego mamy zastosować psychoanalizę, postępujemy inaczej. Mówimy mu o trudnościach metody, o jej trwaniu, o wysiłkach i ofiarach, które za sobą pociągają, a co się tyczy jej powodzenia – oświadczamy, że trudno coś przyrzec z całą pewnością, wiele zależy od zachowania się chorego, od jego zrozumienia dla sprawy, umiejętności przystosowania się, wytrwałości” [6].

Psychoanaliza miała bardzo silną pozycję w środowisku medycznym w USA do lat 70., co doprowadziło wielu terapeutów do pewności siebie graniczącej z butą. Niektórzy z nich nawet próbowali diagnozować swoich przeciwników, sugerując, że mają oni nieprzepracowane traumy i stosują rozmaite wyparcia, co jeszcze bardziej podważyło naukowy charakter psychoanalizy, która coraz bardziej była traktowana jako ideologia, zwłaszcza że była później stosowana przez samego jej twórcę do prób wyjaśniania zjawisk kulturowych [7].

Pierwszy raz nadzieja na realną pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi pojawiła się dopiero w okresie I wojny światowej, gdy Julius Wagner-Jauregg (1857–1940), austriacki psychiatra, opracował metodę stosowania gorączki malarycznej do leczenia kiły układu nerwowego. Próby leczenia jednej choroby za pomocą innej, również poważnej, była dość drastyczna, stanowiła jednak przełom w dotychczasowym leczeniu chorób psychicznych i przyczyniła się do pokonania głęboko zakorzenionego terapeutycznego nihilizmu. Wagner-Jauregg został uhonorowany Nagrodą Nobla w 1927 r. – dotychczas jako jedyny psychiatra [8].

Osoby cierpiące na psychozy zasadniczo zazwyczaj izolowano w okresach pogorszenia, w mniej lub bardziej przyjaznych warunkach lub stosowano tzw. metody fizyczne, w większości opracowane w latach 30., takie jak lobotomia, elektrowstrząsy [9], śpiączka barbituranowa (początki jej stosowania sięgają lat 20.), a także szoki wywołane insuliną [10] lub metrazolem (kardiazolem). Skuteczność takiego postępowania była ograniczona, jeśli nawet udało się uzyskać poprawę, nie rzadko bywała ona krótkotrwała, a skutki uboczne mogły być bardzo poważne. Podanie wysokich dawek insuliny powodowało niekiedy niepożądaną śpiączkę (w przeciwieństwie do płytkiej, kilkuminutowej, która była celowo wywoływana), natomiast próby leczenia schizofrenii innym preparatem powodującym śpiączkę, Somnifenem (będącym połączeniem barbituranów), doprowadziły do zgonu ok. 5% pacjentów [11].

Elektrowstrząsy miały bardzo „złą prasę”, do której przyczyniła się między innymi słynna powieść Kena Keseya, *Lot nad kukulczym gniazdem* (1962, była najpierw wystawiana jako sztuka teatralna, a później zekranizowana, jedną z głównych ról zagrał Jack Nicholson), w której przedstawiono drastyczny, nieprawdziwy obraz stanu ludzi po zastosowaniu tej metody, rzekomo prowadzącej prawie do „wypalania mózgu od środka”. Sami pacjenci zwykle obawiali się ich mniej niż bardzo nieprzyjemnych drgawek wywoływanych przez metrazol. Jeden z psychiatrów wspominał w latach 70., że porzuciłby psychiatrię, gdyby nie znał możliwości, jakie dawały elektrowstrząsy [12].

Jedną z najbardziej kontrowersyjnych metod fizycznych była lobotomia, nazywana także leukotomią, opracowana przez Egasa Moniza (1874–1955), portugalskiego neurologa i polityka, laureata Nagrody Nobla w 1949 r. (otrzymał ją wspólnie z Walterem Hessem). Polegała ona na zniszczeniu części jednego z czołowych płatów mózgu i była stosowana wobec osób cierpiących na schizofrenię. W tym samym roku, w którym przyznano Monizowi to najwyższe wyróżnienie naukowe, został on postrzelony na ulicy przez osobę

z zaburzeniami psychicznymi, ale przeżył ten atak. Do możliwych najpoważniejszych skutków ubocznych tej metody należy epilepsja. W latach 40. i 50. ponad 40 000 Amerykanów zostało poddanych lobotomii [13]. Stosowano jej dwie podstawowe odmiany: przedczołową (preferowaną przez Moniza) oraz przezoczodołową. Wykonanie lobotomii tą drugą metodą zostało opisane m.in. w rozmowie dwóch lekarzy z lat 40.: „biorę chirurgiczne dłuto, podobne do przecinaka do kruszenia lodu, trzymam je o tak, przebijam kość tuż nad gałką oczną, dostaję się do mózgu, po czym, kręcąc dłu-tem wkóło, przecinam włókna nerwowe – mniej więcej w ten sposób [...] Pacjent nic nie czuje” [14]. Również obecnie jest ona sporadycznie przeprowadzana, np. w Szwecji średnio pięć osób rocznie jest poddawanych temu zabiegowi [15].

* * *

Środkami farmakologicznymi, podawanymi osobom z zaburzeniami psychicznymi, były początkowo m.in. substancje o działaniu przeczyszczającym. Takie preparaty stosowano w psychiatrii jeszcze w XIX w. Nawet w latach 20. XX w. część angielskich psychiatrów zalecała stosowanie oleju krotonowego, jednego z najsilniejszych oraz najbardziej niebezpiecznych preparatów o takim działaniu, pozyskiwanego z rośliny *Croton tiglium*. Już kilka kropli tej substancji może spowodować śmierć w wyniku ostrego zapalenia jelit. Od początku epoki nowożytnej (do XIX w.) stosowano także ciemnyżycę (*Veratrum viride*), która powodowała zwolnienie akcji serca oraz działała wymiotnie. Od połowy XIX w. chorych uspokajano m.in. zastrzykami z morfiny.

W XIX w. głównymi preparatami stosowanymi w zaburzeniach psychicznych były leki uspokajające (*sedativa*). Pierwszym środkiem o działaniu uspokajającym oraz usypiającym otrzymanym na drodze przemian chemicznych był wodzian chloralu. Odkrył go w 1832 r. Justus von Liebig (1803–1873) [16]. Substancja ta mogła powodować uzależnienie, ponadto była niesmaczna i powodowała nieprzyjemny zapach z ust. W połowie XIX w. zaczęto stosować w medycynie związki bromu. Sole tego pierwiastka stosowano w leczeniu padaczki oraz jako środek uspokajający. Stały się one popularne w zakładach psychiatrycznych m.in. dlatego, że były tańsze od chloralu. Na początku XX w. próbowano leczyć psychozy przedłużonym, zwykle kilkudniowym, snem bromowym (metoda Macleoda), jednak bez większych sukcesów. Problem związany ze stosowaniem soli bromu (przede wszystkim bromku potasu) polegał na tym, że związki te bywały skuteczne dopiero w dawce zbliżonej do toksycznej, dlatego dosyć szybko zostały zastąpione

Rycina 1. Ze zbiorów Muzeum Farmacji im. mgr Antoniny Leśniewskiej (fot. Marcin Dolecki)

przez barbiturany, przede wszystkim przez barbitał (kwas dwuetylobarbiturowy, 1903, sprzedawany przez Bayera jako Veronal oraz przez firmę Schering jako Medinal). Innym barbituranem, używanym do dziś w niektórych krajach przy leczeniu padaczki, jest wprowadzony na rynek w 1912 r. przez Bayera luminal (kwas fenyloetylobarbiturowy) [17]. Veronal oraz luminal były popularne również w Polsce, zostały uwzględnione w *Farmakopei Polskiej II* (rycina 1) [18].

Momentem przełomowym w psychiatrii okazało się wprowadzenie chlorpromazyny (1952) przez francuską firmę farmaceutyczną Laboratoires Rhône-Poulenc. Lek ten był dostępny w handlu pod nazwą *Largactil*, a dwa lata później w USA jako *Thorazine*. Chlorpromazyna została odkryta dwa lata wcześniej przez Paula Charpentiera. Zastosowanie tej substancji do celów medycznych badali m.in.: Simone Corvouisier – kierowniczka oddziału farmakologii w Rhône-Poulenc, zajmująca się m.in. eksperymentami nad wpływem chlorpromazyny na szczury (stwierdziła, że nie reagują one na bodźce, wcześniej wywołujące u nich odruchy warunkowe), Henri-Marie Laborit – chirurg zajmujący się zagadnieniem sztucznej, farmakologicznie wywołanej hibernacji (bez utraty przytomności), Jean Delay (1907–1987) – wybitny intelektualista: psychiatra, neurolog, pisarz, członek Akademii Francuskiej, dyrektor paryskiego Szpitala św. Anny, a także Pierre Deniker (1917–1998) – psychiatra pracujący w szpitalu, który razem z Delayem sprawdzał działanie chlorpromazyny na pacjentach [19]. Chlorpromazyna była pierwszym lekiem przeciwpsychotycznym, czyli neuroleptykiem [20].

Pod koniec lat 50. została wprowadzona do leczenia również w naszym kraju [21]. Chlorowodorek chlorpromazyny został wymieniony w *Suplemencie II do Farmakopei Polskiej III*, opublikowanym w 1959 r. [22]. Ma ona postać białego proszku, bez zapachu, dobrze rozpuszczalnego w rozpuszczalnikach polarnych (rycina 2).

Należy podkreślić, że odkrycie właściwości tej substancji nie było dziełem przypadku, jak to nie rzadko bywało w przeszłości z lekami, lecz efektem prac wielu ludzi związanych z wielkim koncernem, oraz zaangażowania znacznych środków materialnych na badania. Większość leków stosowanych obecnie w psychiatrii zostało zaprojektowanych przez naukowców.

Chlorpromazyna dość skutecznie usuwała objawy schizofrenii, objawy manii w zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym, a także objawy halucynacji alkoholowych, pomimo tego że miała również poważne skutki uboczne, m.in. przyrost wagi, trudności z poruszaniem się, zespół objawów przypominających chorobę Parkinsona (tzw. parkinsonizm polekowy, nieznany wcześniej) oraz senność. Pozytywne skutki jej stosowania zostały w następujący sposób opisane w *Lekach współczesnej terapii*: „wykazuje silne działanie uspokajające, silne przeciwwytwórcze, umiarkowane przeciwaustyczne, wywiera umiarkowany wpływ na układ pozapiramidowy, umiarkowany na układ autonomiczny” [23].

Leki nowszych generacji, np. olanzapina otrzymana w laboratoriach Eli Lilly Company i sprzedawana pod oryginalną nazwą *Zyprexa*, wprowadzona w USA w 1996 r. do leczenia schizofrenii oraz zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, wywoływały zazwyczaj mniej skutków ubocznych [24]. W *Leksykonie leków* stwierdzono, że: „od czasu wprowadzenia leków neuroleptycznych do leczenia psychiatrycznego okres hospitalizacji bardzo się skrócił, można było otworzyć oddziały [...], znieść środki przymusu bezpośredniego” [25].

Niekiedy znaczenie zastosowania chlorpromazyny było porównywane do przełomu w leczeniu chorób bakteryjnych spowodowanych wprowadzeniem penicyliny i ugruntowało pozycję zwolenników podejścia biologicznego w psychiatrii. Po raz pierwszy bowiem okazało się, że ludziom z poważnymi problemami psychicznymi można naprawdę pomóc za pomocą środków farmakologicznych, że mogą oni powrócić do produktywnego, satysfakcjonującego życia. Chlorpromazyna bywa stosowana również obecnie, w tym względzie również można dostrzec analogię do penicyliny, której stosowanie nie zostało całkowicie wyparte przez nowsze antybiotyki.

W 1949 r. John Cade opublikował wyniki badań nad zastosowaniem soli litu do leczenia objawów

fazy manii w zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym, okazało się, że sole litu: węglan oraz cytrynian, skutecznie usuwały objawy manii [26]. Tym niemniej, leki zawierające ten pierwiastek zostały oficjalnie dopuszczone do obrotu handlowego w USA dopiero w 1970 r. W Polsce węglan litu był stosowany w leczeniu już przed wojną, jest wymieniony w *Farmakopei Polskiej II* [27]. Związek ten wchodził m.in. w skład preparatu Litosal, stosowanego w leczeniu dny moczanowej [28].

W 1963 r. wprowadzono do leczenia psychiatrycznego diazepam (zsyntetyzowany cztery lata wcześniej przez Leona Henryka Sternbacha (1908–2005), absolwenta Uniwersytetu Jagiellońskiego (UJ), wieloletniego pracownika koncernu farmaceutycznego Hoffman–La Roche. Sternbach był tytanem pracy, przeszedł na emeryturę dopiero w dziewięćdziesiątym piątym roku życia [29]. Opracowany przez niego lek był sprzedawany przez ten koncern pod nazwą *Valium* i stał się jednym z najbardziej rozpoznawalnych preparatów psychiatrycznych. Ma działanie usypiające, przeciwłękowe i przeciwdrgawkowe, powoduje także rozluźnienie mięśni. Stosuje się go w przypadku zachowań agresywnych, a także do leczenia alkoholizmu oraz padaczki. W Polsce został wprowadzony do leczenia w 1969 r. pod nazwą *Relanium* [30]. Jest to preparat uzależniający przy dłuższym stosowaniu – podobnie zresztą jak wiele innych substancji stosowanych w psychiatrii. W 1986 r. na rynku pojawił się chlorowodorek fluoksetyny, lek o działaniu przeciwdepresyjnym oraz ograniczający zaburzenia obsesyjno–kompulsywne. Bardzo szybko zyskał on popularność na całym świecie, gdy dwa lata później zaczął być produkowany przez amerykańską firmę Eli Lilly pod nazwą *Prozac*. Stał się substancją wyjątkowo „medialną”, w przeszłości entuzjastycznie reklamowaną przez niektórych dziennikarzy jako „pigulka szczęścia”, późniejsze badania nie dowiodły jednak jej rzekomej nadzwyczajnej skuteczności w leczeniu depresji.

Leki psychotropowe można podzielić na leki psychiatryczne (przeciwłękowe, neuroleptyczne, przeciwdepresyjne), leki o niewybiórczym działaniu hamującym ośrodkowy układ nerwowy (uspokajające oraz nasenne), a także leki w wybiórczy sposób pobudzające korę mózgową (psychoanaleptyczne) [31].

Paradoksalnie, pomimo wielkich sukcesów w powojennej psychiatrii, wiele praktyk postępowania wobec pacjentów szpitali psychiatrycznych było na tyle źle postrzeganych społecznie, że w wyniku działań ich krytyków powstała tzw. antypsychiatria, będąca wpływowym nurtem nie tylko w medycynie, ale również i kulturze krajów zachodnich w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX w. Jednym z jej celów było poddanie

Rycina 2. Ze zbiorów Muzeum Farmacji im. mgr Antoniny Leśniewskiej (fot. Marcin Dolecki)

w wątpliwość zasadności używania terminu *choroba psychiczna* [32], a co za tym idzie – zamykania pacjentów w szpitalach psychiatrycznych. W Polsce popularyzatorem niektórych idei antypsychiatrii był Kazimierz Jankowski, autor książki *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej* [33]. Jednym z głównych skutków działań przedstawicieli tego nurtu było stopniowe zastępowanie terminu *choroba psychiczna* terminem *zaburzenie psychiczne* (*mental disorder*) w praktyce psychiatrycznej oraz z publikacjach naukowych. W klasyfikacji chorób ICD–10, ogłoszonej w 1993 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), nie występuje już określenie *choroba psychiczna*.

* * *

Początki instytucjonalnej opieki w Polsce nad osobami z zaburzeniami psychicznymi sięgają XVI w. W Krakowie w 1534 r. powstała placówka o nazwie *domicilium pro fovendis et curandis mente capitatis*, w Gdańsku w 1542 r. założono *Pockenhaus* (dom ospy), w którym przyjmowano

również pacjentów chorych psychicznie [34]. W tego typu ośrodkach jeszcze w XVIII w. karano pacjentów m.in. zmniejszaniem racji żywnościowych [35]. Pierwszym polskim podręcznikiem psychiatrii była praca *O chorobach umysłowych* (1845), autorstwa Bartłomieja Frydrycha (1800–1867), lekarza i oficera biorącego udział w Powstaniu Listopadowym [36]. Uniwersyteckie katedry psychiatrii powstały w Polsce po I wojnie światowej. W 1951 r. utworzono Instytut Psychiatrii i Neurologii. W 1992 r. Instytut otrzymał status ośrodka współpracującego ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) w zakresie badań naukowych i szkolenia w dziedzinie zdrowia psychicznego [37].

Pionierem psychoanalizy w Polsce był Ludwik Jekiels (1867–1954), bliski współpracownik Freuda. Pozostawione przez niego materiały i dokumenty stanowią część kolekcji Freuda, przechowywanej w amerykańskiej Bibliotece Kongresu. Do najwybitniejszych polskich psychiatrów XX wieku należeli: Jan Mazurkiewicz (1871–1947), Tadeusz Bilikiewicz (1901–1980), Antoni Kępiński (1918–1972) oraz Andrzej Jus (1914–1992). Mazurkiewicz w latach 1919–1947 kierował Katedrą i Kliniką Psychiatryczną Uniwersytetu Warszawskiego. Bilikiewicz był lekarzem oraz historykiem psychiatrii, jednym z prekursorów obowiązujących obecnie metod diagnostycznych. Z jego podręcznika *Psychiatria kliniczna* (wydanego siedmiokrotnie w latach 1957–1989) korzystało kilka pokoleń lekarzy. Kępińskiego zalicza się do tzw. nurtu humanistycznego w psychiatrii. Jus razem z żoną Karoliną należeli do pionierów światowej elektroencefalografii oraz fizjologicznych badań nad snem [38].

* * *

Wedle Adama Bilikiewicza „psychiatria w swoich poszukiwaniach teoretycznych i praktycznych czerpie ze zdobyczy neurologii, neurofizjologii, neurochemii, genetyki, biologii nuklearnej, antropologii, etologii, cybernetyki, psychologii, socjologii, a także z licznych szkół i kierunków filozoficznych” [39]. Jest on zdania, że „miarą kultury danego społeczeństwa jest jego stosunek do psychicznie chorych, a może należy powiedzieć szerzej – stopień tolerancji wobec ludzi odbiegających swoim zachowaniem od przeciętnej miary” [40]. Można mieć nadzieję, że w miarę rozwoju cywilizacyjnego zaburzenia psychiczne przestaną być traktowane jako wstydlive, chociaż wydaje się, że może do tego dojść w bardzo odległej perspektywie czasowej.

Przypisywanie nadmiernej roli biologicznemu aspektowi dolegliwości psychicznych stwarza niebezpieczeństwo redukcji pacjentów do „nosicieli”

symptomów chorobowych, a rolę lekarza – do „rzemieślnika” zajmującego się usuwaniem lub łagodzeniem konkretnych objawów za pomocą precyzyjnie dobranych leków. Pomimo znaczących postępów w psychiatrii jedynym z najważniejszych wyzwań przed lekarzami oraz farmaceutami pozostaje redukcja objawów negatywnych zaburzeń psychicznych, skutkujących m.in. znaczącym osłabieniem zdolności poznawczych [41].

Wiele zaburzeń psychicznych często nie ma tak sprecyzowanych objawów jak dolegliwości fizyczne, mogą się przejawiać w formie niezadowolenia z życia bez określonej przyczyny, burzliwych relacji międzyludzkich czy działań autodestrukcyjnych. Jest prawdopodobne, że dystans pomiędzy podejściem psychologicznym a biologicznym będzie się zmniejszać, chociaż trudno jest przewidzieć, czy mógłby w ogóle zaniknąć w dalszej przyszłości.

Otrzymano: 2018.01.10 · Zaakceptowano: 2019.01.25

Piśmiennictwo i przypisy

1. W rzeczywistości polecenie rozkucia pacjentów z kajdan wydał Jean-Baptiste Pussin, ówczesny dyrektor tego szpitala. Pinel dwa lata później polecił uwolnić pacjentów w szpitalu Salpêtrière, zob. Shorter E., *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*, tłum. P. Turski, Warszawa 2005, s. 21.
2. Tamże, s. 11.
3. <http://www.stevenreidbordmd.com/history-of-psychiatry> (dostęp: 31.01.2019, autor: Steven P Reidborn MD).
4. Nasierowski T., Zarys dziejów psychiatrii. Kierunki w psychiatrii [w:] Bilikiewicz A., (red.), *Psychiatria*, II wyd., Warszawa 2000, 23.
5. Pużyński S., Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych, „*Psychiatria Polska*” 2007, t. XLII, nr 3, 300.
6. Freud S., *Wstęp do psychoanalizy*, wyd. III, poprawione, tłum. S. Kempnerówna, W. Zaniewicki, Warszawa 1995, s. 49.
7. Tadeusz Bilikiewicz pisał: „doktryny swej musiał Freud bronić, tworząc towarzystwa swoich wyznawców i specjalne czasopisma. Nie wierzących wylączył ze swego grona. Powstało coś w rodzaju religii. Jej treścią stały się oderwane od kliniki spekulacje filozoficzno-metafizyczne”. Tym niemniej, przyznawał on, iż „dzięki psychoanalizie psychiatrzy nauczyli się wysłuchiwać swych chorych”. Kujawski R. (red.), *Antologia krytyki naukowej Tadeusza Bilikiewicza. Historia i filozofia medycyny oraz etyka. Historia psychiatrii, Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, t. XVIII, Gdańsk 2016, s. 181.
8. https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1927/wagner-jaregg-bio.html (dostęp: 31.01.2019).
9. Metoda elektrowstrząsów została wprowadzona w 1938 r. przez włoskich uczonych: Cerletti i Binię i była stosowana również w przypadku ciężkich stanów depresyjnych.
10. Pierwszy raz zastosował je Manfred Sakel w latach 30. XX w. w Wiedniu.
11. Shorter E., *Historia...* dz. cyt., s. 227.
12. Post F., Then and Now, „*British Journal of Psychiatry*”, 133 (1798), 83.
13. <http://psychiatric-disorders.com/schizophrenia/schizophrenia-history/> (dostęp: 31.01.2019).
14. Shorter E., *Historia...* dz. cyt., s. 249.
15. https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1949/moniz-article.html (dostęp: 31.01.2019).
16. Chlorał otrzymuje się, przepuszczając chlor przez alkohol etylowy.
17. Shorter E., *Historia...*, dz. cyt., 217–220, 225.
18. Warszawa 1937, odpowiednio: s. 74–75 oraz 85.
19. <https://www.sciencehistory.org/historical-profile/paul-charpentier-henri-marie-laborit-simone-courvoisier-jean-delay-and-pierre> (dostęp: 31.01.2019).
20. Leki neuroleptyczne są preparaty „o działaniu antypsychotycznym znoszące objawy manii. Mechanizm działania tych leków polega na zablokowaniu receptorów dopaminergicznych w o.u.n. Prócz tego blokują one receptory noradrenergiczne, co jest odpowiedzialne za

- swoiste działanie psychosedatywne". Danek A. (red.), *Leksykon farmacji*, Warszawa 1990, 284.
21. W „Farmacji Polskiej” w 1956 r. w rubryce streszczenia z czasopism obcych, ukazała się wzmianka o tym nowym leku, autorstwa Lecha Przyborowskiego: Wagowe oznaczenie chlorpromazyny. T. 12, 1956, nr 10, 279. Dwa lata później został opublikowany artykuł Jerzego Cieślaka, Stanisława Kurzey i Alicji Podlewskiej, Synteza chlorpromazyny i jej badanie farmakologiczne. T. 14, 1958, nr 2, 17–19.
 22. S. 22–23.
 23. Podlewski J. K. (red.), Chwalibogowska-Podlowska A. (red.), Warszawa 1996, s. 192.
 24. Meyer J.M., Simpson G.M., From Chlorpromazine to Olanzapine: A Brief History of Antipsychotics, „Psychiatric Services”, September 19, vol. 48, No 9, 1137–1139.
 25. Chruściel T. (red.), Gibiński K. (red.), *Leksykon leków*, Warszawa 1991, 63.
 26. Cade J., Lithium Salts in the Treatment of Psychotic Excitement, „The Medical Journal of Australia”, 1949, Sep 3, 2(10), 349–351.
 27. Warszawa 1937, 534–535.
 28. Czerwiecki B. (opr.), *Lexicon Specificorum współczesnej terapii polskiej*, Warszawa 1950, 177.
 29. Sławiński B., Wynalazca nad wynalazcami, „Alma Mater”. Miesięcznik Uniwersytetu Jagiellońskiego”, czerwiec 2007, nr. 93, 54–57.
 30. Wiadomości Urzędu Patentowego, nr 1, styczeń–luty 1969, 63.
 31. Danek A. (red.), *Leksykon...*, dz. cyt., 288.
 32. Impulsem inicjującym ten ruch była praca Thomasa Szasa, The myth of mental illness, „The American Psychologist” 1960, 15, 113–118. Mokrzycka-Markowska M., *Antypsychiatria – historia powstania i rozwoju głównych koncepcji radykalnego nurtu krytycznego w psychiatrii w latach 1954–1978*, Warszawa 2018 (praca doktorska przygotowana pod kierunkiem Tadeusza Nasierowskiego, obroniona w Instytucie Historii Nauki PAN, nieopublikowana).
 33. Warszawa 1975.
 34. Rybakowski J., Academic psychiatry in Poland: Adjustments to rapid changes, „Molecular Psychiatry”, 9, 2004, 813–815.
 35. Podgórska-Klawe Z., Szpitale warszawskie 1388–1945, Warszawa 1975, 388.
 36. Nasierowski T., Rys historii psychiatrii w Polsce. W: Shorter E., *Historia...*, dz. cyt., 362.
 37. http://www.ipin.edu.pl/?page_id=709 (dostęp: 31.01.2019).
 38. Nasierowski T., Rys..., dz. cyt., 385–389.
 39. Bilikiewicz A., Zakres psychiatrii i jej miejsce w kulturze i wśród innych dyscyplin nauki. W: Bilikiewicz A. (red.), *Psychiatria*, II wyd., Warszawa 2000, 15.
 40. Bilikiewicz A., Zakres psychiatrii i jej miejsce w kulturze i wśród innych dyscyplin nauki. W: Bilikiewicz A. (red.), *Psychiatria*, II wyd., Warszawa 2000, 16.
 41. Carpenter WT Jr., Davis JM, Another view of the history on antipsychotic drugs discovery and development „Molecular Psychiatry”, 17, 2012, 1168.