

## Psihijatrija u prvoj polovici 20. stoljeća:

### Sukob paradigmi, institucionalna kontrola i otpor pacijenata

Autor: Davor Moravek

#### Sažetak

Rad detaljno analizira ključne promjene u psihijatrijskoj teoriji i praksi tijekom prve polovice 20. stoljeća. Središnji je fokus na sukobu između biološko-nozološkog i psihoanalitičkog pristupa te na razornom utjecaju eugenike koja je, transformirana u alat državne opresije, kulminirala programima prisilne sterilizacije i eutanazije (nacistički program *Aktion T4*). Posebna se pozornost posvećuje rodnoj pristranosti u dijagnostici, patologizaciji ženske neovisnosti i funkcioniranju azila kao „totalnih institucija”. Njihov je disciplinarni karakter u prenapučenim uvjetima omogućio primjenu radikalnih, empirijski neutemeljenih somatskih intervencija poput terapija inzulinskim komama, ranih oblika elektrokonvulzivne terapije te prefrontalne lobotomije. Unatoč izrazitom medicinskom paternalizmu, rad ističe agenciju pacijenata koji su kroz autobiografske zapise, literaturu i rane pokrete za mentalnu higijenu pružali aktivan otpor deindividualizaciji. Naposljetku, povijesna analiza izravno se povezuje sa suvremenim etičkim dilemama, specifično s posljedicama promašene deinstitutionalizacije te s raspravama o medicinski potpomognutom umiranju (MAID/EAS) za psihijatrijske pacijente, argumentirajući nužnost očuvanja epistemološke poniznosti i strogih etičkih okvira u suvremenoj medicini.

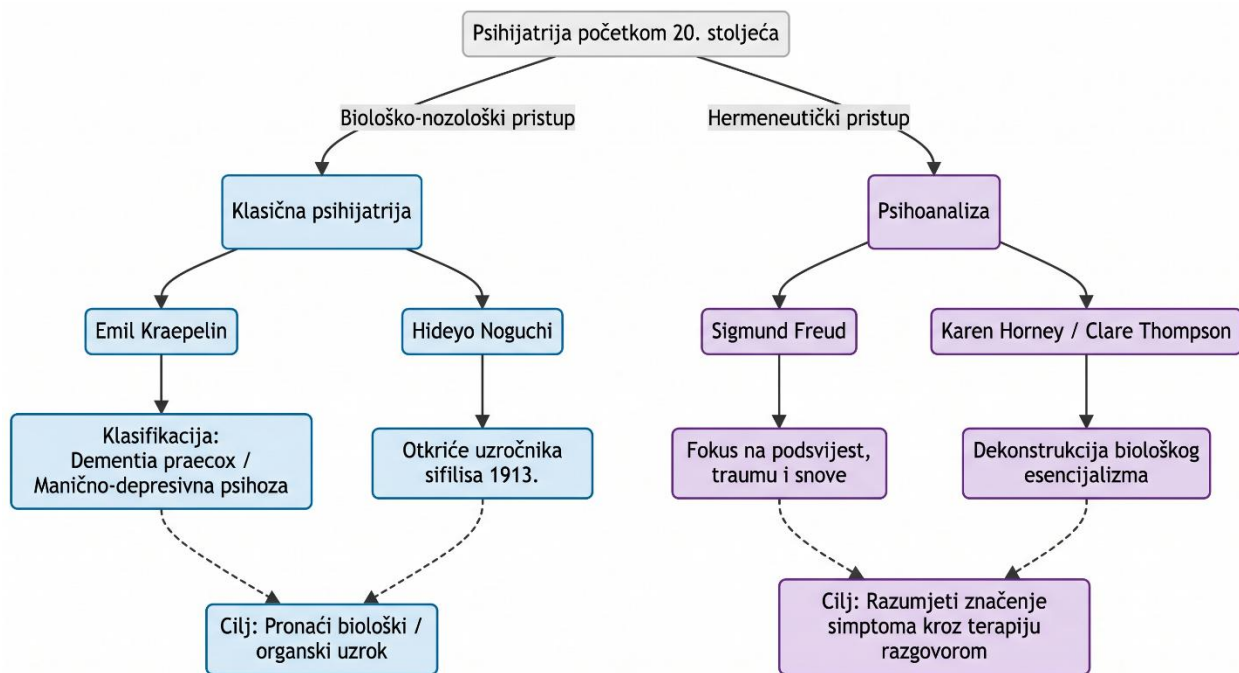
**Ključne riječi:** *povijest psihijatrije, eugenika, institucionalizacija, totalne institucije, radikalne somatske terapije, rodna pristranost, medicinska etika.*



## Uvod: Medicinski model, empirijski proboji i sukob paradigmi

Prva polovica 20. stoljeća predstavljala je najdinamičnije i najkontradiktornije razdoblje u povijesti psihijatrije. Nakon 19. stoljeća, koje je obilježila izgradnja masovnih azila zamišljenih kao mjesta moralnog oporavka, stvarnost se pretvorila u prenapučena skladišta kroničnih bolesnika. U takvim je uvjetima struka očajnički tražila znanstveni legitimitet. Središnji sukob ovoga doba bila je paradigmatološka bitka između dvaju pristupa: klasične (biološko-nozološke) psihijatrije i rastuće psihoanalize.

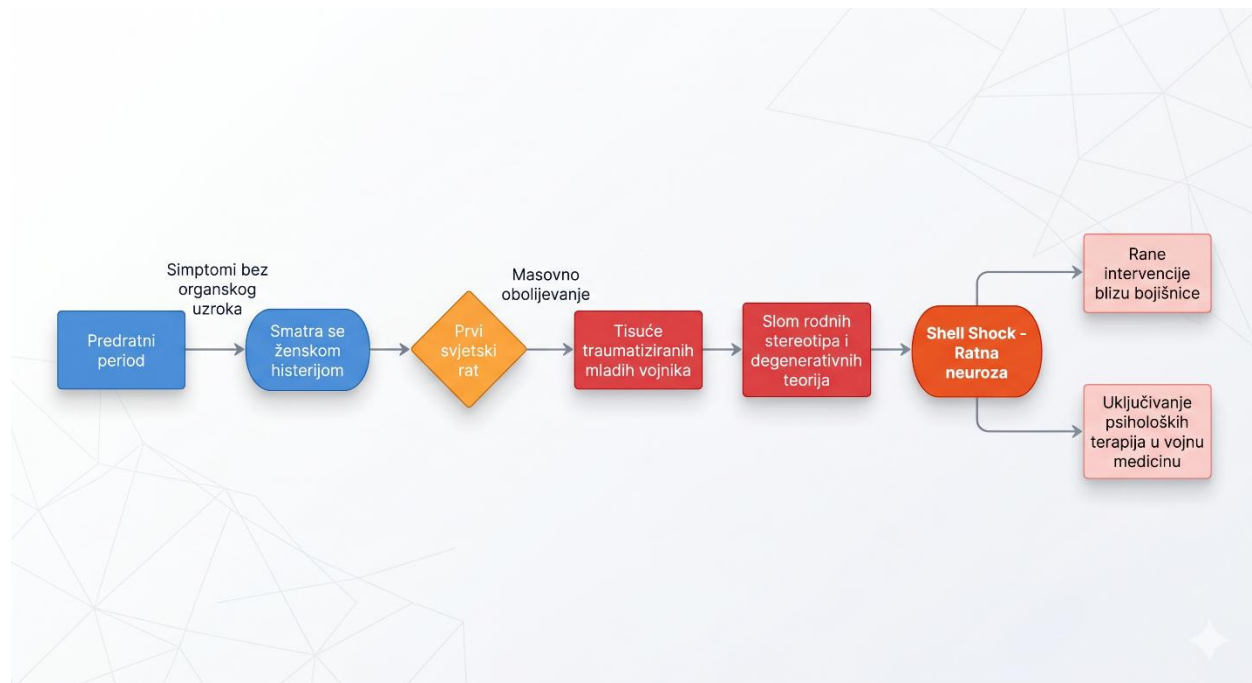
S jedne strane, kliničari poput njemačkog psihijatra Emila Kraepelina postavili su temelje suvremene dijagnostike pomnim praćenjem tijeka bolesti, razdvajajući dijagnozu *dementia praecox* – koju će švicarski psihijatar Eugen Bleuler 1911. godine rekonceptualizirati i preimenovati u *shizofreniju* – od manično-depresivne psihoze (Kraepelin, 1899). Ovaj biomedicinski redukcionizam dobio je snažnu empirijsku potvrdu 1913. godine kada je mikrobiolog Hideyo Noguchi otkrio *Treponemu pallidum* (uzročnika sifilisa) u mozgovima pacijenata preminulih od progresivne paralize. Rješavanje misterija bolesti, koja je u to vrijeme punila i do 20 % kreveta u azilima te izazivala teška kognitivna i motorička propadanja, stvorilo je golemi optimizam da će se za apsolutno sve mentalne bolesti uskoro pronaći jasan organski uzrok (Shorter, 1997). Nasuprot tome stajala je Freudova psihoanalitička škola, koja je fokus prebacila s biologije na hermeneutiku podsvijesti i traume. Ovaj epistemološki rascjep između „psihijatrije mozga” i „psihijatrije uma” definirat će cijelo 20. stoljeće (Berrios, 1996).



## Utjecaj ratova: *Shell shock* i prepoznavanje traume

Ključni katalizator promjena u psihijatrijskoj paradigmi bio je Prvi svjetski rat. Fenomen ratne neuroze, u anglosaksonskoj literaturi poznat kao *shell shock*, prisilio je psihijatriju da prizna postojanje duboke psihičke traume u razmjerima koji su se dotad smatrali nemogućima za odrasle muškarce. Do tada su somatski simptomi stresa, poput neobjašnjive paralize, sljepoće, mutizma ili teških disocijacija bez jasnog organskog uzroka, uglavnom bili rezervirani za „žensku histeriju”. U početku rata vojni su liječnici ove vojnike tretirali disciplinskim mjerama, optužbama za dezerterstvo ili bolnom električnom stimulacijom (faradizacijom) koja je služila kao gruba averzivna terapija.

Međutim, masovno obolijevanje vojnika srušilo je rodne stereotipe i degenerativne teorije koje su tvrdile da mentalno obolijevaju isključivo genetski „inferiorni” pojedinci. Suočeni s desecima tisuća traumatiziranih, do tada potpuno zdravih mladića, vojne vlasti u Britaniji i SAD-u morale su integrirati psihološke i psihoanalitičke pristupe u liječenje (npr. rad W. H. R. Riversa s traumatiziranim časnicima). Ovo je razdoblje označilo početak destigmatizacije traume i prebacivanja fokusa sa stroge, kronične institucionalizacije na rane i aktivne intervencije blizu bojišnice, što će znatno kasnije poslužiti kao temeljni model za psihijatriju u zajednici.



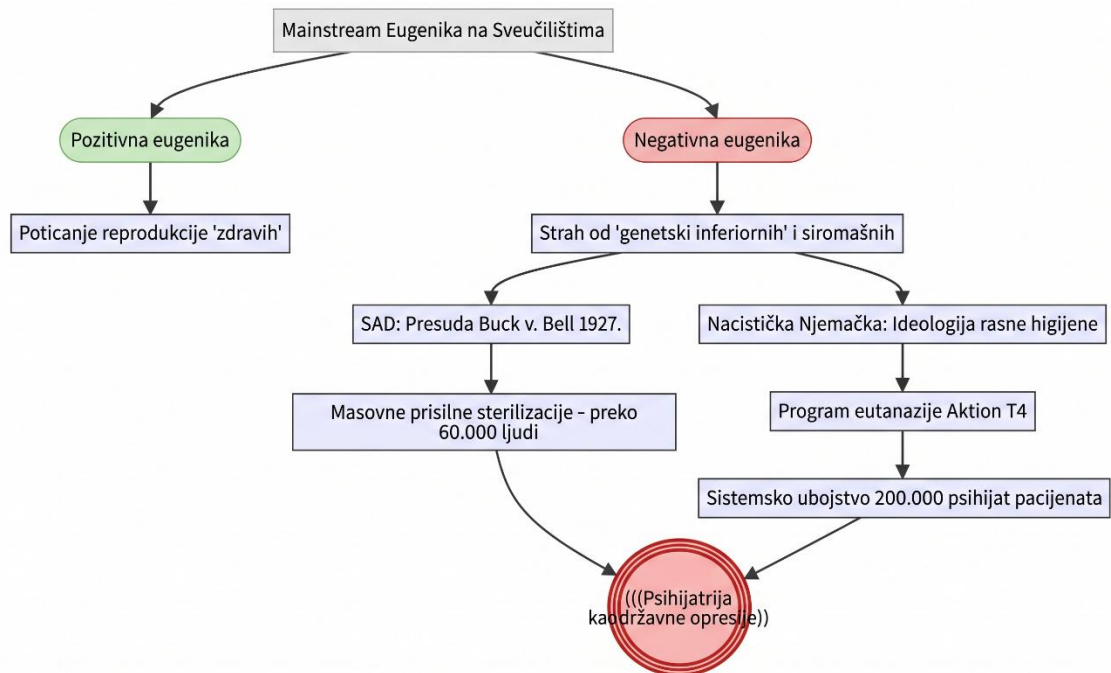
## Eugenika kao *mainstream*: Od znanstvenog optimizma do *Aktion T4*

Najopasnija zabluda o eugeničkom pokretu jest njezino naknadno etiketiranje kao „pseudoznanosti” proizašle isključivo iz desnog i radikalnog političkog spektra. U prvoj polovici 20. stoljeća eugenika je bila *mainstream* znanstvena paradigma na vodećim zapadnim sveučilištima, snažno financirana od strane uglednih filantropskih zaklada poput Carnegie i Rockefeller (Cohen, 2010). Zanimljivo je da su eugeniku – tada podijeljenu na „pozitivnu” (poticanje reprodukcije „zdravih”) i „negativnu” (sprečavanje reprodukcije „nezdravih”) –

podržavali i brojni ljevičari, socijalni utopisti i progresivci, poput britanskog Fabijanskog društva ili pionirke kontrole rađanja Margaret Sanger, iskreno vjerujući da se racionalnim biološkim planiranjem može iskorijeniti endemsko siromaštvo i bolest.

Međutim, negativna eugenika vrlo se brzo pretvorila u smrtonosni alat državne opresije. Smatrajući da psihijatrijski pacijenti, osobe s intelektualnim teškoćama, kriminalci pa čak i siromašni predstavljaju prijetnju biološkom integritetu i ekonomiji nacije, države su preuzele nadzor nad reprodukcijom. Vrhunac institucionalizacije ovog pristupa u SAD-u označila je zloglasna presuda Vrhovnog suda *Buck v. Bell* iz 1927. godine, kojom je legalizirana prisilna sterilizacija. Sudac Oliver Wendell Holmes Jr. tada je u presudi zapisao zloglasnu rečenicu: „Tri generacije imbecila su dovoljne.” Prema tom zakonskom okviru, u SAD-u je prisilno sterilizirano više od 60.000 osoba u državnim azilima.

U Europi je ista degenerativna logika radikalizirana do apsoluta. U nacističkoj Njemačkoj ona je poslužila kao ideološki temelj za program eutanazije *Aktion T4*. Krenuvši isprva s ubojstvima djece s teškoćama u razvoju, program se proširio na psihijatrijske azile, u kojima je medicinski aparat – koristeći prototipe plinskih komora koje će se kasnije primjenjivati u Holokaustu – sustavno ubio više od 200.000 psihijatrijskih pacijenata i osoba s invaliditetom. Psihijatrija je time jezivo demonstrirala kako usvajanje utilitarističke uloge „zaštitnika društvenog zdravlja” redovito rezultira potpunim napuštanjem etike skrbi za bolesnog pojedinca.



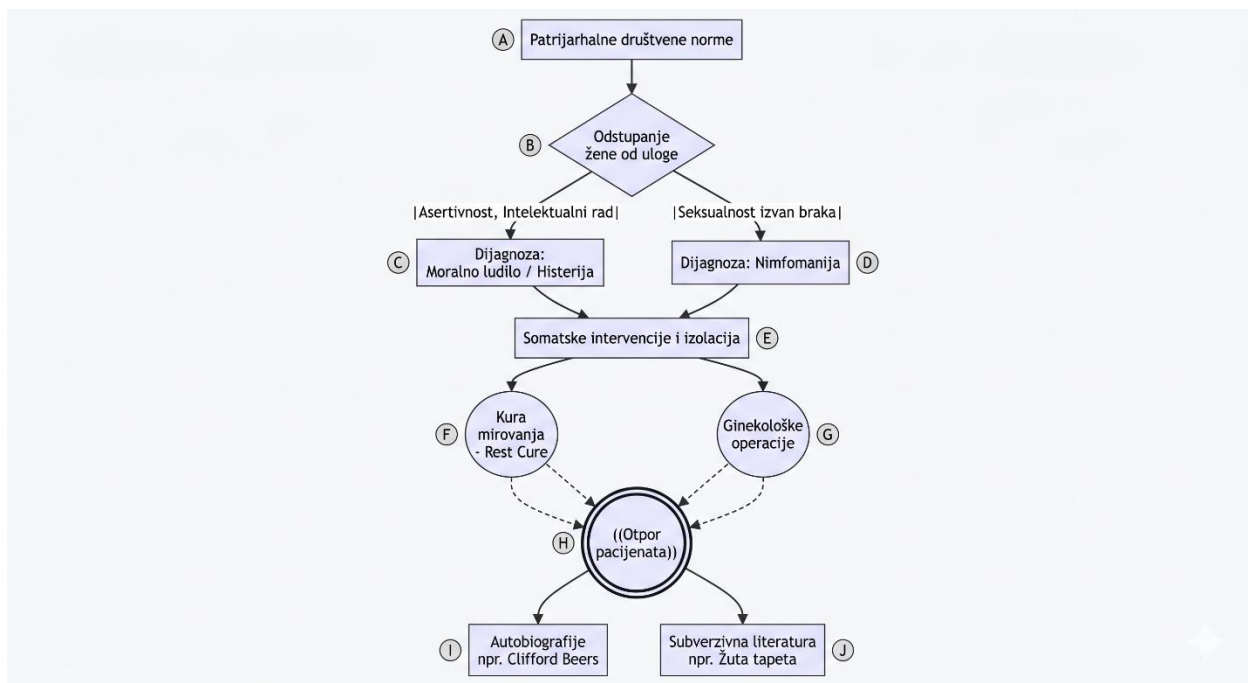
### Rodna pristranost: „Kura mirovanja”, patologizacija neovisnosti i otpor pacijenata

Jedno od najtamnijih obilježja psihijatrije u prvoj polovici 20. stoljeća bio je njezin odnos prema ženama. Psihijatrija ovoga doba odražavala je i nasilno pojačavala patrijarhalne norme svoga vremena. Dijagnoze su često služile kao mehanizam socijalne kontrole; odstupanje od očekivanih ženskih uloga – poput submisivnosti, usmjerenosti na kućanstvo i isključivo reproduktivne funkcije

– redovito se patologiziralo (Showalter, 1980). Samostalne, asertivne ili intelektualno ambiciozne žene redovito su bile izložene dijagnozama poput „moralnog ludila” (prema konceptu J. C. Pricharda iz 1835.), dok je ženska seksualnost izvan strogih bračnih okvira doživljavana kao prijetnja društvenom poretku te se patologizirala kroz dijagnoze poput „nimfomanije” (Krafft-Ebing, 1886).

Posebno je ilustrativna bila zloglasna „kura mirovanja” (engl. *Rest Cure*), koju je krajem 19. stoljeća osmislio i u 20. stoljeću popularizirao dr. Silas Weir Mitchell. Ženama koje su pokazivale znakove depresije ili „živčane iscrpljenosti” prepisivalo se tjednima dugo, strogo ležanje u krevetu, izolacija, prisilno hranjenje i potpuna zabrana svakog intelektualnog rada (čitanja, pisanja ili razgovora). Kako bi suzbila „nepoželjno” ponašanje, ranija je psihijatrija nerijetko primjenjivala i radikalne metode, uključujući ginekološke zahvate poput klitoridektomije i kastracije (ovarijektomije), čime se biološki fiksirao socijalni problem (Cohen, 2010).

Uloga psihoanalize u tom je kontekstu bila dvostruka i duboko nijansirana. Dok je Freud uvelike patologizirao žensko iskustvo kroz koncepte poput „zavisti na penisu” i inherentnog mazohizma, hermeneutički prostor psihoanalize – „terapija razgovorom” – po prvi je put ozbiljno shvatio žensku patnju kao pojavu sa značenjem koje treba dešifrirati (Freud, 1905). Iz te su tradicije proizašle disidentice i analitičarke poput Karen Horney i Clare Thompson, koje su vrlo rano počele dekonstruirati frejdovski biološki esencijalizam, ističući sociološke uzroke ženskih neuroza (Chesler, 1972).



Istovremeno, povijest psihijatrije ne smije se svesti na jednodimenzionalan narativ u kojem su pacijenti isključivo nijeme žrtve. Autonomni subjektivitet pacijenata probijao se kroz institucije. Literarni primjer subverzivnog otpora prema „kuri mirovanja” maestralno je opisala Charlotte Perkins Gilman u noveli *Žuta tapeta* (1892), djelu koje je razorilo mit o ljekovitosti medicinske

izolacije. Najsnažniji empirijski primjer pruža pacijent Clifford Beers. Njegova autobiografija *A Mind That Found Itself* (1908), u kojoj precizno svjedoči o preživljenim brutalnostima i zlostavljanju u azilu, izravno je potaknula osnivanje ranog pokreta za mentalnu higijenu (Beers, 1908). Ipak, historiografski je važno – i duboko tragično – primijetiti kako je i taj pokret, iako iznikao iz autentičnog otpora pacijenta, do 1920-ih i 1930-ih godina dobrim dijelom kooptiran od strane dominantne paradigme, skrenuvši u eugeničke vode i zagovarajući prevenciju kroz kontrolu reprodukcije „neprikladnih”. Pisanim svjedočanstvima, autobiografijama i preživljavanjem unutar azila, pacijenti su ipak uspjeli aktivno sudjelovati u dekonstrukciji mita o nepogrešivosti medicinskog autoriteta (Porter, 1987).

### Totalne institucije, „herojsko doba” somatskih intervencija i prijelomna 1952. godina

Stvarnost većine teško oboljelih pacijenata u 1930-ima i 1940-ima bili su ekstremno prenapučeni, resursima osiromašeni i slabo kadrovirani azili. Da bi se u potpunosti razumjela mehanika tih ustanova, nužno je primijeniti sociološke i filozofske alate. Kako je pokazao Erving Goffman (1961), azili nisu samo čuvali bolesne; oni su kao „totalne institucije” vršili sustavnu „mortifikaciju selfa” – razaranje prethodnog identiteta pacijenta kroz precizno osmišljene rituale prijema (oduzimanje privatne odjeće, obvezno kupanje, brijanje, dodjela bolničke uniforme i broja), čime se stvarao goli, deindividualizirani subjekt podložan strogim pravilima institucije. Michel Foucault (1961) otišao je i korak dalje, utvrdivši da azil u svojoj srži uopće ne služi liječenju ludila, već prvenstveno njegovu discipliniranju. Kroz prostornu podjelu, neprekidni nadzor i nametanje radnih zadataka, psihijatrijski aparat nastojao je transformirati „nerazumno” biće u poslušno i kontrolirano tijelo.



Unutar takvog disciplinarnog okvira te u stravičnom nedostatku učinkovitih lijekova, psihijatrija se okrenula ekstremnim somatskim zahvatima. Optimizam stvoren Noguchijevim mikrobiološkim otkrićem dobio je kliničku potvrdu 1917. godine kada je austrijski psihijatar Julius Wagner-Jauregg

uveo terapiju malarijom – namjerno inficiranje pacijenata kako bi visoka temperatura „spalila” i uništila uzročnike neurosifilisa. Za taj prvi pravi uspjeh somatske terapije u povijesti psihijatrije dobio je Nobelovu nagradu 1927. godine. Međutim, taj je golemi znanstveni trijumf postao fatalan presedan: on je izravno inspirirao nadolazeće „herojsko doba” somatskih intervencija.

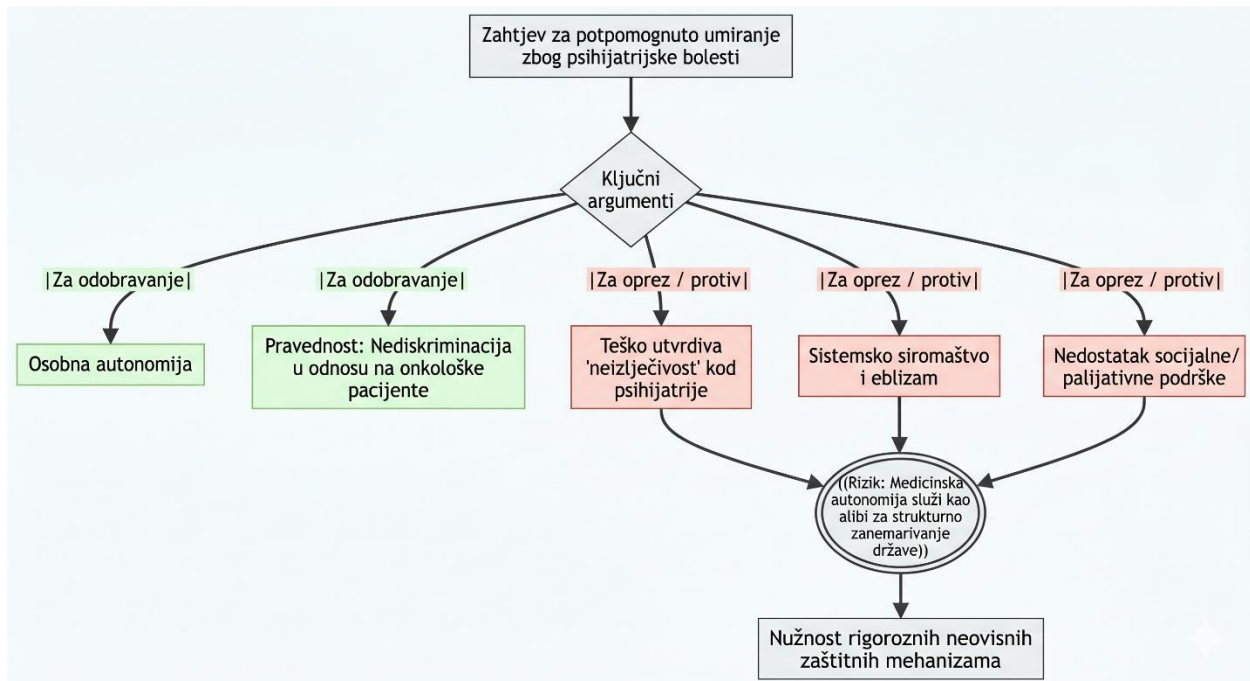
Tijekom 1930-ih, liječnici su masovno uveli agresivne šok-terapije. Manfred Sakel razvio je terapiju inzulinskom komom (1933), dok je Ladislav J. Meduna uveo konvulzivnu terapiju metrazolom. Nešto kasnije, talijanski psihijatri Ugo Cerletti i Lucio Bini razvili su elektrokonvulzivnu terapiju (EKT, 1938), koja se u svojim ranim, nemodificiranim oblicima (bez anestezije i mišićnih relaksansa) provodila toliko brutalno da su pacijenti uslijed konvulzija nerijetko trpjeli prijelome kralježnice i kostiju. Najradikalniji zahvat bila je prefrontalna lobotomija. Američki neurolog Walter Freeman popularizirao je metodu *transorbitalne lobotomije*, koja se izvodila nasilnim probadanjem instrumenta nalik šiljku za led kroz očnu šupljinu pacijenta izravno u mozak, redovito u uredskim uvjetima i bez sterilne sale (Kucharski, 1984; Scull, 1979). Postojala je jedna presudna, tragična razlika u odnosu na Wagner-Jauregg – metode iz 1930-ih nisu imale poznatog specifičnog uzročnika na kojeg bi ciljale, već su udarale naslijepo u samu strukturu mozga s isključivim i simplificiranim ciljem trajnog smirivanja agresivnih simptoma.

Unutar same struke postojao je otpor ovakvom radikalnom redukcionizmu (npr. utjecajni američki psihijatar Adolf Meyer zagovarao je „psihobiologiju”, naglašavajući važnost životnog okruženja), no era ovih masovnih invazivnih zahvata završila je prvenstveno zbog farmakološkog proboja: sinteze klorpromazina (komercijalno *Thorazine*) 1952. godine. Prvi moderni antipsihotik kemijski je suzbio simptome psihoze, promptno ispraznio odjele za lobotomiju i omogućio početak složenog i izrazito dugotrajnog procesa deinstitutionalizacije.

### **Suvremene etičke dileme: Pouke za sadašnjost i odjeci prošlosti**

Iako su mračne prakse prve polovice 20. stoljeća stvar prošlosti, njihova ostavština neumoljivo traži od nas oštru analizu suvremenih etičkih dilema i posljedica naših politika zaštite mentalnog zdravlja.

Prva snažna poveznica ogleda se u arhitekturi skrbi. Iako je pokret deinstitutionalizacije (započet 1950-ih) imao plemenit cilj zatvaranja masovnih azila i premještanja skrbi u lokalnu zajednicu, kronični nedostatak ulaganja u ambulantnu socijalnu infrastrukturu doveo je do tragičnih rezultata. Danas kronična skloništa za beskućnike i prenapučeni zatvorski sustavi u mnogim zapadnim zemljama *de facto* funkcioniraju kao moderni supstituti za povijesne azile. U njima se iznova replicira stara praksa prostorne segregacije, kontrole i nadzora nad najsiromašnijim osobama s teškim mentalnim bolestima, potvrđujući Foucaultovu tezu da moć samo mijenja svoje forme, ali ne i disciplinarnu suštinu.



Druga, i danas najočitija rasprava, prelama se preko pitanja medicinski potpomognutog umiranja (engl. *Medical Assistance in Dying*, MAID; i *Euthanasia and Assisted Suicide*, EAS) za pacijente isključivo s mentalnim bolestima (praksa koja je prisutna u Nizozemskoj i Belgiji te je predmet intenzivnih zakonodavnih odgoda i bioetičkih debata u Kanadi). Strogo gledano, suvremeni sustavi potpomognutog umiranja nemaju izravne veze s povijesnom eugenikom: u njima apsolutno nema državne prisile ni degenerativne rasne teorije, a temeljni i najjači argument zagovornika jest uvažavanje osobne autonomije pacijenta koji neizdrživo pati, tvrdeći da bi odbijanje zahtjeva predstavljalo diskriminaciju psihijatrijskih pacijenata u odnosu na onkološke bolesnike.

Međutim, brojni kritičari – uključujući stručnjake za etiku invaliditeta i pojedine psihijatrijske udruge – postavljaju iznimno precizno epistemološko i moralno pitanje: može li se autonomija u kontekstu teške, terapijski rezistentne depresije (stanja koje klinički i inherentno narušava osjećaj nade i percipirane vrijednosti vlastitog života) smatrati etički jednakom autonomiji pacijenta s terminalnim rakom? Upozorenja kritičara ne impliciraju vraćanje u medicinski paternalizam iz Freemanovog doba, već artikuliraju strah da bi u društvima narušenih sustava socijalne skrbi eutanazija mogla postati sistemski „autonomni” izlaz iz situacija koje su zapravo posljedica strukturnog siromaštva, eblizma i napuštenosti.

Povijest ranog 20. stoljeća uči nas neizmjernom oprezu: ono što počinje kao plemenita medicinska intencija ublažavanja patnje, ako ostane bez čvrstih društvenih osigurača i podrške životu, može prešutno dovesti do opasnog društvenog zaključka da su određeni životi naprosto preskupi ili preteški za održavanje. Stoga, uz duboko poštivanje osobne autonomije pacijenta, smatramo da suvremeni zakonodavni okviri moraju obvezno uključivati rigorozne, neovisne zaštitne mehanizme. Ti mehanizmi moraju nedvojbeno osigurati da zahtjev za eutanazijom proizlazi isključivo iz klinički neublažive patnje, a nipošto iz izlječivih socijalnih deficita, nedostatka

adekvatne palijativne i psihosocijalne podrške ili sistemskog eblizma.

## Zaključak

Prva polovica 20. stoljeća bolno nas uči da psihijatrija, značajnije i riskantnije nego ijedna druga medicinska grana, operira na izrazito krhkoj granici između biomedicinskih činjenica i fluidnih društvenih konstrukata. Kada je ta granica kroz povijest bila institucionalno zanemarivana u korist eugeničkih ideologija države, slijepog patrijarhata ili ekstremnog neurološkog redukcionizma, psihijatrija je neumitno postajala alat opasne društvene opresije i gubila svoj liječnički etos.

Suvremena psihijatrijska i medicinska misao iz ovog bi formativnog razdoblja trebala usvojiti jedan temeljni postulat – **epistemološku poniznost**. Psihijatrija nije i ne može biti isključivo neurobiologija, kao što nije ni puki socijalni konstrukt u potpunosti lišen biologije; ona je po svojoj inherentnoj prirodi duboko integrativna disciplina o složenosti ljudske patnje. Sposobnost struke da izdrži tu epistemološku napetost, uvažavajući neporecivu biološku realnost mentalne bolesti, ali istovremeno čvrsto braneći neotuđivi subjektivitet, povijesni kontekst i istinsku autonomiju pacijenta, jedina je stvarna brana protiv ponavljanja zloglasnih zabluda iz prošlosti. Samo ako psihijatrijska praksa zadrži oštru kritičku svijest o vlastitim granicama i društvenim funkcijama, moći će ispuniti svoju primarnu, najplemenitiju ulogu utemeljenu u Hipokratovoj tradiciji: nepokolebljivo liječenje i skrb za najranjivije članove našeg društva.

---

## Reference

- Beers, C. W. (1908). *A mind that found itself*. Longmans, Green, and Co.
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge University Press.
- Chesler, P. (1972). *Women and madness*. Doubleday.
- Cohen, B. M. Z. (2010). *Mental illness and psychiatry: The 20th and early 21st centuries*. Routledge.
- Foucault, M. (1961). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. Pantheon Books.
- Freud, S. (1905). *Three essays on the theory of sexuality*. Imago Publishing.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books.
- Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aertze* (6. izd.). Verlag von Johann Ambrosius Barth.
- Kucharski, A. (1984). History of frontal lobotomy in the United States, 1935–1955. *Neurosurgery*, 14(6), 765–772. <https://doi.org/10.1227/00006123-198406000-00018>
- Porter, R. (1987). *A social history of madness: The world through the eyes of the insane*. Weidenfeld & Nicolson.

Scull, A. (1979). *Museums of madness: The social organization of insanity in nineteenth-century England*. Allen Lane.

Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley & Sons.

Showalter, E. (1980). *The female malady: Women, madness, and English culture, 1830–1980*. Pantheon Books.

### Literatura za daljnje proučavanje

Braslow, J. T. (1997). *Mental ills and bodily cures: Psychiatric treatment in the first half of the twentieth century*. University of California Press.

Dowbiggin, I. (1997). *Keeping America sane: Psychiatry and eugenics in the United States and Canada, 1880–1940*. Cornell University Press.

Gilman, C. P. (1892). The yellow wallpaper. *The New England Magazine*, 5(5), 647–656.

Grob, G. N. (1994). *The mad among us: A history of the care of America's mentally ill*. Free Press.

Kevles, D. J. (1985). *In the name of eugenics: Genetics and the uses of human heredity*. Knopf.

Laing, R. D. (1960). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Tavistock Publications.

Lombardo, P. A. (2008). *Three generations, no imbeciles: Eugenics, the Supreme Court, and Buck v. Bell*. Johns Hopkins University Press.

Metzl, J. M. (2009). *The protest psychosis: How schizophrenia became a black disease*. Beacon Press.

Novella, E. J. (2010). Mental health care and the politics of inclusion: A social systems account of psychiatric deinstitutionalization. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31(6), 411–427.  
<https://doi.org/10.1007/s11017-010-9158-7>

Scull, A. (2015). *Madness in civilization: A cultural history of insanity, from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine*. Princeton University Press.

Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Hoeber-Harper.

Whitaker, R. (2002). *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Perseus Publishing.