Tadeusz Nasierowski
Katedra i Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie

Historia zaburzeń organicznych i zaburzeń psychicznych w przebiegu chorób somatycznych

The history of organic disorders and psychiatric disorders in the course of somatic illnesses

STRESZCZENIE

Problem związku umysł–ciało był obecny w myśli filozoficzno-lekarskiej od zarania medycyny. Już w starożytności istniało kilka fundamentalnych idei, stanowiących podstawę dalszego rozwoju psychiatrii. Starożytni Grecy jako pierwsi umiejscowili duszę, a tym samym życie psychiczne, w mózgu, wiążąc z jego czynnością funkcjonowanie narządów zmysłów i aparatu ruchowego. Uważali przy tym, że życie biologiczne organizmu ludzkiego jest ściśle powiązane z jego życiem psychicznym i że oddziałując na jedno, pośrednio oddziałujemy na drugie. Jednak dopiero w XIX wieku idee te przybrały realny kształt w związku z badaniami nad kiłą. Badania nad porażeniem postępującym, będącym jedną z postaci późnej kiły, stały się impulsem do dalszego rozwoju psychiatrii, a porażenie postępujące stało się dla wielu pokoleń psychiatrów biologicznym modelem choroby psychicznej. Pionierem nowoczesnej psychiatrii i propagatorem ściślejszego powiązania psychiatrii z medycyną somatyczną był niemiecki psychiatra Wilhelm Griesinger.

słowa kluczowe: zaburzenia organiczne, współchorobowość, historia

ABSTRACT

The problem of relation between mind and body is known from the beginnings of medicine. In ancients times few fundamental ideas were introduced to the public, these ideas became the base of development of psychiatry. Ancient Greeks were the first who located the soul (and psychic life) in a brain, connecting with it's action functioning of sense organs and locomotor system They believed, that biological life of human body is strictly connected with its' psychic life, and one influences other. Finally in XIX century ideas became reality in the study of lues. Studies of general paralisis of the insane, which was one of the forms of siphilis tarda, became an impuls into development of psychiatry. The general paralisis of the insane became for many generations of psychiatrists — biological model of psychiatric illness. The pioneer of modern psychiatry and propagator of strict connection of psychiatry with somatic medicine, was German psychiatrist Wilhelm Griesinger.

key words: organic disorders, comorbidity, historia

Początkowo w kulturze greckiej panowało przekonanie, że istota ludzka stanowi absolutną jedność duszy i ciała. Uważano, że dusza ma tę samą naturę co ciało, będąc jedynie bardziej subtelną jego częścią, ożywiającą je i wprawiającą w ruch, odpowiedzialną za wyrażanie uczuć i myśli. Platon, widząc w duszy odrębny od ciała byt idealny, cechujący się nieśmiertelnością, odrzucił ideę tożsamości duszy i ciała. W myśli platońskiej dusza została przeciwstawiona ciału i obdarzona władzą nad nim. Jako częściowy powrót do poprzednich idei można traktować filozofię Arystotelesa, w której dusza stanowi formę (entelechię) ciała.

Adres do korespondencji: dr hab. n. med. Tadeusz Nasierowski
Katedra i Klinika Psychiatryczna AM
ul. Nowowiejska 27, 00–665 Warszawa
tel.: (022) 825 20 31 w. 285
e-mail: tadeusz.nasierowski@psych.waw.pl

Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2007; 7 (4): 184–191
Copyright © 2007 Via Medica

W medycynie starożytnej dusza była punktem odniesienia wszelkich działań lekarskich. Wokół niej rozwijano koncepcje teoretyczne, których autorami byli filozofowie, badający różne aspekty życia duchowego będącego drugim, obok życia biologicznego, sposobem istnienia duszy. Nie stronili oni również od rozwiązywania problemów praktycznych, podejmując się leczenia duszy sposobami właściwymi filozofii, przez co, tak jak Asklepios i jego kapłani, zyskali miano „lekarzy dusz".

Zgodnie ze starożytną koncepcją człowieka, zakładającą jedność duszy i ciała, możliwe były cztery sposoby oddziaływań leczniczych: 1) bezpośrednie działanie na ciało, które pozostawało w gestii lekarzy; 2) bezpośrednie działanie na duszę, które praktykowali filozofowie; 3) pośrednie działanie na duszę przez ciało, które świadomie stosowali lekarze już w czasach Hipokratesa oraz 4) pośrednie działanie na ciało przez duszę, które stanowiło podstawową metodę stosowaną w asklepionach (świątyniach Asklepiosa).

Autorzy *Corpus Hippocraticum* przedstawili kilka fundamentalnych idei, stanowiących podstawę dalszego rozwoju psychiatrii. Jako pierwsi umiejscowili duszę, a tym samym życie psychiczne w mózgu, wiążąc z jego czynnością funkcjonowanie narządów zmysłów i aparatu ruchowego. U podstaw stworzonych przez nich koncepcji funkcjonowania organizmu leżała zasada regulacyjna. Uważali przy tym, że życie biologiczne organizmu ludzkiego jest ściśle powiązane z jego życiem psychicznym i że oddziałując na jedno, pośrednio oddziałujemy na drugie. Co może najważniejsze, odebrali oni tak zwanym „świętym chorobom", w tym zaburzeniom psychicznym, cechę „świętości", uznając, że można je leczyć.

Arabowie przejęli cały dorobek intelektualny późnego antyku. Myśl Galena, choć stale obecna w medycynie wieków średnich, nie odegrałaby tak znaczącej roli, gdyby nie lekarze arabscy, którzy wprowadzili ją na stałe do nauki i kultury islamu. To dzięki ich licznym przekładom rozpraw Galena na język arabski i syryjski potomni mogli zapoznać się z jego systemem filozoficzno-lekarskim, gdyż część oryginałów greckich zaginęła. Szczególnie ważna rola przypadła lekarzom filozofom — Abu Ali al Husseinowi ibn Sinie, zwanemu Awicenną (980–1037), i Awerroesowi (1126–1198).

W „Kanonie medycyny", stanowiącym całościowy wykład ówczesnej wiedzy medycznej, Awicenna przedstawił poglądy Galena jako obowiązujące. Zaburzenia psychiczne rozpatrywał jako rezultat różnych zakłóceń w ciele chorego, zwłaszcza w mózgu. Odpowiednie rozdziały (4 i 5) w księdze III zatytułował: „Choroby głowy szkodzące głównie zdolności odczuwania i myślenia" i „O chorobach mózgu szkodzącym jego zdolnościom ruchowym". Nowością w stosunku do koncepcji Galena było podjęcie przez Ibn Sinę, po raz pierwszy w dziejach medycyny, próby umiejscowienia funkcji psychicznych w określonych częściach mózgu. Wrażenia zmysłowe lokalizował on w przedniej części mózgu, zdolność do uogólniania i abstrakcyjnego myślenia — w środkowej, zaś pamięć — w tylnej. Tym samym zaburzenia spostrzegania są związane, według niego, z zaburzeniem funkcji przedniej części mózgu, zaburzenia myślenia — z zaburzeniem funkcji części środkowej, a zaburzenia pamięci — z zaburzeniem funkcji części tylnej mózgu.

Koncepcja człowieka w filozofii Ibn Siny opierała się na swoistym synkretyzmie arystotelesowsko-neoplatońskim. Choć Awicenna skłaniał się ku poglądowi, że dusza ludzka jest substancją odrębną od ciała i charakteryzującą się różnymi od cielesnych działaniami, w niektórych rozprawach traktował, zgodnie z arystotelesowską zasadą jednostkowienia, duszę w człowieku jako formę ciała. Jedyną władzą duszy był, według niego, intelekt możnościowy, otrzymujący treść poznawczą od intelektu czynnego, będącego czystą inteligencją (duchem pozajednostkowym). Awicenna odrzucał tezę o preegzystencji duszy, uważając przy tym, że dusza ludzka zaczyna istnieć wraz z ciałem, a jej siedliskiem nie jest mózg, lecz serce. Ibn Sina przyznawał duszy zdolność apriorycznego poznania samej siebie, twierdząc, iż człowiek poznaje swą własną duszę niezależnie od ciała, zdając sobie bezpośrednio sprawę z tego, że dusza jest czymś innym od ciała. Człowiek, według niego, posiadał tylko pamięć zmysłową, a rolę pamięci umysłowej spełniał pozajednostkowy intelekt czynny.

Problem związku dusza–ciało był obecny w myśli filozoficzno-lekarskiej od zarania medycyny. Śledząc rozwój europejskiej myśli antropologicznej, widzimy jej ewoluowanie od jedni psychofizycznej w kierunku dualizmu kartezjańskiego. O ile do czasów Awicenny przeważał pogląd, że większość zaburzeń psychicznych to choroby ciała, o tyle w późnym średniowieczu w świadomości społecznej, co nie oznacza, że w środowisku akademickim, które pozostawało nadal pod wpływem myśli starożytnej i bardzo popularnej wówczas astrologii, zaczęło dominować przekonanie, że zaburzenia psychiczne to choroby duszy. U jego podstaw leżała dualistyczna koncepcja człowieka, rozwijana w toku prowadzonych w tym czasie w Kościele Zachodnim ostrych sporów filozoficzno-teologicznych.

W I połowie XIX wieku powstały w Niemczech dwie wzajemnie zwalczające się szkoły, będące odbiciem panującego w metafizyce dualizmu kartezjań-

skiego, głoszące przeciwstawne poglądy dotyczące powstawania zaburzeń psychicznych — szkoła psychików i szkoła somatyków. Wspólną cechą obu był aprioryczny charakter wyznawanych idei.

Najwybitniejszym przedstawicielem szkoły psychików był Johann C.A. Heinroth (1773–1843), zaś somatyków — Maximilian Jacobi (1775–1858). Psychicy uważali, że istnieją właściwe choroby duszy, których przyczyną jest szeroko rozumiany uraz psychiczny. Psychozy organiczne nie były przez nich zaliczane do chorób duszy, bowiem nie powstawały na drodze psychicznej. Heinroth reperezentował filozoficzno-teologiczny punkt widzenia: „im więcej grzechów, tym liczniejsze są zaburzenia psychiczne". Wynikało to z przyjętego przez niego poglądu, że człowiek posiada absolutnie wolną wolę i może dokonywać wyboru między dobrem a złem. Heinroth jako pierwszy użył terminu „psychosomatyczne" w stosunku do zaburzeń psychicznych, będących skutkiem poczucia „winy". W psychice ludzkiej wydzielił trzy sfery: działalność umysłową, uczucia i wolę. W każdej z tych sfer mogły, jego zdaniem, występować stany pobudzenia (hipersteniczne), przygnębienia (asteniczne) i mieszane (hiperasteniczne). Pogląd o absolutnie wolnej woli człowieka miał również swoje konsekwencje terapeutyczne. Uważano, że błędne przekonania chorych i ich zachowanie należy korygować poprzez wpływanie na ich wolę za pomocą środków mechanicznych (unieruchamianie, wirowanie w różnych wymyślnych urządzeniach przypominających wirówki służące do sprawdzania reakcji organizmu na przeciążenia), lanie zimnej wody na głowę, a nawet głodzenie.

W odpowiedzi na poglądy głoszone przez psychików powstała szkoła somatyków, którzy uważali, że to dusza nie choruje, tylko ciało. A zatem wszystkie zaburzenia psychiczne są uwarunkowane somatycznie, zaś choroba mózgu może mieć charakter pierwotny lub wtórny w stosunku do innej choroby cielesnej. Jacobi nie traktował psychiatrii jako autonomicznej dyscypliny medycznej. Jego zdaniem psychiatria to „nauka o chorobach, do których przyłączają się zaburzenia psychiczne w charakterze objawów". Somatycy przygotowali grunt dla rozwoju kierunku anatomoklinicznego w Niemczech.

Twierdzenia somatyków dotyczące możliwości pojawiania się zaburzeń psychicznych w przebiegu wielu chorób somatycznych zostały wkrótce potwierdzone. Miało to ogromne znaczenie dla rozwoju psychiatrii, która jak żadna inna gałąź medycyny znajdowała się na przestrzeni dziejów w dwojakim położeniu. Jej historia to, z jednej strony, ciągłe wysiłki zmierzające do osiągnięcia takiego stopnia obiektywności metod badawczych, który pozwoliłby na zaliczenie jej do nauk medycznych, co z reguły utożsamiano z kierunkiem biologicznym. Z drugiej zaś strony rozwój psychiatrii wiązał się z poszukiwaniem sposobów rozwiązywania problemów psychologicznych, prawnych i filozoficznych, należących do zakresu działań psychiatrycznych. Proponowanym rozwiązaniom, wyprzedzającym niejednokrotnie rozwój takich dyscyplin jak psychologia i socjologia, często odbierano walor naukowości, co przyczyniało się, przy braku znaczącego postępu w badaniach biologicznych, do lokowania psychiatrii na obrzeżu medycyny. W konsekwencji psychiatrię traktowano jako dyscyplinę, która ma więcej podobieństw z religią i polityką niż nauką.

Początek nowej drogi wyznaczyło samo życie, którego oblicze zmieniło wystąpienie epidemii kiły, która — obok alkoholizmu — stała się główną przyczyną gwałtownego wzrostu częstości zaburzeń psychicznych w XIX wieku. W tej sytuacji nie może dziwić, że schorzenie tę nazwano „chorobą XIX stulecia". Rozmiary epidemii kiły były rzeczywiście duże. Według różnych szacunków objęła ona 5–20% ludności w Europie i Ameryce Północnej. U 6% z tej grupy po 10–15 latach od zakażenia dochodziło do wystąpienia kiły układu nerwowego, objawiającej się między innymi zaburzeniami psychicznymi o podłożu biologicznym. Pacjenci trafiający do zakładów psychiatrycznych chorowali na porażenie postępujące, będące obok wiądu rdzenia i zaniku nerwu wzrokowego odległym skutkiem przewlekłego zapalenia mózgu, spowodowanego działaniem krętków bladych. Obraz kliniczny zaburzeń psychicznych występujących w przebiegu porażenia postępującego, które zazwyczaj poprzedzają pojawienie się objawów neurologicznych, był bardzo różnorodny. W trakcie wieloletnich obserwacji wyróżniano postać ekspansywną (maniakalną), zwaną klasyczną, depresyjną, naprzemienną (maniakalno-depresyjną), splątaniową (amentywną), postacie schizofrenoidalne, postać amnestyczną, otępienną, parkinsonowską i inne. Tak częste występowanie kiły układu nerwowego w XIX wieku i duża różnorodność postaci klinicznych porażenia postępującego sprawiały, że w pewnym momencie osoby z tą chorobą stały się najliczniejszą grupą wśród pacjentów zakładów psychiatrycznych. U większości z nich dość szybko dochodziło do otępienia, porażenia kończyn i zgonu. Dlatego postawienie właściwej diagnozy ze względu na typowe zejście zaburzenia, mimo nieznajomości jego etiologii, nie stanowiło problemu. Już pod koniec XVIII wieku w literaturze pojawiły się pierwsze opisy przypadków porażenia postępującego. Dla tych, którzy

je opisywali, były to nietypowe — ze względu na zejście — kliniczne obrazy obłędu. Lekarze zajmujący się tymi pacjentami okazali się na tyle wnikliwi, że zdołali powiązać wystąpienie zaburzenia z seksem pozamałżeńskim.

Najczęściej występująca choroba wzbudzała największe zainteresowanie. Dlatego nie powinno dziwić, że prace nad porażeniem postępującym odegrały znaczącą rolę w dalszym rozwoju psychiatrii. W 1822 roku Antonie-Laurent Bayle (1799–1858) opisał typowy obraz kliniczny *paralysis progresiva* (*paralysie générale progressive*) i jako pierwszy uznał jego zależność od zmian w oponach mózgowych i mózgu [*Recherches sur les maladies mentales. Thèse de médecine* („Badania na temat chorób psychicznych. Praca doktorska"), 1822; *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes* („Rozprawa o chorobach mózgu i miąższu opon mózgowych"), 1826]. Opisanie zmian anatomopatologicznych w porażeniu postępującym postawiło pod znakiem zapytania zasadę klasyfikowania zaburzeń psychicznych jedynie na podstawie objawów psychopatologicznych, dając początek kierunkowi anatomoklinicznemu w psychiatrii. Był to jednak zaledwie mały krok na drodze do poznania etiologii porażenia postępującego. Dopiero w 1857 roku w artykule *Syphilis und Geistesstörung* („Kiła i zaburzenia psychiczne") Johann Friedrich von Esmarch (1823–1908) i Willers Jessen (1823-1912) stworzyli hipotezę o etiologii choroby na tle kiły. Ostateczne zamknięcie dyskusji na ten temat spowodowało opublikowanie w 1913 roku przez Josepha Waldrona Moore'a (1879–?) i Hideoyego Noguchiego (1876–1928) artykułu *A demonstration of treponema pallium in the brain in cases of general paralysis* („Udowodnienie obecności krętka bladego w mózgu w przypadkach porażenia postępującego"), w którym ogłosili, że wykryli krętki blade w tkance mózgowej osób chorujących na porażenie postępujące. Wyjątkowe miejsce kiły w historii psychiatrii potwierdziło przyznanie Juliusowi Wagner-Jaureggowi (1857–1940) w 1927 roku Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny za zastosowanie w 1917 roku zimnicy (malarii trzydniowej), wywołującej stany gorączkowe, w leczeniu porażenia postępującego.

Kontynuatorem podejścia Jacobiego, a zarazem najwybitniejszym przedstawicielem szkoły somatyków, był Wilhelm Griesinger (1817–1868). Griesinger, który jako pierwszy poruszył problem historii rozwoju psychiki (duszy), był autorem podręczników *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* („Patologia i leczenie chorób psychicznych", 1845, 1861) oraz *Infectionskrankheiten*: *Malariakrankheiten, Gelbes Fieber, Typhus, Pest, Cholera* („Choroby zakaźne: malaria, żółta febra, tyfus, dżuma, cholera", 1857). W jego życiu zawodowym zainteresowania psychiatryczne przez długi czas ustępowały miejsca zainteresowaniom ogólnolekarskim. Wykładał choroby wewnętrzne, neuropatologię i psychiatrię na uniwersytetach w Zürichu, Kiel, Tybindze i Berlinie. Jako internista (zajmował się głównie tą dziedziną medycyny) był przekonany, że dalszy rozwój psychiatrii warunkuje związanie jej na trwałe z innymi dziedzinami medycyny, zarówno na płaszczyźnie teoretycznej, jak i instytucjonalnej. Ponieważ zakłady psychiatryczne pełniły przede wszystkim funkcje opiekuńcze i działały w oddaleniu od oddziałów somatycznych, jedyną szansą na zbliżenie było umiejscowienie klinik psychiatrycznych, zajmujących się dydaktyką i badaniami naukowymi, w obrębie szpitali ogólnych. Pierwsza taka katedra rozpoczęła działalność pod kierownictwem Griesingera na terenie berlińskiego szpitala Charité w 1865 roku. Pracujący w niej lekarze zajmowali sie nie tylko leczeniem występujących u chorych zaburzeń psychicznych, ale również somatycznych. Poglądy Griesingera na zaburzenia psychiczne były odbiciem jego głównej idei o jedności nauk medycznych, wśród których równoprawne miejsce zajmowała psychiatria, i sprowadzały się do następujących tez: 1) u podstaw każdej psychozy leży jakiś proces anatomopatologiczny; 2) proces ten jest umiejscowiony w mózgu; 3) cała działalność psychiczna człowieka sprowadza się do odruchów; 4) obrazy kliniczne psychoz nie są chorobami, a jedynie objawami kolejnych stadiów rozwoju procesu mózgowego. Innymi słowy, Griesinger uważał, że procesom psychicznym towarzyszą procesy materialne będące wyrazem czynności mózgu. Griesinger głosił pogląd wypowiedziany wcześniej przez Ernsta Alberta von Zellera (1804–1877) o jedności procesu chorobowego pomimo różnorodności form, w jakich się przejawia, zmienności i przekształceń, jakim ulega, zwany „teorią jednej psychozy", a także był przekonany, że przedmiotem psychiatrii powinno być badanie „odruchów psychicznych". Po raz pierwszy o „odruchach kory mózgu" Griesinger wspomniał w pracy *Über psychische Reflexaktionen* („O psychicznych aktach odruchowych", 1843). W swoim podręczniku psychiatrii nawiązał do tej kwestii następująco: „Życie psychiczne człowieka, tak samo jak i zwierząt, zaczyna się w organach czucia i przejawia w ruchach. Przejście pobudzenia czuciowego w ruchowe dokonuje się według powszechnego planu działania odruchowego, któremu towarzyszy świadomość lub nie. […] Mózg jest dużym aparatem odruchowym […]. Rozum stanowi rezultat wielu bardzo złożonych działań, które moż-

na przypisać istocie szarej mózgu; te akty odruchowe bezspornie przynależą do niej" (1861). Griesinger, jako zdecydowany zwolennik połączenia neuropatologii i psychiatrii, zdawał sobie sprawę z istniejących ograniczeń wynikających z niedostatecznej wiedzy na temat organicznych podstaw zaburzeń psychicznych, co uniemożliwiało wprowadzenie klasyfikacji zaburzeń psychicznych opartej na podstawach anatomopatologicznych. W związku z tym uważał, że „Klasyfikowanie chorób psychicznych ze względu na ich istotę, czyli na podstawie wywołujących je anatomicznych zmian w mózgu jest jeszcze obecnie niemożliwe. Zamiast opierać się na podstawach anatomicznych, musimy się zadowolić jedynie funkcjonalnymi, czyli wnioskować o zmianach w organach na podstawie zmian czynnościowych, a ponieważ tutaj zaburzone są głównie wyobrażenia i wola, to podstawowe podziały klasyfikacyjne będą mieć przede wszystkim charakter psychologiczny". Wyrazem poglądów Griesingera na psychiatrię i jej miejsce wśród nauk medycznych było rozpoczęcie przez niego wydawania nowego czasopisma „Archive für Psychiatrie und Nervenkrankheiten", które w krótkim czasie stało się najważniejszym czasopismem psychiatrycznym i odsunęło na boczny tor dominujące dotąd czasopismo „Allgemaine Zeitschrift für Psychiatrie", w którym publikowali swoje prace lekarze z zakładów psychiatrycznych.

W tym samym czasie we Francji wyrazicielem krańcowego podejścia biologicznego był Bénédict-August Morel (1809–1873), autor teorii o dziedzicznym zwyrodnieniu psychicznym. Swoją teorię Morel przedstawił w pracach: *Traité des dégénerecences* („Rozprawa o zwyrodnieniach", 1857) oraz *Traité des maladies mentales* („Rozprawa o chorobach psychicznych", 1860). Koncepcja Morela powstała na bazie prowadzonych przez niego obserwacji klinicznych dotyczących rodzin, w których notowano częste występowanie zaburzeń psychicznych. Istotę jego teorii stanowił ogólny pogląd, że początkowe, nawet nieznaczne, odchylenie od normy przekazywane dziedzicznie jest coraz bardziej wzmacniane. Choroby psychiczne uważał za wynik zwyrodnienia wywołanego działaniem wielu czynników zewnętrznych, takich jak zakażenia, zatrucia, szkodliwe wpływy środowiskowe i społeczne, które może być przekazywane potomstwu. Teoria Morela zapoczątkowała kierunek etiologiczny w psychiatrii. Zrodziła ona u wielu lekarzy poczucie nihilizmu terapeutycznego, pomimo podkreślania przez Morela roli czynników społecznych w etiologii zaburzeń psychicznych, a jednocześnie doceniania przez niego działań profilaktycznych, mających na celu zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych. Dalsze badania nie potwierdziły koncepcji Morela.

Valentin Magnan (1835–1916) oddzielił zaburzenia powstałe w wyniku degeneracji od zaburzeń niebędących skutkiem degeneracji, a mogących wystąpić u każdego człowieka [*Considérations générales sur la folie (des héréditaires ou dégénéres),* „Rozważania ogólne o obłędzie" (spowodowanym czynnikami dziedzicznymi lub zwyrodnieniowymi), 1886–1887]. Paul J. Moebius (1853–1907), zwolennik poglądów Magnana, wprowadził podział na psychozy egzogenne (zewnątrzpochodne), spowodowane czynnikami zewnętrznymi, takimi jak: uraz, stan zapalny, nowotwory mózgu, kiła, alkohol itd., oraz psychozy endogenne (wewnątrzpochodne), częściowo pokrywające się z psychozami degeneracyjnymi, których przyczyny powstania są nieznane.

Do poglądów Griesingera i Morela nawiązał Theodor Meynert (1833–1892), który zapisał się w historii psychiatrii jako twórca oryginalnej szkoły psychiatrycznej, dając początek kierunkowi anatomiczno-fizjologicznemu. O założeniach koncepcji Meynerta dowiadujemy się już z tytułu jego najważniejszej pracy — *Psychiatrie, Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns begründet auf dessen Bau, Leistungen und Ernährung* („Psychiatria, klinika chorób przodomózgowia, oparta na jego budowie, zatruciach i odżywieniu", 1884). Tytuł ten odzwierciedla próbę wyrażenia w języku anatomicznym i fizjologicznym wszystkich procesów psychologicznych i psychopatologicznych. Meynert uważał, że podział zjawisk klinicznych wynika bezpośrednio z budowy mózgu, w którym wyróżniał dwie bardziej lub mniej autonomiczne części — przodomózgowie i ośrodki podkorowe. W wyniku podrażnienia układu podkorowego dochodzi, zdaniem Meynerta, do wystąpienia objawów psychotycznych. W ślad za nimi, po pewnym czasie, następują tak zwane objawy wypadania, będące wyrazem uszkodzenia tkanki mózgowej. Jednakże do tego, aby wystąpiły zaburzenia psychiczne, wystarczy już obecność zaburzeń odżywiania mózgu, spowodowanych zmianami naczyniowymi. Ten rodzaj zaburzeń psychicznych Meynert nazywał zaburzeniami funkcjonalnymi. W konsekwencji w swojej klasyfikacji Meynert wyróżnił dwie duże grupy zaburzeń spowodowane dwoma różnymi procesami mózgowymi — zaburzenia związane ze zmianami anatomicznymi oraz zaburzenia wywołane zaburzeniami odżywiania. Takie uproszczone widzenie problemów psychiatrycznych zostało określone przez krytyków poglądów Meynerta mianem mitologii mózgowej (*Gehrinmythologie*) [sformułowania tego po raz pierwszy użył Karl Jaspers (1883–1969)].

Kontynuatorem myśli Meynerta był Carl Wernicke (1848–1905), który w początkowym okresie swojej pracy lekarskiej zajmował się okulistyką i chirurgią. Dopiero w 1873 roku zmienił zainteresowania i zajął się neuropatologią i psychiatrią, rozpoczynając pracę we wrocławskim Szpitalu Wszystkich Świętych. Wernicke uważał, że zestawienie symptomów, czyli obraz kliniczny zaburzenia zależy jedynie od tego, w jakiej części układu anatomofizjologicznego nastąpiła określona zmiana, a klasyfikowanie zaburzeń psychicznych jest możliwe jedynie na podstawie stwierdzanych zmian anatomicznych. Z punktu widzenia rozwoju jego poglądów niezmiernie ważna okazała się praca *Der aphasische symptomocomplex. Eine psychologische Studie auf anatomischer Basis* („Zespół afatyczny. Badanie psychologiczne na podstawie anatomii", 1874). Opisany w niej zespół afatyczny stał się dla Wernickego magicznym schematem, na którym zbudował całą psychopatologię i psychiatrię kliniczną. Dla Wernickego pojęcie chorób psychicznych było równoznaczne z pojęciem chorób mózgu. Za anatomiczną podstawę procesów psychicznych Wernicke w ślad za Meynertem uznał włókna kojarzeniowe. Wernicke za siedlisko chorób psychicznych uważał układ włókien kojarzeniowych łączących między sobą różne pola kory mózgu w obrębie tej samej półkuli, a w szczególności tak zwane „pola projekcyjne". Wernicke wyróżniał w psychice ludzkiej trzy sfery: *allos*, którą stanowią zewnętrzne przedmioty wraz z całą przyrodą; *somę*, a więc ciało ludzkie wraz z mózgiem, i trzecią sferę — *autos,* na którą składają się ślady doświadczeń ludzkich tworzących „ja". Według Wernickego wszystkie trzy układy psychiczne mogą podlegać zmianom chorobowym prowadzącym do powstania psychoz. Zgodnie z podziałami psychiki na trzy sfery wyróżnił: allopsychozę, somatopsychozę i autopsychozę. Jednak zdaniem Wernickego zdarzają się sytuacje, kiedy niemożliwa jest ocena, która ze sfer jest zaburzona. Ma to miejsce w przypadku silnego zaburzenia układu ruchowego, w stanach jego skrajnego zahamowania i pobudzenia. Występujące wtedy zaburzenia psychotyczne Wernicke nazwał psychozami motorycznymi (*Motilitäts-psychosen*), które podzielił na akinetyczne i parakinetyczne. Klasyfikację psychoz Wernickego uznano za przejaw „anatomicznej metafizyki", czyli „mitologii mózgu".

Kontynuatorami podejścia neurologicznopsychiatrycznego byli Karl Kleist (1879–1960) i jego uczeń Karl Leonhard (1904–1988), którzy rozwijali w jego ramach koncepcję psychoz endogennych. Obaj, a zwłaszcza Kleist, dążyli do stworzenia klasyfikacji, w której punktem odniesienia dla każdej kategorii diagnostycznej byłaby określona patologia mózgu.

Kleist uważał, że porażenie postępujące należy traktować jako modelową jednostkę chorobową w psychiatrii. Badacz ten przejął od Wernickego kategorię psychozy motorycznej. Wraz z ugruntowaniem się w psychiatrii poglądu Emila Kraepelina (1856–1926) o istnieniu dwóch kategorii psychoz endogennych (otępienia wczesnego i psychozy maniakalno-depresyjnej) pojawił się problem psychoz atypowych. Z powodu trudności z przyporządkowaniem ich którejś z tych kategorii powstał spór dotyczący granicy między otępieniem wczesnym a psychozą okresową. Spór ten przycichł po zaakceptowaniu koncepcji schizofrenii Eugena Bleulera (1857–1939). Schizofrenii w odróżnieniu od otępienia wczesnego nie traktowano jako choroby nieuleczalnej, co sprawiło, że zniknął problem weryfikacji diagnozy w przypadku wyzdrowienia pacjenta. Obniżenie znaczenia kwestii rokowania spowodowało, że dość łatwo przyjęto propozycje Kurta Schneidera (1887–1967) dotyczące rozpoznawania schizofrenii i psychozy okresowej na podstawie sporządzonej przez niego listy objawów psychopatologicznych, zaś sprawa klasyfikacji psychoz atypowych zeszła na drugi plan. Istniejąca sytuacja nie satysfakcjonowała Kleista, który zawsze uważał, że obok schizofrenii i psychozy okresowej istnieją inne samodzielne jednostki chorobowe, będące psychozami endogennymi. Swoje poglądy opierał na pracach Wernickego, który opisał wiele psychoz endogennych. Kleist, tak jak Kraepelin, był zwolennikiem podejścia etiologicznego. Dążył do stworzenia klasyfikacji psychoz atypowych, w której punktem odniesienia dla każdej kategorii diagnostycznej byłaby określona patologia mózgu. Kleist zaproponował przyjęcie terminu psychozy brzeżne (*Randpsychosen*), których ważną część stanowiły postacie cykloidalne, do jakich zaliczał między innymi psychozę motoryczną (*Molitätspsychose*) i psychozę splątaniową (*Verwirrtheitspsychose*). Początkowo Kleist, w przeciwieństwie do Kraepelina, uważał, iż psychozy maniakalna i depresyjna są dwoma różnymi schorzeniami, powiązanymi często jedynie biologicznym pokrewieństwem. W późniejszych pracach Kleist przyjął na określenie psychoz fazowych termin „fazofazje". Podzielił je na czyste postacie jednobiegunowe i dwubiegunowe wieloobrazowe. Zrezygnował zarazem z pojęcia psychoz brzeżnych, w tym również cykloidalnych. W to miejsce przyjął nazwę „psychozy amentywne", wśród których wydzielił: wzburzeniowo-stuporowe psychozy splątaniowe oraz hiperkinetyczno-akinetyczne psychozy motoryczne. Klasyfikacja Kleista obejmowała po kilka po-

staci każdego z czterech podstawowych typów schizofrenii. Kontynuatorem myśli Kleista był Karl Leonhard (1904–1988), który w swoich pracach w większym stopniu uwzględniał kliniczny punkt widzenia, mniejszą wagę przywiązując do przyporządkowywania każdej kategorii diagnostycznej określonego uszkodzenia mózgu, a więc do mózgowej lokalizacji objawów psychopatologicznych.

Podejście Griesingera, który jako pierwszy podjął próbę przybliżenia psychiatrii do innych dyscyplin medycznych, stanowiło inspirację nie tylko dla Meynerta, Wernickego, Kleista i Leonharda. Najpełniej ten właśnie postulat Griesingera zrealizował Emil Kraepelin, najwybitniejszy przedstawiciel kierunku klinicznego w psychiatrii. O ile w tej konkretnej sprawie można mówić o kontynuacji myśli Griesingera, o tyle w kwestii przekonania Griesingera, że u podstaw każdej psychozy leży jakiś proces anatomopatologiczny, tej zgodności poglądów między Griesingerem a Kraepelinem już nie było. Kraepelin wyrażał sceptycyzm co do sensowności prowadzenia żmudnych badań histopatologicznych i budowania hipotetycznych teorii o roli mózgu w patogenezie zaburzeń psychicznych, które miałyby zostać potwierdzone wynikami tych badań. Ku takiemu poglądowi skłaniał go fakt, że jak dotąd udało się to jedynie w przypadku porażenia postępującego. W rezultacie Kraepelin zwrócił się ku psychologii i badaniom klinicznym, przyczyniając się tym samym do odsunięcia na boczny tor zaczynającej się rozwijać psychiatrii biologicznej. Nie oznaczało to jednak odrzucenia przez niego jej podstawowej tezy, że choroba umysłu jest chorobą mózgu. Miał przy tym nadzieję, że w przyszłości w medycynie dostępne będą narzędzia badawcze, które pozwolą wykazać, że również w przypadku otępienia wczesnego (schizofrenii) i psychozy maniakalno-depresyjnej występują zmiany organiczne w mózgu i zaburzenia jego funkcjonowania. Kraepelin, choć sam nie zajmował się badaniami anatomopatologicznymi mózgu, współpracował z uznanymi autorytetami w tej dziedzinie. Jego współpracownikami byli Alois Alzheimer (1864–1915) i Franz Nissl (1860–1919). W 1906 roku Alzheimer opisał zmiany mózgu w postaci uogólnionych zaników korowych, obecności płytek starczych i zwyrodnień neurofibrynalnych u 51-letniej pacjentki z przewlekłymi objawami psychotycznymi, z zaburzeniami pamięci, objawami neurologicznymi i postępującym otępieniem. W 1910 roku, w ósmym wydaniu swego podręcznika psychiatrii, Kraepelin uznał odrębność nozologiczną tego oraz podobnych przypadków i nazwał opisane przez swego współpracownika zaburzenie chorobą Alzheimera.

W Anglii, w przeciwieństwie do Niemiec, badania naukowe, których synonimem była w tamtym czasie histopatologia, pozostawały w cieniu psychiatrii klinicznej. Koncentrowano się głównie na sprawach praktycznych. Realizacją idei Griesingera przybliżenia psychiatrii do innych gałęzi medycyny zajął się Henry Maudsley (1835–1918), który tak jak jego niemiecki poprzednik uważał, że „zaburzenia umysłowe to nic innego, jak choroby układu nerwowego, w których dominują objawy psychopatologiczne". Nie powinno zatem dziwić, że to Niemcy, ze względu na ogromne doświadczenie w badaniach histopatologicznych mózgu, dokonywali kolejnych odkryć na polu badań nad otępieniem. W 1892 roku Arnold Pick z Niemieckiego Uniwersytetu w Pradze opisał przypadek 71-letniego mężczyzny z zaburzeniami funkcji poznawczych i afazją, u którego w badaniu autopsyjnym mózgu stwierdził obecność zaników w okolicy skroniowej. Kolejne przypadki Pick opisał w latach 1901, 1904 i 1906, stwierdzając zaniki przede wszystkim w płatach czołowych. Dokładniejszy opis zmian histopatologicznych przy otępieniu czołowo-skroniowym, nazwanym potem chorobą Picka, przedstawił w 1911 roku Alzheimer, który stwierdził oprócz ogniskowego zaniku kory w płatach czołowych obecność srebrochłonnych wtrętów w cytoplazmie (tzw. ciałek Picka) i zaobserwował rozdęte balonowato neurony (tzw. komórki Picka). Jeszcze inny rodzaj zmian histopatologicznych opisał w 1912 roku Friedrich Heinrich Lewy (1885–1930), który stwierdził obecność kwasochłonnych wtrętów cytoplazmatycznych, nazwanych potem „ciałami Lewy'ego", u pacjentów z chorobą Parkinsona, u których wystąpiły zaburzenia psychiczne.

Jak się potem okazało, zmiany te występowały również u części osób z objawami otępienia. Przez wiele lat spierano się, czy „otępienie z ciałami Lewy'ego" jest wariantem choroby Alzheimera. Dopiero w 1962 roku neuropatolog John S. Woodard (ur. 1923) przedstawił argumenty na rzecz traktowania go jako oddzielnej choroby.

Eugen Bleuler (1857–1939), zwolennik podejścia psychologicznego w psychiatrii, twórca koncepcji schizofrenii, który po Kraepelinie stał się przewodnikiem na polu psychiatrii klinicznej, tak jak jego poprzednik doceniał rolę czynników organicznych w patogenezie zaburzeń psychicznych. Wyrazem tego było między innymi wprowadzenie do psychopatologii terminu „zespół psychorganiczny", jakiego po raz pierwszy użył w swoim podręczniku psychiatrii, którego pierwsze wydanie ukazało się w 1916 roku.

Podejście anatomopatologiczne i kliniczne pod koniec XIX wieku napotkało silną konkurencję

w postaci rodzącego się wówczas behawioryzmu i psychoanalizy rozwiniętej na gruncie kilkudziesięcioletniego okresu badań nad histerią. Histeria pozostawała na marginesie zainteresowań psychiatrów z powodu wielkości objawów, trudności w jej zdefiniowaniu, jak i kłopotów praktycznych w opiece nad osobami cierpiącymi na nią. Chorych na histerię umieszczano na specjalnych oddziałach, razem z równie „kłopotliwymi" chorymi, jakimi byli epileptycy. W ten sposób zaniechane przez psychiatrów badania nad histerią stały się domeną neurologów. Hipnoza była dla histerii tym, czym anatomia patologiczna dla zaburzeń neurologicznych pochodzenia organicznego. W pierwszej dekadzie XX wieku zainteresowania środowisk medycznych zajmujących się „chorobami nerwowymi" zaczęły się skupiać na terapii, a nie na poznawaniu samej natury histerii. Do terminologii psychiatrycznej weszła na stałe nazwa „psychonerwice", w której przedrostek „psycho-" podkreślał psychiczne pochodzenie objawów imitujących zaburzenia neurologiczne. Dodanie tego przedrostka było konieczne, gdyż termin „nerwica" oznaczał początkowo dolegliwości neurologiczne, przy których nie występowały wyraźne uszkodzenia organiczne. Użycie w 1894 roku przez Siegmunda Freuda (1856–1939) terminu „neuropsychoza obronna" na określenie zaburzeń zaliczonych później do nerwic, takich jak histerie, fobie czy obsesje, zapoczątkowało nowy pogląd na klasyfikację zaburzeń psychicznych. Wyodrębniono dużą grupę zaburzeń (nerwice), którą przeciwstawiono psychozom. Freud odrzucił hipnozę na rzecz metody, którą nazwał metodą wolnych skojarzeń. Po latach uznał, że historia psychoanalizy rozpoczęła się wraz z „wprowadzeniem innowacji w metodzie (badania pacjenta), polegającej na odrzuceniu hipnozy" oraz uczynieniu „z rozdwojenia umysłu i z rozpadu osobowości" (w ślad za Pierrem Janetem) osi teorii psychoanalitycznej. Poza histerią neurolodzy zajmowali się wówczas zaburzeniami psychicznymi występującymi w przebiegu chorób somatycznych, takich jak niedoczynność tarczycy, choroba beri-beri (niedobór witaminy B1) czy udary mózgu. Ważnym z punktu widzenia relacji ciało–psychika elementem obrazu klinicznego histerii były objawy konwersyjne. Współpracujący z Freudem Josef Breuer (1842–1925) jako fizjolog interpretował zjawiska psychiczne na podstawie wąsko rozumianej teorii paralelizmu psychofizycznego. Dla Breuera każde uczucie miało podłoże neurofizjologiczne. Uważał, że afekt i jego podłoże są dwiema równoległymi płaszczyznami. Dlatego też niemożliwe jest przekształcenie się objawu psychicznego w somatyczny. Inaczej traktował tę kwestię Freud, który początkowo pod terminem „konwersja" rozumiał przekształcenie energii libidalnej w unerwienie somatyczne. Uważał, że objaw histeryczny powstaje wówczas, gdy energia jakiegoś procesu psychicznego nie jest dopuszczana do świadomego opracowania i jest kierowana ku unerwieniu ciała (konwersja), zaś wyleczenie następuje przez uwolnienie błędnie skierowanej energii i jej rozładowanie normalną drogą (odreagowanie). Później określił konwersję jako przekształcenie energii wewnętrznej istniejącego konfliktu wewnętrznego w objawy somatyczne w celu uniknięcia jego przeżywania. Termin „somatyzacja" będący synonimem konwersji, został wprowadzony przez wiedeńskiego psychiatrę Wilhelma Stekela (1868–1940), współpracownika Siegmunda Freuda w latach 1902–1912. Oznaczał on konwersję stanu emocjonalnego w objaw somatyczny. W swoich badaniach nad histerią Freud pokazał, że ciało i psychika stanowią jedność oraz że tak jak w przebiegu chorób somatycznych mogą występować zaburzenia psychiczne, tak też zaburzenia psychiczne mogą się przejawiać w postaci objawów somatycznych.