

## Subiektywne aspekty farmakoterapii schizofrenii w okresie wprowadzania chlorpromazyny do praktyki psy- chiatrycznej w Polsce – przegląd piśmiennictwa

### Subjective aspects of pharmacotherapy in schizophrenia during im- plementation of chlorpromazine in Poland – a review

Sławomir Murawiec

Z III Kliniki Psychiatrycznej IPiN  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

**Summary:** Introduction of chlorpromazine was the breakthrough in psychiatric practice. Pharmacotherapy with chlorpromazine started in Polish hospitals in the autumn and winter in 1954 and the first papers covering clinical experiences started to be published in 1955. Some of these papers are very informative about subjective aspects of pharmacotherapy, comparison of older and new method of treatment, changes of psychiatric wards atmosphere. They inform also about some social aspects of introduction of this new drug to the practice. In the example families were involved in gaining the drugs for ill family members and doctors sometimes had to win persons' in charge consent to start treatment. In this papers the hope that patients treated with the new drug are more prone to psychotherapy have been expressed. This kind of hope is now expressed in regard to the second generation of antipsychotics. The paper of a Polish author published 1969 that is the pioneering work in the field of research of subjective aspects of pharmacotherapy is presented. Conclusions and methodology of this study are very similar to the later studies that were published in psychiatric literature at the end of 1970's.

*Słowa kluczowe:* chlorpromazyna, aspekty subiektywne, historia  
*Key words:* chlorpromazine, subjective aspects, history

Subiektywne aspekty psychofarmakoterapii osób leczonych z powodu schizofrenii budzą stopniowo coraz większe zainteresowanie. Współczesne badania na ten temat zostały zainicjowane przez T. Van Puttena i P.R.A. Maya oraz badaczy z Montrealu (T.P. Hogan, A.G. Awad, R. Eastwood). Zainteresowanie to związane jest z kilkoma czynnikami, które dotyczą takich zagadnień, jak współpraca chorych w leczeniu (compliance), jakość życia chorych psychicznie, przemiany w leczeniu schizofrenii obserwowane w ostatnich latach (wprowadzenie leków przeciwpsychotycznych II generacji).

Nie tylko dążenie do poprawy skuteczności leczenia objawów schizofrenii, ale także coraz większa waga innych parametrów dotyczących procesu leczenia (tolerancji, subiektywnego samopoczucia w trakcie leczenia mającego odniesienie do jakości życia) są stymulowane zarówno przez postawy samych pacjentów, jak i oczekiwania ich rodzin. Od kilku lat dostępne są w Polsce leki przeciwpsychotyczne II generacji, można więc powiedzieć, że dane nam jest obserwować istotny postęp w leczeniu schizofrenii. Próba zestawienia obecnie zachodzących zmian z zapewne jeszcze bardziej istotnymi zmianami, jakie towarzyszyły wprowadzeniu do leczenia pierwszego neuroleptyku, chlorpromazyny, może więc być interesująca. Moje zainteresowanie wzbudziły zwłaszcza te fragmenty prac, dotyczących pierwszych polskich doświadczeń z chlorpromazyną, które odnosiły się do subiektywnych przeżyć pacjentów (a także i personelu) towarzyszących wprowadzaniu tego leczenia. Związane jest to zarówno z moimi zainteresowaniami, jak i z faktem, że te części prac, które mówią o żywych przeżyciach i emocjach z tamtego okresu, wydają mi się najbardziej ciekawe. Analiza polskiego piśmiennictwa dotyczącego subiektywnych aspektów leczenia pozwala także na stwierdzenie, że to w polskiej literaturze opublikowano pionierską pracę na ten temat. Praca Bogackiej [1] wydana w 1969 roku wyprzedza prace wymienionych wyżej autorów, uważanych za pionierów badań nad subiektywnymi aspektami farmakoterapii. Praca ta posługuje się bardzo zbliżoną metodologią i wyprowadza zbliżone wnioski do tych, do których na początku lat 80. doszli Awad, Hogan i Eastwood [2, 3, 4].

Chlorpromazyna została zsyntetyzowana przez naczelnego chemika firmy Rhone-Poulenc Paula Charpentiera w grudniu 1950 roku [5]. Rok później pierwsze leczenie tym lekiem przeprowadzili Singwald i Bouttier. J. Singwald rozpoczął 28 grudnia 1951 leczenie chlorpromazyną, w monoterapii, 57-letniej pacjentki z chroniczną schizofrenią, nazywanej Madame Gob. Jednak pierwsze próby leczenia tym lekiem jako środkiem potencjalizującym wywołaną przez barbiturany sedację przeprowadził J. Schneider w Broussais Hospital już w kwietniu 1951. Chirurg z wojskowego szpitala Val de Grace Henri Laborit był pierwszą osobą, która rozpoznała psychotropowe właściwości chlorpromazyny [5]. Wykorzystywał on już wcześniej w swojej praktyce prometazynę obserwując jej sedatywne właściwości. Zasadnicze znaczenie dla wprowadzenia leczenia chlorpromazyną miały pierwsze systematyczne oceny jej skuteczności dokonane przez Delaya i Denikera. Pierwsze doniesienia na ten temat przedstawili oni w maju 1952 roku. Podobno Deniker dowiedział się o istnieniu chlorpromazyny od swojego szwagra, chirurga [5]. Jean Deley i Pierre Deniker rozpoczęli swoje badania w lutym 1952 roku, nie wiedząc o doświadczeniach Singwalda, Bouttiera i Laborita. Początek ich badań związany był z leczeniem stanów pobudzenia (między innymi manii), niezależnie od diagnozy stawianej chorym. Dawki leku w tych pierwszych badaniach osiągały zaledwie 100 mg dziennie w leczeniu doustnym i 25 mg w iniekcjach domięśniowych.

W Polsce leczenie tym lekiem rozpoczęto na większą skalę pod koniec 1954 roku. Przykładowo, w Klinice Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie, kierowanej przez prof. J. Handelsmana, wprowadzenie do leczenia chlorpromazyny miało miejsce w listopadzie 1954 [6]. W październiku 1954 roku leczenie chlorpromazyną rozpoczęła Klinika Chorób Psychiczych Akademii Medycznej w Gdańsku, kierowana

przez prof. T. Bilikiewicza [7]. W szpitalu w Kochanówce, którego dyrektorem był w tym czasie dr M. Marzyński, leczenie chlorpromazyną rozpoczęto w grudniu 1954 roku.

Pierwsze polskie doświadczenia ze stosowaniem chlorpromazyny (largaktylu) zaczęły być publikowane około roku 1955. Prace poświęcone leczeniu chlorpromazyną opublikowały między innymi kliniki: warszawska [6], łódzka [8] i gdańska [7] oraz szpital w Kochanówce [9]. W większości doniesienia te odnosiły się do trzech „klasycznych” tematów farmakoterapii, tzn. skuteczności leku, tolerancji oraz zakresu wskazań.

Badano zatem skuteczność leku w odniesieniu do chorych zarówno z rozpoznaniem schizofrenii i manii, jak i nerwicy natręctw, nerwic, depresji endogennej, reaktywnej inwolucyjnej, miażdżycowej, objawów zespołów abstynencyjnych opiatowych i barbituranowych, padaczki, różnego rodzaju psychoz wyróżnianych w tamtym okresie, majaczenia, upośledzonych umysłowo. Opisywano skuteczność różnych dawek leków, a także różnorodne objawy uboczne leczenia i jego powikłania. Ta tematyka nadal pozostaje wiodącym tematem psychofarmakoterapii.

Biorąc pod uwagę zagadnienie subiektywnych aspektów leczenia, na tle tych prac wyróżnia się opublikowana w 1956 roku praca Falickiego i wsp. [7] z Kliniki Chorób Psychicznych AM w Gdańsku. Jest to jedyna praca w sposób w miarę szeroki odnosząca się do subiektywnych przeżyć pacjentów w trakcie leczenia. Już od początku prezentacji działania leku autorzy odnoszą się do tych zagadnień. „Stan chorych w czasie leczenia był następujący: często już po pierwszych wstrzyknięciach largaktylu stawali się ociężały, senni, skarżyli się na wysychanie śluzówek nosogardła, metaliczny posmak w ustach. Część chorych niewiele spała, a jeden z nich (paranoia) twierdził, że najbardziej przykrą cechą działania leku była uporczywa bezsenność” [7]. To, co zwraca uwagę w cytowanym fragmencie, to fakt, że autorzy nie wymieniają listy objawów ubocznych obserwowanych w trakcie leczenia z pozycji obiektywnego obserwatora, lecz przyjmują postawę badacza, którzy cytują wypowiedzi pacjentów. Podobny sposób relacjonowania i zwrócenie uwagi na doznania i skargi pacjentów przyjął T. Van Putten – pionier badań subiektywnych aspektów farmakoterapii schizofrenii.

Praca Falickiego i wsp. zawiera cały szereg relacji i odniesień do relacji pacjentów o ich subiektywnych odczuciach w trakcie leczenia chlorpromazyną. Kilka przykładowych relacji zacytowano poniżej: „Jeden z takich pacjentów (paranoia persecutoria) już w drugim dniu leczenia stwierdził, że ma znacznie lepsze samopoczucie i chętnie przyjmował dalsze wstrzyknięcia”. Chory z parafrenią, cierpiący na omamy słuchowe od 14 lat, które ustąpiły w wyniku leczenia „[...] w pierwszych dniach ich ustąpienia podawał, że nie może wprost uwierzyć, iż nie powrócą, gdyż stały się nieodzownym atrybutem jego życia psychicznego” [7]. „Wahaliśmy się nad zakwalifikowaniem tzw. subiektywnej poprawy, np. w schizofrenii prostej, gdy chory stwierdzał, że czuje się znacznie lepiej, czego obiektywnie nie potwierdzano, lub gdy chory przy utrzymujących się omamach i urojeniach dyssymulował” [7].

Pojedyncze obserwacje odnoszące się do psychologicznych reakcji chorych na podawanie im chlorpromazyny zawarte są także w innych pracach, na przykład Bilikiewicz [10] omawiając skutki uboczne podawania tego leku odnotowuje, że wahania

tętna, bóle angioidalne, kołatania serca, przyspieszenie tętna, duszność mogą być „szczególnie dokuczliwe dla nerwicowców skłonnych do samoobserwacji”. Bilikiewicz odnotowuje także: „Chociaż chorzy skarżą się często na podmiotowe przykrości związane z leczeniem, jak utrudnienie skupiania uwagi, senność, apatia, zaburzenia akomodacji i suchość w jamie ustnej – wielu chorych nastawia się pozytywnie do leczenia, odczuwając jego dobroczynne działanie” [10].

Jedynymi autorami, którzy porównują subiektywne odczucia pacjentów leczonych w sposób tradycyjny (w omawianym okresie) i leczonych chlorpromazyną, są Sulestrowski [11] i Krasilewicz [9]. Sulestrowski stwierdza: „Pewne ryzyko poważnych powikłań, które zawsze grożą w leczeniu wstrząsami elektrycznymi, kardiazolowymi i insuliną śpiączkową wraz z częstymi towarzyszącymi im przykrymi doznaniem chorych – w zestawieniu ze stosunkowo prostym, nieszkodliwym i przyjemnym dla chorych leczeniem hibernacyjnym wstrzykiwaniem largaktylu – dobitnie podkreśla wyższość tego ostatniego” [11].

Jest to bardzo interesująca wypowiedź z dwóch względów. Po pierwsze porównuje oba sposoby leczenia, stary i nowy, tak jak to czyni się obecnie w odniesieniu do klasycznych i atypowych leków przeciwpsychotycznych. Po drugie subiektywne odczucia chorych („przyjemne dla chorych” leczenie chlorpromazyną) są tu argumentem za stosowaniem nowego leczenia. Praca ta pochodzi także z Kliniki Chorób Psychiczych w Gdańsku, podobnie jak cytowana wyżej praca Falickiego i wsp.

Krasilewicz [9] odnosi się bezpośrednio do subiektywnych przeżyć chorych w trakcie leczenia. Zauważa: „Nowa metoda w porównaniu z dawniej stosowanymi posiada tę zaletę, że jest lepiej znoszona przez chorych, nie powodując w nich lęku przed brutalnością zabiegów”.

Inny ważny element związany z psychologicznymi uwarunkowaniami leczenia w schizofrenii dotyczy rodzinnego i społecznego otoczenia chorych. Także w tym względzie praca Falickiego i wsp. stanowi cenne źródło informacji na ten temat. Autorzy ci piszą mianowicie: „Przeważająca większość chorych leczona była lekiem, który rodziny dostarczały do Kliniki, prosząc o zastosowanie go” [7]. Relacjonują także stosowanie leku u chorych z rozpoznaniem psychopatii w następujący sposób: „u osobników tych zastosowaliśmy leczenie largaktylem na wyraźne żądanie rodziny – po uprzedzeniu, iż najprawdopodobniej będzie to bezskuteczne” [7]. Także wśród chorych leczonych w Kochanówce znaczna grupa osób otrzymywała chlorpromazynę dostarczaną przez rodziny [9]. Tu także części chorych podawano lek „zasadniczo bez nadziei osiągnięcia poprawy” [9].

Bilikiewicz [10] odnotowuje też jako istotny czynnik związany z leczeniem chlorpromazyną – zmianę atmosfery oddziałów psychiatrycznych. W Szwajcarii, jak donosi, zastosowano ten lek jako podstawowe leczenie w schizofrenii, „gdyż w dawnych oddziałach »szalowych« panuje dzisiaj niemal bez wyjątku cisza” [10]. Polskie doświadczenie zmiany atmosfery oddziału relacjonuje Krasilewicz [9]. Zauważa mianowicie: „Oddział largaktylowy, przy pewnym dozorcze ze strony personelu, można w zasadzie – z wyjątkiem krótkiego stosunkowo pierwszego okresu kuracji – prowadzić jako oddział otwarty”.

Nadzieje związane ze stosowaniem nowego leku były udziałem nie tylko rodzin

pacjentów, ale i psychiatrów. Obecnie mówi się o tym, że nowe atypowe leki antypsychotyczne stanowią dobrą podstawę dalszej psychoterapii pacjentów ze schizofrenią. Podobne opinie wypowiedziano przed przeszło 40 laty w odniesieniu do pojawiających się wtedy nowych środków leczniczych – rezerpiny i chlorpromazyny. Bukowczyk [12] opisując leczenie rezerpiną zauważa: „Autorzy zgodnie podkreślają wartość stosowania rezerpiny, której działanie już we wczesnym okresie umożliwia kontakt z chorym, otwiera możliwość intensywnej psychoterapii i sprowadza daleko idące uspokojenie”. Piekarska [6] czyni podobne uwagi: „Wydaje się, że psychoterapia podczas leczenia largaktylem powinna odegrać dużą rolę, ponieważ w okresie kuracji chorzy stają się przystępni i łatwo nawiązują kontakt”. W szpitalu w Kochanówce stosowano oddziaływania psychospołeczne bezpośrednio po uzyskaniu poprawy w wyniku leczenia chlorpromazyną (ustąpieniu pobudzenia, zmniejszeniu napięcia afektywnego i negatywizmu): „W tym okresie leczenia główny nacisk kładziemy na psychoterapię, staramy się chorych uspołecznić, zachęcając ich do gier towarzyskich, lektury oraz nie męczących fizycznych zajęć”; również w okresie przechodzenia na dawkę podtrzymującą: „W czasie obniżania dawki i przechodzenia na dawkę podtrzymującą nadal kładliśmy szczególny nacisk na psychoterapię, zezwalając pacjentom w niektórych przypadkach na udanie się pod opieką do miasta, teatru, kina lub za przepustką do domu” [9]. Ten sam autor wysuwa następujący wniosek: „Largaktyl w rękę psychiatry daje duże możliwości do stosowania leczenia słowem – do stosowania psychoterapii” [9].

Nadzieje takie były związane nie tylko z leczeniem schizofrenii. Bilikiewicz [10] donosił, że chorzy z rozpoznaniem depresji leczeni chlorpromazyną „Dzięki poprawie somatycznej i afektywnej uldze [...] stawali się dostępni oddziaływaniu psycholeczniczemu”.

Przypadki chorych przewlekle psychotycznych, leczonych latami, którzy w wyniku leczenia chlorpromazyną osiągnęli znaczącą poprawę, relacjonują Flatau i wsp. [13] oraz Krasilewicz [9]. Autorzy ci jednak podkreślają wyłącznie dobry psychospołeczny wynik leczenia (powrót do pracy chorych), natomiast nie odnoszą się, niestety, do subiektywnych odczuć chorych związanych z tak zdecydowaną poprawą stanu psychicznego.

Oprócz nadziei, wprowadzaniu nowych leków towarzyszyły także duże obawy, występujące, jak można sądzić na podstawie relacji, zwłaszcza w grupie personelu pielęgniarskiego. Piekarska relacjonuje: „U jednej z pielęgniarek zajmujących się podawaniem largaktylu wystąpiły na twarzy uporczywe, swędzące zmiany zapalne skóry, nie poddające się leczeniu, które ustępowały samoistnie w ciągu paru dni nieobecności na oddziale, a pojawiały się natychmiast po powrocie na oddział, gdzie prowadzono kurację largaktylem, pomimo że pielęgniarka ta już nie podawała sama largaktylu ani nie stykała się z nim bezpośrednio” [6]. Te objawy alergiczne nie ograniczały się do personelu pielęgniarskiego kliniki w Warszawie, ale występowały także w innych ośrodkach. Falicki i wsp. [7] odnotowują: „Godne uwagi jest występowanie uczuleniowych wyprysków skórnych u personelu pielęgniarskiego wykonującego wstrzyknięcia”. W szpitalu w Kochanówce [9] przemijające objawy uczuleniowe wystąpiły u pięciu osób z personelu. Poddały się one leczeniu przeciwhistaminowemu

z wyjątkiem jednej pielęgniarki, która z ich powodu musiała zrezygnować z pracy na oddziale. W konsekwencji Piekarska [6], powołując się na doświadczenia polskie i dane z piśmiennictwa, zauważa, że „nie wolno lekceważyć potrzeby używania środków ochronnych w postaci maseczek chirurgicznych, rękawic gumowych oraz okularów ochronnych przez personel bezpośrednio stykający się z largaktylem”.

Specjalne środki ostrożności związane z podawaniem leku dotyczyły nie tylko nękanymi uporczywymi alergiami pielęgniarek. W większości szpitali starano się zapewnić chorym leczonym chlorpromazyną szczególne warunki. Na przykład w Klinice AM w Warszawie: „Chorzy na czas leczenia byli umieszczani w najbardziej spokojnych częściach oddziału, jednak zupełnej ciszy ani zaciemnienia pomieszczeń w większości przypadków nie udało się zapewnić. Od początku kuracji aż do przejścia na dawkę podtrzymującą chorzy leżeli w łóżku”. Bukowczyk [8] jako zalecenie traktuje następujące wskazówki: „Chorzy, którzy rozpoczynają leczenie, muszą mieć zapewniony spokój. Leżeć powinni podczas kilkunastu pierwszych dni leczenia, otoczenie winno zabezpieczać warunki przypominające te, które obowiązują podczas leczenia snem”. Także Bilikiewicz [10] podaje podobne zalecenia: „Szczególnie skuteczne okazało się odosobnienie chorych otrzymujących wstrzykiwania w ciągu pierwszych 5–10 dni w zaciemnionym, cichym pokoju, w łóżku. Chorzy spokojnie śpią, można ich łatwo obudzić”. W szpitalu w Kochanówce leczenie prowadzono w specjalnie wydzielonym pawilonie, w którym w pierwszym okresie leczenia chorzy pozostawali w łóżkach w małych zaciemnionych pokojach, a iniekcje leku wykonywał lekarz. W tym czasie nie zezwalano na odwiedziny rodzin u pacjentów [9].

Ciekawym faktem, o którym wspomina Krasilewicz [9], jest to, że ze względu na ograniczoną liczbę miejsc w specjalnym pawilonie dla osób leczonych chlorpromazyną „kwalifikowanie do leczenia odbywa się na podstawie pisemnego wniosku ordynatora oddziału zatwierdzonego przez komisję”. Zauważa on, że komisja podchodzi do tych wniosków „dość liberalnie”.

W omawianym okresie mechanizm działania chlorpromazyny nie był jeszcze poznany, wydaje się więc, że działanie nowego, silnego leku, dającego niekiedy tak spektakularnie dobre efekty, mogło budzić także obawy stosujących go lekarzy. Jeśli chodzi o mechanizm jego działania, dysponowali oni wtedy następującymi informacjami:

1. „Najogólniej działanie jego ująć można jako porażające oba układy wegetatywne” [8].
2. Może być stosowany do „uzyskiwania stanów, przypominających sen zimowy zwierząt – hibernacji” [8]. „Largaktyl jest też podstawowym środkiem używanym w chirurgii do wywoływania sztucznego snu zimowego, tzw. hibernation artificielle” [10].
3. „Niejasny jest jednak sam mechanizm działania largaktylu” [6].
4. „[...] pomysł zastosowania largaktylu do leczenia stanów podniecenia psychoruchowego w schizofrenii miał wyniknąć z rzekomych spostrzeżeń rzadkich przypadków, w których objawy schizofreniczne cofały się, gdy chory dodatkowo zapadł na parkinsonizm” [10].

Późniejsze publikacje czynią nieco inne próby wyjaśnienia działania chlorproma-

zyny. Zdaniem Jaroszyńskiego [14] mechanizm działania chlorpromazyny obejmuje: hamowanie niektórych ośrodków OUN zwłaszcza formatio reticularis z wtórnym wpływem na korę mózgową, u którego podstaw leży obniżenie utleniania i przemiany węglowodanowej w neuronach. Autor ten wspomina także o działaniu na układ wegetatywny oraz działaniu adrenolitycznym, antyhistaminowym i wpływie na układ przysadkowo-nadnerczowy omawianego leku.

5. „Wiele danych świadczy o tym, że hibernacja largaktylowa przypomina leczenie snem przedłużonym w myśl wytycznych Pawłowa” [11].

Na końcu omówienia tych pierwszych polskich doświadczeń warto zacytować uwagę Bilikiewicza [10]: „Lecznictwo psychiatryczne przeżywało w ciągu ostatnich dziesiątków lat niejedną już fazę entuzjazmu. Po jakimś czasie przychodziło otrzeźwienie i dokładniejsze ustalenie jasnych i ciemnych stron nowego sposobu leczenia”. To stwierdzenie wybitnego polskiego psychiatry pozwala nam na spojrzenie z dystansem na cytowane w tej pracy spostrzeżenia, poglądy i nadzieje. Zapewne nie można snuć prostych analogii pomiędzy sytuacją z początku lat pięćdziesiątych i końca lat dziewięćdziesiątych. Wiele źródeł pisanych, także cytowanych w tej pracy, potwierdza, że wprowadzenie do praktyki klinicznej leków psychotropowych stanowiło przełom w psychiatrii. Można zastanawiać się, w jakim stopniu zmiany w praktyce psychiatrycznej po wprowadzeniu leków przeciwpsychotycznych II generacji można porównywać z tamtymi zmianami. W moim odczuciu, zachowując pewne proporcje, jednak można, ponieważ związany jest z nimi pewien istotny postęp. Postęp ten polega na szerszym uwzględnieniu takich wymiarów, jak funkcjonowanie poznawcze chorych, ich jakość życia, możliwość redukcji objawów negatywnych czy afektywnych, a nie wyłącznie na jednowymiarowym skupieniu się na zwalczaniu i powstrzymywaniu wystąpienia objawów pozytywnych.

### **Subiektywna odpowiedź na neuroleptyki**

Wspominano już powyżej o pracach Awada i współpracowników [2, 3, 4], które znalazły tak szeroki oddźwięk w literaturze światowej. Jednak także i w tej dziedzinie okazuje się, że badania polskie poprzedzały doniesienia światowe, tyle że nie znalazły szerszego uznania. Mam tu na myśli badanie opublikowane w 1969 roku przez Irenę Bogacką [1] z Kliniki Psychiatrycznej AM w Warszawie, której kierownikiem był w tym czasie A. Jus. Otóż badania Bogackiej odnoszą się do tych samych zagadnień co badania A.G. Awada; uzyskała ona zbliżone wyniki i opublikowała je dużo wcześniej. Pisząc o kierunkach badań nad leczeniem farmakologicznym w psychiatrii, wyróżnia między innymi ten kierunek, który podejmuje wysiłki „zmierające do określenia związku pomiędzy cechami osobowości a oddziaływaniem na środki psychotropowe” [1]. Opublikowana przez Bogacką praca stawia sobie dokładnie te same cele, co późniejsze badania A.G. Awada i współpracowników. Celem tym jest ocena zależności pomiędzy postawą pacjenta wobec leczenia a wynikami psychofarmakoterapii. Przez określenie „postawa” autorka rozumie trwałe nastawienie emocjonalne do danego podmiotu. Uważa, że nastawienie to w odniesieniu do lecznictwa psychiatrycznego wynika zarówno z cech „wewnętrznych”, to znaczy z cech osobowości pacjenta (na

przykład poziomu lęku, agresji, postrzegania samego siebie), dotychczasowych doświadczeń chorobowych, poglądów na temat chorób psychicznych i ich leczenia, jak i z czynników „zewnętrznych”, ze znaczenia hospitalizacji psychiatrycznej dla pacjenta we wszystkich rodzinnych i społecznych wymiarach.

Bogacka [1] zbadała 56 pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy w Klinice Psychiatrycznej AM w Warszawie (30 mężczyzn i 26 kobiet). W grupie tej przeważały osoby ze schizofrenią paranoidalną (41 osób), pozostałe osoby były leczone z powodu schizofrenii prostej, podejrzenia schizofrenii oraz zespołów urojeniowych i urojeniowo-lękowych w przebiegu kiły OUN. Do oceny nastawienia do leczenia użyła opracowanego przez Institute of Living kwestionariusza (Psychiatric Attitudes Battery) mierzącego postawę wobec szpitala psychiatrycznego, psychiatry oraz leczenia. Kwestionariusz ten składał się z 12 pytań, na które można udzielić trzech możliwych odpowiedzi oznaczających wybór postawy pozytywnej, neutralnej i negatywnej [1]. Postawę pacjenta oceniano także na podstawie informacji od lekarzy, pielęgniarek, obserwacji zachowania na oddziale. Tu także posłużono się oceną trzystopniową – postawy pozytywnej, neutralnej i negatywnej.

Spośród badanych pacjentów 22 ujawniło wobec leczenia postawę pozytywną, a 17 negatywną (pozostali postawę neutralną). Uzyskane wyniki wskazywały na wyraźną korelację pomiędzy postawą wobec leczenia a stopniem poprawy „według klasyfikacji międzynarodowej” [1] w grupie pacjentów o postawie negatywnej. W grupie tej spośród 17 pacjentów aż 9 (53%) osiągnęło najniższy wskaźnik poprawy, podczas gdy w grupie chorych ujawniających postawę pozytywną wobec leczenia tylko 27,3% zostało ocenionych na poziomie najniższego stopnia poprawy. W grupie osób wykazujących postawę pozytywną przeważały osoby z pośrednim stopniem poprawy w skali trójstopniowej (13 osób, to jest 59%). W sumie, wśród osób ujawniających postawę pozytywną, 16 osób spośród 22 (72,7%) uzyskało poprawę kliniczną ocenianą jako pośrednia i wysoka.

Wyniki te sugerowały jednoznacznie istnienie zależności pomiędzy postawą pacjenta wobec farmakoterapii a jej wynikami, choć uzyskane współczynniki korelacji Bogacka ocenia jako „słabą zależność”. To, co wymaga według mnie podkreślenia, to fakt, że badała ona dokładnie to samo, co kilka lat później stało się przedmiotem badań w innych ośrodkach – zależność między postawą pacjenta a wynikami leczenia. W moim odczuciu autorce tej należy się tu uznanie jej pierwszeństwa w zapoczątkowaniu kierunku badań, który rozwinął się wiele lat później i rozwija się nadal. Także w innych pracach polskich autorów można napotkać wyraźne wskazówki, że doceniali oni znaczenie czynników subiektywnych w przebiegu farmakoterapii schizofrenii. Na zakończenie wypada zgodzić się z Welbelem [15], który zauważył: „Sprawa oceny zmiany stanu psychicznego pod wpływem leku ma jednak nieco szerszy aspekt niż tylko ocenę ustąpienia lub zmniejszenia nasilenia objawów”. Jego zdaniem wymaga to uwzględnienia także „przystosowania społecznego i subiektywnego samopoczucia pacjenta” [15].

## **Wnioski**



1. Psychologiczne aspekty przeżywania przez pacjentów leczenia nowo wprowadzonymi lekami znajdują odzwierciedlenie w opisach pierwszych doświadczeń klinicznych z tymi lekami.
2. Nowo wprowadzane leczenie farmakologiczne w schizofrenii zawsze budzi nadzieję na postęp w skuteczności oddziaływań psychospołecznych w tej chorobie.
3. Za pioniera nowoczesnych badań dotyczących subiektywnych aspektów farmakoterapii należy uznać Irenę Bogacką z Kliniki Psychiatrycznej AM w Warszawie.

**Ńóáúłęńcáúł rńđłęńú órđęřęńłđrd'čč řčńđłłčč á đ'łđčáł áálálıč' óëıđđđđęřčđř á đ'ńčóčřńđč-łńęóť đ'đřęńčó á Đđüřł**

**Ńđđłđřłđ**

Áálálıč á él-łłčł áłęüıúó óëıđđđđęřčđř áúëı čřř-čńłęüıúë đ'łđłëıë á đ'ńčóčřńđč-łńęđ áłčálęńńáčč. Á Đđüřł élęřđńńáł łř-řëł nál đ'đčłłłłčł łńłıüť č ččëłé 1954 ářář, ř đřáńńú, łńłń' účłń' ç ł, đ'đčłłłłčł áúëč łđ'óáëččęářıř á 1955 ářáo. Íłęıńđłł čč řńčó đřáńń đ'đčłń'ń čłńłđłńıúł čłóđđřóčč, łńłń' účłń' ç nóáúłęńcáúłé rńđłęńřé él-łłč' . Á řńčó đřáńńđ' nłđłđčřńń' łđ'čńřłč' đłë' óčč áłęüıúó, ó çıńđłłđ' łńł-łłł' óëó-řłłčł đ'ńčóč-łńęđáł' nłńń' łč' , ř nřęčł -óáńńář áłęüıúó, č čó nđřáłłčł ł nđřáčóčłııüčč éłńářčč él-łłč' nłń áđłłčł, n.ł. řłęłńđřłęđáłé č čłńóččłńłđřđčč. Řáńđł łáńóčářřń čččłłčł' řńđłńłđł đ'ńčóčřńđč-łńęčó łńáłłččé đ'ńłł áálálıč' łááıáł él-łáńńáł éłńář. Á řńčó đřáńńđ' nłđłđčřńń' nřęčł čłóđđřóčč ł nłóčřęüıńë çıńłęńńł él-łłč' . Nłłčł đ'řóčłńıá nřčč čńęřčč élęřđńńáł, đ'đńččč áđř-łé nłáęřńč' łř đ'dłáłłłłłčł nřęđáł' él-łłč' . Đı łńıřłłčł ç él-łłčł óëıđđđđęřčđřé ná' čúářččńú ł-łıú đ'đłččł łřáłčáü ł nłčč, çřęčł á łřńńı úłł áđł' łřđđřáłłıú łř đ'đčłłłłčł élęřđńńáł II áłłđřóčč. Áńł' çřčłńłđłńářıřıúł n-čńřřń, -ńı łáúł đ'đłđřđřńú đ'đččłł'ıúł áłęüıúé, óëó-řřřń đ'đłłłń đ'ńčóčřńđřđčč.

Íáńóčáłř đ'řęńęř' đřáńńř, łđ'óáëččęářıř' á 1969 ářáo, çıńđđř' čřř-čńłęüıı łđ'łđłčřłń čđđáúł čńńłáıářłč' łř nłčó nóáúłęńcáúłó rńđłęńřá él-łłč' , đ'đčłł' nłóıčóť, ł đřęđřáńńřıřłł đ'ıçáłł, éłńáıářłčč č đ'đčáıáčč ç áččçččč áúáıářé.

**Subjektive Aspekte der Pharmakotherapie in Schizophrenie  
in der Zeit der Einführung von Chlorpromazin in psychiatrische Praxis in Polen  
– Literaturübersicht**

**Zusammenfassung**

Die Einführung in die Behandlung von Chlorpromazin war eine bedeutende Wende im psychiatrischen Arzneiwesen. In Polen begann man es im Herbst und Winter 1954 anzuwenden, und die Arbeiten über seine Anwendung wurden 1955 veröffentlicht. Manche von diesen Arbeiten geben interessante Informationen über subjektive Aspekte der Behandlung. Sie enthalten Berichte der Patienten, die eine Besserung des psychischen Zustandes erreichten und verglichen die Empfindungen der Patienten, die mit traditionellen Methoden und Chlorpromazin behandelt wurden. Sie besprechen die Stimmungsänderung in den psychiatrischen Abteilungen nach der Einführung der neuen Behandlungsmethode. Diese Arbeiten berichten auch über den sozialen Behandlungskontext, Medikamentenbesorgung durch die Familien und die Bitten an die Ärzte über die Behandlung mit diesem Medikament, die Notwendigkeit der Einwilligung der Vorgesetzten in die Behandlung. Man setzte ähnliche Hoffnungen in die Behandlung mit Chlorpromazin wie man jetzt in die Medikamente der II. Generation setzt: dass die Kranken nach der Behandlung mit ihnen auf die Psychotherapie empfänglicher werden. Man bespricht auch eine polnische Arbeit, die 1969 veröffentlicht wurde, und die den Weltforschungen an den subjektiven Aspekten der Behandlung weit voraus ist. In der Arbeit wurde eine ähnliche Methodologie angewendet wie die später bearbeitete und es wurden ähnliche Schlussfolge-

rungen gezogen.

## Les aspects subjectifs de la pharmacothérapie de la schizophrénie au cours de l'introduction de chlorpromazine en Pologne – revue de littérature

### Résumé

L'introduction de chlorpromazine constitue un moment décisif dans la thérapie psychiatrique. En Pologne on commence à appliquer la chlorpromazine en automne 1954 et les premiers travaux concernant cette thérapie ont été publiés en 1955. Certains de ces articles présentent des informations très intéressantes concernant les aspects subjectifs de cette thérapie. Ils décrivent les opinions des patients dont l'état psychique s'est amélioré après cette thérapie et ils les comparent avec les opinions des patients suivant les méthodes traditionnelles (électrochoc). Ils présentent aussi les changements de l'atmosphère dans les hôpitaux psychiatriques et le contexte social de cette thérapie – sollicitations des familles des malades adressées aux médecins, nécessité d'obtenir le consentement du chef pour pouvoir commencer cette thérapie. La thérapie de chlorpromazine éveillait de grandes espérances pareilles aux espérances adressées aux aujourd'hui aux médicaments de la II génération – on supposait que les patients seraient plus susceptibles à la psychothérapie. Les auteurs parlent aussi d'une publication polonaise de 1969 qui précède les travaux de ce genre dans le monde et qui utilise la méthodologie similaire à la méthodologie élaborée plus tard ainsi que qui tire des similaires conclusions.

### Piśmiennictwo

1. Bogacka I. *Wpływ postawy pacjenta wobec leczenia na wyniki psychofarmakoterapii*. Psychiatr. Pol. 1969; 3, 6: 671–674.
2. Awad AG, Hogan TP. *Early treatment events and prediction of response to neuroleptics in schizophrenia*. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry 1985; 9: 585–588.
3. Awad AG, Hogan TP. *Drug therapy in schizophrenia – prediction of outcome [abstrakt]*. Schizophr. Res. 1988; 1: 1222.
4. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. *A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity*. Psychol. Med. 1983; 13: 177–183.
5. Cunningham Owens DG. *A guide to the extrapyramidal side-effects of antipsychotic drugs*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999, s. 2–8.
6. Piekarska A. *W sprawie stosowania largaktylu w leczeniu chorób psychicznych (doniesienie pierwsze)*. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol. 1955; 6: 624–634.
7. Falicki Z, Gałuszko P, Jaworska I, Kielak L, Sulestrowski W. *Próba oceny wartości leczniczej largaktylu na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń w Klinice Chorób Psychiczych AM w Gdańsku*. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol. 1956; 3: 314–320.
8. Bukowczyk A. *Szkic postępowania podczas leczenia largaktylem w Klinice Psychiatrycznej AM w Łodzi*. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol. 1955; 4: 431–434.
9. Krasilewicz R. *Leczenie largaktylem (chlorpromazyną) w Kochanówce*. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol. 1957; 7: 29–40.
10. Bilikiewicz T. *Leczenie largaktylem w psychiatrii*. Wiad. Lek. 1955; 2: 82–88.
11. Sulestrowski W. *Przypadki psychoz wyleczonych largaktylem*. Wiad. Lek. 1955; 8: 369–373.
12. Bukowczyk A. *O zastosowaniu leczniczym rezerpiny (serpasilu) w psychiatrii*. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol. 1956; 1: 73–79.
13. Flatau J, Piątkowska H, Piekarska A. *Dotychczasowe wyniki leczenia schizofrenii largaktylem*. Materiały Zjazdu Naukowego Neurologów, Neurochirurgów i Psychiatrów Polskich, Poznań 29.11–01.12.1956. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol. 1957; 4 (dodatek): 663–664.
14. Jaroszyński J. *Z zagadnień leczenia schizofrenii*. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol. 1957; 4: 513–516.

- 
15. Welbel L. *Trudności oceny wyników farmakologicznego leczenia schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 1980; 14, 1: 51–57

Otrzymano: 22.10.2002

Zrecenzowano: 13.01.2003

Przyjęto do druku: 30.01.2003

Adres: III Klinika Psychiatryczna  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego

