

IZPRED PSIHOFARMAKOLOŠKE REVOLUCIJE

Lev Milčinski

"Če piješ vodo, se spomni izvira."
(star kitajski pregovor)

Danes je - kot vidite - mogoče izpolniti dvodnevni seminar s študijami in poročili o relativno ozki temi iz okvira psihiatrične terapije, namreč o nevroleptičnem zdravljenju. Sledeč mottu, ki ga daje mojemu referatu napis na nekem starem kitajskem kamnu ob studencu: "Ko piješ vodo, se spomni izvira," se mi pa zdi koristno obuditi si - po literaturi in deloma po tem, kar sem sam izkusil od svojega vstopa v slovensko psihiatrijo, koncem marca 1941 - spomine na čase, ko je bila psihiatrična terapija nasploh še dokaj uboga, pravzaprav le jalov dodatek k - v glavnem azilskemu - obravnavanju duševno bolnih oseb.

Kot samostojna medicinska veda je vendar navzlic tej hibi bila psihiatrija koncem 19. stoletja že kar uveljavljena, zlasti na Nemškem, kjer je izkazovala celo vrsto monografij in tudi učbenikov. Vzemimo na primer impozantno 743 strani obsegajočo knjigo Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage - für praktische Ärzte und Studierende znanega v. Krafft-Ebinga iz 1888. leta(2). Ta učbenik je bil - lahko rečemo - eden od spomenikov tako imenovanega "klasičnega obdobja". Na terapevtskem področju je avtor Krafft-Ebing očitno nastopal tedaj kot reformator, ker se energično postavlja zoper uporabo purgativov, emetikov, vezikulancij in pustulancij, zlasti pa - dotlej dokaj udomačenega - puščanja krvi. V veljavi ostaja hidrotterapija v obliki kopeli, ovitkov in obkladkov. Mimo omenjenega generalno negativnega stališča dopušča vendarle kot lahen purgativ karlovarško sol in - nadomestek puščanja krvi - ventuze.

Zanimiv je diapazon medikamentov v ožjem pomenu besede. Kot učinkovita pomirjevala se pojavljata: opij in morfij - subkutano. Kot krepak sedativ še hiosciamin (sorodnik nam bolj znanega skopolamina). Za blažje primere so bile v časti bromove soli in kot uspavala kloralhidrat in

prof.dr. LEV MILČINSKI, dr.med.
Beethovnova 12
61000 Ljubljana

paraldehid ter kanabindon (hipnotični sirup s kanabisom). Za blažje motnje oslabelosti in nespečnosti pa da "zadostujejo že dobro staro vino, pivo, grog, punč ...".

Ta seznam zdravil pa sem srečal 1941. - 53 let po izidu Krafft-Ebingovega učbenika - tudi v Bolnišnici za duševne bolezni na Poljanskem nasipu. Mogoče z nekaj novostmi: luminalom, somnifenom, ali pa v nekoliko bolj sofisticirani obliki, kot na primer znameniti Decoctum Radicis Valerianae ali pa nekak kombinirani prašek, ki je med drugim vseboval tudi Olei Cannabis sativae guttam unam. Na našem seznamu je pa (žal) manjkalo omenjenih alkoholnih napitkov.

Ta medikamentozni arzenal je bil torej dediščina "klasičnega psihiatričnega obdobja", skupaj s precej bornimi ubikacijami v stari zgradbi "prisilne delavnice", kakršna je pač bila. Zanimivo je, da sta nova dva oddelka, zgrajena 1934. oziroma 1938. leta na Studencu, sicer kot bivališče dosti ugodna, imela tudi obsežen prostor z več kopalnimi kadmi, ki niso bile namenjene toliko vzdrževanju telesne higijene kot pa hidroterapiji, ki se pa - kolikor vem - sistematično ni nikoli izvajala. Mrežnice niso bile nobena redkost in tudi ovirnice - klasične "Zwangsjacken" - so se včasih uporabljale. Ko je bil v 1930-tih letih kratek čas v Polju gost znani ljubljanski slikar, si je lahko v svoj notes skiciral nemirno bolnico, ki je preživljala svoj neustavljivi manični nemir - gola, v celici na slami.

Tudi to so bili relikti "klasičnega obdobja", ki jih - tudi zaradi pomanjkanja ustreznih medikamentov - ni bilo mogoče odpraviti.

Zanimivo je, kako avtorji, ki so v 1930-tih letih pisali o zgodovini psihiatrije, malo ali nič ne povedo o ožje terapevtskih prizadevanjih v tem obdobju: Nolan D.D. Lewis, prej direktor newyorškega psihiatričnega inštituta, kasneje Maudsleyevega inštituta v Londonu, ki je (3) 1942. veliko pisal o raziskovalnih uspehih in perspektivah, praktično nič pa o tedanjem stanju terapije, je med drugim takole zapisal: "V naši sedanjí situaciji potrebujemo ljudi in si jih tudi želimo, ki jim bo dopuščeno - celo naj bi bili k temu spodbujani - da popuste uzde svoji imaginaciji v času svojega bolj formalnega vzgojnega obdobja ... 'Divje razmišljanje' je rešilo mnoge probleme, potem ko je sistematično sklepanje odpovedalo." Darwin se je baje nekoč pohvalil, da se je kdaj zatekel v kake "nore eksperimente", ki so lahko rodili kar zanimive ideje.

Kot je bilo "klasično obdobje" idejno bogato, manj v etiološkem kot pa fenomenološkem smislu, in je počasi dvigalo atmosfero človečnosti v psihiatričnih zavodih, je pa lezlo v stagnacijo stroke prav zaradi terapevtske sterilnosti.

Ko Lewis piše o perspektivah razvoja psihiatrije, navaja na primer takšnele razvojne smernice raziskovanja:

- " - analitske in interpretativne naravnosti, ki obravnavajo individuuum kot biološko enoto,
- tekoče spremljanje osebnostne organizacije od zgodnjega otroštva v odraslo življenje, da bi razumeli normalna in patološka duševna stanja in reakcije,
- skrbno raziskovanje dednosti in okolja,
- telesne bolezni kot izvor organskih možganskih motenj,
- poskus odkrivanja mehanizmov psihotičnega in nevrotičnega doživljanja in vedenja,
- problemi otroške psihiatrije,
- osebnostne deviacije,
- socialni vidiki kriminogeneze,
- pouk in vzgoja prebivalstva,
- vzorci medicinskega pouka glede na psihiatrično specialnost."

V celotnem tem programskem sklopu ni odstavka, ki bi priporočal iskanje bioloških prijemov za lajšanje ali zdravljenje duševnih motenj.

Karl Jaspers v svoji znani Splošni psihopatologiji (1953!)(4) ve sicer za Jaureggovo zdravljenje paralize, tudi za kardiazolski - in elektrošok ter inzulinško zdravljenje, nič pa še o nevroleptikih in nasploh na psihiatrično terapijo malo da: "Naša sredstva, ki bi omogočala učinkovito telesno obravnavanje, so skromna, toliko bolj, ker pri večini duševnih abnormnosti in bolezni o odločilnih telesnih vplivih nič ne vemo."

Na tem ozadju "terapevtskega nihilizma", ki se je razvil koncem 19. stoletja, se je pa potegnil, kot vidimo, še dosti daleč v naše stoletje, so se le začeli javljati posamezni raziskovalci - rekel bi, kot da spodbujeni od prej citiranega Lewisovega apela - in so presenečali s svojim "divjim razmišljanjem" in "norimi eksperimenti" ter ponujali "herojske" metode. Posegali so z dokaj grobimi prijemi v bolnikovo biološko strukturo. To verigo tveganih eksperimentov in metod je začel Julius Wagner von Jauregg na dunajski nevrolški kliniki. Vendar je trajalo nekaj let, da je prek poskusov prenašanja erizipela, tifusa in še drugačnih infekcij na svoje paralitične paciente, našel 1917. leta pravo metodo - malario tertiano ter si zaslužil Nobelovo nagrado. Drugi "nori eksperiment", zgrajen na zmotni predpostavki inkompatibilnosti shizofrenije z epilepsijo, je bila 1934. von Medunova terapija s kardiazolskim šokom. Če je kdo bil priča tisti smrtni grozi, ki jo je v latenci med intravenozno injekcijo

kardiazola in epileptoidnim iktusom pokazal pacient, si takega doživetja nikakor ne bi zaželel. Elektrokonvulzijska terapija (1938) je ta inicialni občutek pacientu prihranila in se je v mitigiranih oblikah ohranila za omejeno indikacijsko področje do današnjih dni. Ostaja pa ji - vsaj za antipsihiatre - vendarle pečat "norega eksperimenta", glede na to, da je Cerletti prišel na svojo idejo, potem ko je videl, kako z dvema elektrodama na glavi v klavnici omamljajo prašiče. Inzulinska komatozna terapija po Sakelu (1933) - nadaljnja "herojska" metoda z mortaliteto 5% - ni mogla obstati, čeprav je relativno dolgo služila v terapiji paranoidnih stanj. Ideja Klaesija (1921), terapije s trajnim spanjem, tudi v kasnejši veziji z drugačnimi uspavali, sodi tudi v to "herojsko" verigo zaradi številnih somatskih komplikacij in ni obstala v psihiatričnem terapevtskem armamentariju.

Egas Moniz, Nobelov nagrajenec 1949. leta, je 1953 promoviral "prefrontalno levkotomijo", ki sodi v opisovano verigo "herojskih" metod psihiatrične terapije iz obeh razlogov, ker je zrastle kot "nor eksperiment" - kajti izkazalo se je, da mnogo cerebralnih efektov tega posega ni bilo teoretsko predvidenih - in zaradi tveganosti: Če vzamemo samo angleški vzorec, nam statistika pokaže, da je bilo v Angliji v letih od 1942 do 1954 opravljenih 10 365 tovrstnih aplikacij, komplikacije so bile pa v tem vzorcu naslednje: 4% mortalitete, 3% osebnostnega propada, 1% kronične epilepsije. Zato je klasična prefrontalna levkotomija že dolgo izbrisana iz seznama psihiatrične terapije. Nekaj drugega so - sicer tudi poredki - stereotaktični cerebralni posegi, navadno iz nevroloških, izjemoma iz psihiatričnih indikacij(5).

Te podobe "herojskega obdobja" - torej od "malarija-terapije" do "prefrontalne levkotomije" v terapiji duševnih abnormnosti na ozadju "klasične" paradigme - sem doživljal od svojega vstopa v našo psihiatrijo 1941. do pojava nevroleptičnih zdravil v naši praksi, z lahno zamudo po odkritju v Franciji (1952).

Povedal sem že, s katerimi zdravili sem se takrat, marca 1941, srečal v bolnišnici na Poljanskem nasipu - pač z nekaj novejšimi dodatki ali variantami - tistimi, ki jih je Krafft-Ebing v prejšnjem stoletju priporočal. Vendar naj to ne pusti vtisa, da je v celoti vladala v zavodu tista "klasična" stagnacija. Šef oddelka - primarij Kamin - ki je v času svojega študija delal tudi v Gradcu in na Dunaju, je imel odličen pregled nad stanjem psihiatrične znanosti v nemško govorečem svetu, kar je tedaj pomenilo poznati vrh sodobne psihiatrije. Zavod si je bil osvojil poglobitve tehnike "herojskega obdobja": malarijsko terapijo paralizantov (donatorji malarične krvi so se našli v vojaški bolnišnici), inzulinsko-komatozno

terapijo in terapijo s kardiazolskimi šoki. V vitrini sem ugledal tudi aparat za elektrošok v njegovi najprvobitnejši obliki, menda Brownov model, zelo podoben v porodništvu včasih uporabljanemu "forcepsu", ki je imel na križišču obeh lopat še transformator, preko katerega si s pritiskom na gumb (tempirano po občutku in svoji vesti) poslal tok skozi sprednji del pacientove glave. Ta nesrečni aparat mi je ostal v spominu, ker sem bil jaz tisti, ki sem ga nekoč po 1945. letu na nevrološki kliniki prvič uporabil na depresivnem pacientu ... in mu povzročil kompresijsko frakturo vertebre, ki se je na srečo kmalu zacelila. Ironija je bila pri tem, da je bil pacient navzlic poškodbi nad psihičnim učinkom posega zelo zadovoljen in mu je bilo žal, da terapije nismo mogli nadaljevati. Sam se aparata poslej nisem več dotaknil, pač pa ga je pridno uporabljal zdravnik - balneolog, ki se je bil zatekel v naš zavod kot begunec pred Nemci med vojno 1941-1945. Kolega se je za silo uvedel v psihiatrijo in - vse dokler ni zavodni tehnik izdelal sodobni tip aparata po Delmas-Marsaletu - v pomanjkanju medikamentov, brez komplikacij, včasih kar leteče, sediral nemirne paciente, kjerkoli v zavodu so že bili.

Tu pa se moja zgodba, kar se biološke psihiatrične terapije tiče, pravzaprav konča. Zadovoljen sem bil, da so se tega posla lotili z vso strokovnostjo dr. Marijan Borštnar in dr. Momčilo Vitorović pa še mlajši psihiatri od njiju in so ti kolegi promptno prevzemali paciente, ki jih v ambulanti ni bilo mogoče voditi in zdraviti. Ti isti kolegi so si tudi prvi nabrali nekaj izkušenj z nevroleptiki, ko so le-ti prodrli v naš svet. Gradeč na njihovih izkušnjah, smo jih postopno aplicirali tudi na ambulantno populacijo.

V dolgih letih, ki sem jih prebil v psihiatriji, sem pa imel možnost slediti preobrazbam te službe. Vsaka faza v tem razvoju je imela svoje dobre in slabe značilnosti. Spuhtelo je "klasično obdobje", odpadle so pridobitve "herojskega intermezza", ko je prešla psihiatrija v "psihofarmakološko obdobje", v katerem imajo nevroleptiki tolikšno vlogo. "Klasično obdobje" se je - po Pinelovem navodilu - še učilo pri pacientih in je poskrbelo za subtilne opise njihovih kliničnih slik in zbralo material za diagnostične klasifikacije, ki nam še danes služijo, bila je pa tedaj psihiatrija v glavnem azilska in zaprta za zavodne zidove. "Herojsko obdobje" nas je impresioniralo s "čudežnimi" ozdravitvami iz patoloških stanj, ki so se nam zdela prej nespremenljiva, je pa veljalo tudi več življenj in invalidnosti, kot bi medicina lahko dopuščala. "Psihofarmakološka era" - s poudarkom na učinkih nevroleptikov - je pa sprostil zavodno atmosfero. Meni zlasti imponira to, da so kader priučenih "strežnikov", ki so incidente reševali s fizično silo, lahko

zamenjale medicinske sestre. Sicer je pa zavod sploh izgubil svojo centralno vlogo in se duševno moteni zvečine lahko zdravijo ambulantno. In kako so se lahko razvevale druge socio- in psihoterapevtske discipline v obravnavanju duševnih motenj.

Pa vendar prisluhnimo pomislekom dveh strokovnjakov starejših šol, ki sta pa še svežega duha pričakala psihofarmakološko ero.

V svoji dolgi polemiki z "antipsihiatri" da N. Schipkowensky mesto tudi upravičeni kritiki na račun vse bolj pomanjkljivega osebnega kontakta z bolnikom v psihiatričnem zavodu - v nekem vzorcu je bilo ugotovljeno, da žrtvuje personal pogovoru s pacientom povprečno 6,8 minut dnevno(6).

Manfred Bleuler(7) pa ugotavlja, kako je delo strokovnjaka v psihiatriji dandanes razcefrano na vrsto raznih strokovno-družbenih in administrativnih dejavnosti, ki je sicer vse mogoče opravičiti, kako pa ta mnogovrstnost zaposlitev zdravnika konec koncev odtuja bolniku.

Ne da bi se ravnali po njihovi večji ali manjši tehtnosti, pravi Bleuer, naj se jih vsaj nekaj spomnimo:

- Ko smo sklenili svojo izobrazbo, naj bi se trajno še naprej izobraževali
- in skrbeli tudi za izobraževanje svojih kolegov.
- Pri razpravljanju z drugimi naj bi stalno motrili in merili svoje delovanje.
- Obiskovati velja domače in inozemske kongrese,
- pri čemer je treba nastopati z referati, opremljenimi s statistikami itd.
- Tuji literaturi je treba slediti.
- V dušeslovni znanosti naj bi se izobraževali in izpopolnjevali.
- Raziskovati moramo in
- svoje ugotovitve objavljati, nove tehnike razvijati, v računalništvo se uvajati, razpravljati s sodelavci, gojiti profilakso itd.

Okoli bolnika raste praznina. Bolnik začenja izgubljati zdravnika, zdravnik pa postaja vse manj zdravnik. Tisto, kar nas izvablja in trga proč od bolnika, so deloma dobri in važni cilji in smotri, deloma so manj važni in dobri, deloma pa so ti cilji in smotri povsem bedni ... Ne zapustimo bolnika izkušnjavam, ki nas izvablja proč od njega, postavimo trdne meje, večino svojega časa posvetimo osebno in z vsem srcem - pacientu.

Tako Bleuler. Kje pa je mesto nevroleptični terapiji? Ali je v Bleulerjevem smislu čisto na strani bolnika? Ali pa bi jo lahko vtaknili nekam v njegov seznam izkušnjav, ki nas odtegujejo pacientu-človeku? Jaz mislim takole: Kakor zdravnik to - sicer nedvomno dragoceno terapevtsko pridobitev - pojmuje. Dobro je, dokler se zdravnik s pacientom v poteku terapije veseli slehernega njegovega duševnega napredka, tako

da vse bolj lahko pozablja na pacientovo drugačnost in postaja njuna komunikacija vedno bližja komunikaciji dveh ljudi, ki se učita sprejemati življenje, kakršno je. - Če pa zdravnik uzre v tej pridobitvi le še eno priložnost, da potem, ko je pacientu našel najprimernejši diagnostični predalček, prepusti nadaljnji terapevtski postopek tehnikom, da bi se sam končno lahko z vsem srcem posvetil znanosti ali organizaciji, potem bi najbrž morali reči, da se je izgubil v svet Bleulerjevega seznama izkušnjav, ki nas odtujujejo pacientu-človeku.

Vsi smo na tem bili ali smo še in nas v tej stiski rešuje pač le modrost prave mere.

LITERATURA

1. Ustno sporočilo - Maja Milčinski
2. V. Krafft-Ebing, R.: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage, für praktische Ärzte und Studierende. Stuttgart, Enke, 1888, 288-315.
3. Lewis, D.D. Nolan: A Short History of Psychiatric Achievement - with a Forecast for the Future. London. Chapman-Hall, 1942.
4. Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin, 6. izdaja, 1953, 694-695.
5. Psychiatric Ethics (S. Bloch, P. Chodoff, eds.) University Press N.Y. 1981. Ethical Aspects of Drug Treatment (Klerman, G., Schlecher, G.), 115-130. Ethical Aspects of the Physical Manipulation of the Brain (Merskey, H.) 131-159.
6. Schipkowensky, N.: Die Antipsychiatrie in Vergangenheit und Gegenwart. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete. XL-1974-6, 291-311.
7. Bleuer, M.: Gefährdete Psychiatrie und gefährdete Berufung zum Arzt. Schweizerische Ärztzeitung, LVI-20-1, 1975, 741-80, 791-794.