

Pogranicza psychozy – nosologiczne propozycje polskich psychiatrów dwudziestolecia międzywojennego

Borderlines of psychosis – nosological propositions of Polish psychiatrists of the interwar period

Jan Kornaj

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Summary

This paper examines nosological categories relating to borderlines between psychosis and other clinical categories, introduced by Polish psychiatrists in the interwar period. In the United States, the discussion about the borderline between neuroses and psychoses was urged by the 1938 article by psychoanalyst Adolph Stern. In Poland, nosological categories regarding the borderline between neuroses and psychoses were proposed by Adam Wizel, Maurycy Bornsztajn, Jan Nelken, and Władysław Matecki. Wizel coined the term ‘underdeveloped schizophrenia’, Bornsztajn introduced ‘*schizothymia reactiva*’ and ‘hypochondriac (somatopsychic) schizophrenia’, Nelken described ‘mild schizophrenia’, first introduced by Moscow psychiatric school of Rosenstein, and Matecki presented the category of neurosis-like (pseudo-neurotic) schizophrenia. Additionally, Julian Dretler, after studying the borderline between schizophrenia and manic-depressive psychosis, coined the term ‘mixed psychosis’ and expressed conviction that it is an independent nosological entity. Like in the United States, the majority of Polish pioneers of the nosological studies of borderline cases were influenced by psychoanalysis. As a consequence of World War II and the new regime, which forced dialectical materialism and Pavlovism as an official ideology of psychiatry and condemned psychoanalysis, the categories presented in the article became forgotten and have not impacted Polish psychiatric nosology.

Słowa kluczowe: pogranicze, historia, psychoza

Key words: borderline, history, psychosis

Wstęp

Na trudność zakwalifikowania niektórych postaci choroby psychicznej do kategorii nerwicy lub psychozy zwrócił uwagę jako pierwszy w 1919 roku amerykański psychoanalityk Leon Pierce Clark [1]. W 1921 roku Thomas Verner Moore [2] po raz

pierwszy użył określenia *borderline* do nazwania pogranicznych stanów. Poruszony przez Clarka i Moore'a problem nie od razu przykuł szerszą uwagę. Dyskusja wokół przypadków z pogranicza nerwic i psychoz rozpoczęła się w środowisku amerykańskich psychoanalityków i psychiatrów dopiero po artykule Adolpha Sterna [3] z 1938 roku. Zainteresowanie kategorią *borderline* ugruntował swoim tekstem w 1953 roku Robert Knight [4]. W latach 60. XX wieku sposób rozumienia *borderline* stopniowo przesuwano się z pogranicza pomiędzy nerwicą a psychozą w kierunku zaburzeń charakteru/osobowości. W 1980 roku wraz z wydaniem DSM-III [5] zaburzenie osobowości *borderline* stało się oficjalną kategorią diagnostyczną, co poskutkowało jej światową ekspansją. Echa koncepcji *borderline* z lat 40. i 50. XX wieku, postrzegających psychopatologię z pogranicza jako blisko spokrewnioną ze spektrum schizofrenii, znalazły wyraz w konstrukcji kryteriów schizotypowego zaburzenia osobowości, również wprowadzonego w DSM-III [6]. Dzisiaj *borderline* jest jedną z najpopularniejszych kategorii diagnostycznych, a zarazem jedną z najbardziej kontrowersyjnych [6, 7].

Do rozwoju kategorii *borderline* przyczyniło się dwoje klinicystów polskiego pochodzenia: Helena Deustch i Gustaw Bychowski. Praca Deustch [8] z 1942 roku opisująca funkcjonowanie osobowości nazwanej przez nią „jak-gdyby” (*“as if” personality*) jest wymieniana przez historyków jako pierwszy tak głęboki opis kliniczny psychopatologii z pogranicza [9–11]. Także Otto Kernberg [12] w swojej wpływowej publikacji *Borderline personality organization* z 1967 roku wskazał na zasługi Deutsch i uznał jej pracę za jedną ze swych teoretycznych inspiracji. Historycy [9–11] oraz Kernberg [12] jako ważną dla rozwoju kategorii *borderline* pozycję wskazują także artykuł *The problem of latent psychosis* Bychowskiego [13]. Helena Deutsch wyjechała z Polski wcześniej i nie napisała po polsku ani jednego artykułu, natomiast psychiatra i psychoanalityk Gustaw Bychowski wyemigrował do Stanów Zjednoczonych dopiero w roku 1939, a przedtem pracował i publikował w Polsce.

Analiza polskiej literatury psychiatrycznej dwudziestolecia międzywojennego wskazuje jednak na to, że to nie Bychowski był wiodącym badaczem starającym się ująć przypadki pograniczne w nozologiczne ramy. Polscy psychiatrzy byli płodni na tym polu. W niniejszym artykule zaprezentowane zostaną następujące kategorie nozologiczne zaproponowane przez polskich psychiatrów dwudziestolecia międzywojennego odnoszące się do problemu pogranicza psychozy: schizofrenia niedorozwinięta Adama Wizła, *schizothymia reactiva* i schizofrenia hipochondryczna (somatopsychiczna) Maurycego Bornsztajna, psychoza mieszana Juliana Dretlera, łagodna schizofrenia Jana Nelkena oraz schizofrenia nerwicopodobna (rzekomonerwicowa) Władysława Mateckiego. Jeśli chodzi o Bychowskiego, kategorię psychozy latentnej (*latent psychosis*) stworzył on dopiero w Stanach Zjednoczonych, nie będzie ona zatem tutaj prezentowana.

Schizofrenia niedorozwinięta Adama Wizła

Adam Wizel urodził się w 1865 roku w Warszawie w zasymilowanej rodzinie żydowskiej. Po ukończeniu medycyny na Uniwersytecie Warszawskim w 1889 roku wyjechał na ośmiomiesięczny staż do kliniki Salpêtrière w Paryżu, gdzie uczył się między innymi od Jeana-Martina Charcota. W 1898 roku został ordynatorem oddziału

psychiatrycznego Szpitala Starozakonnych na Czystem – stanowisko to piastował do śmierci w 1928 roku [14].

W wydanej w 1925 roku pracy postulował wprowadzenie kategorii schizofrenii niedorozwiniętej [15]. Proponował klasyfikować w ten sposób „te przypadki schizofrenji, w których objawy kliniczne nie dochodzą do pełnego rozwoju, a niekiedy występują jedynie w formie zarodkowej” [16, s. 194]. Propozycję swoją wywiódł z krytyki współczesnych mu koncepcji schizoidu, promowanych przez Bleulera i Kretschmera, a wysuniętych przez niemieckich psychiatrów Bumkego i Berzego, których zdaniem schizoid był raczej poronną postacią schizofrenii niż typem charakteru [15]. Nawiązując do tego pomysłu oraz obecnego w psychiatrii francuskiej pojęcia *formes frustes* schizofrenii, stworzył Wizel kategorię schizofrenii niedorozwiniętej.

Objawem charakterystycznym dla opisanej przez Wizla postaci miały być marzenia, które polski psychiatra postrzegał jako niedorozwinięte urojenia. Jego zdaniem marzenia powstają „na gruncie afektywnym, na gruncie pewnych życzeń – z tego samego źródła afektywnego rodzą się i urojenia” [16, s. 194]. Urojenia to marzenia *in extremum*. Wizla rozumienie funkcji marzeń i urojeń jako spełnienia życzeń było inspirowane freudowską psychoanalizą. Właściwe dla dotkniętych schizofrenią niedorozwiniętą miało być także wycofanie z aktywności społecznych i realizowanie swoich dążeń w formie fantazji i marzeń [15, 16]. Badacz zwrócił również uwagę na to, że proces marzeniowej realizacji życzeń zachodził czasami w formie symbolicznej, podobnie jak w marzeniach sennych. Mimo że rozwój tego typu marzeń stanowił pewien rodzaj odwrócenia się od rzeczywistości, pacjenci ze schizofrenią niedorozwiniętą byli zdolni do krytycznego odniesienia się do swoich objawów oraz cechowali się stosunkowo dobrym przystosowaniem społecznym.

***Schizothymia reactiva* i schizofrenia hipochondryczna (somatopsychiczna) Maurycego Bornsztajna**

Maurycy Bornsztajn urodził się w 1874 roku w Warszawie w zasymilowanej rodzinie żydowskiej. Ukończył medycynę na Uniwersytecie Warszawskim w 1899 roku. W latach 1907–1908 odbył staż w Monachijskiej Klinice Psychiatrycznej prowadzonej przez Emila Kraepelina. Po śmierci Adama Wizla w 1928 roku został ordynatorem oddziału psychiatrycznego Szpitala Starozakonnych na Czystem [17]. Był jednym z najbardziej zagorzałych promotorów psychoanalizy w polskim środowisku psychiatrycznym [18]. Bornsztajn inspirował się również fenomenologią Karla Jaspersa i Eugeniusza Minkowskiego [17, 18].

Po raz pierwszy kategorię *schizothymia reactiva* Maurycy Bornsztajn przedstawił w 1916 roku [19]. Obie kategorie, *schizothymia reactiva* i schizofrenia hipochondryczna (somatopsychiczna) w załączkowej formie, znalazły się w klasyfikacji schizofrenii zamieszczonej przez Bornsztajna w 1922 roku w podręczniku *Zarys psychjatrji klinicznej*, w którym wyróżnił sześć typów schizofrenii: prosty, somatopsychiczny, schizotypiczny, hebephreniczny, katatoniczny i paranoidalny [20].

Podstawowym symptomem schizofrenii według Bornsztajna był autyzm, czyli „cecha psychiczna, polegająca na tem, że człowiek ją wykazujący ma tendencję [...]

do odgradzania się od wpływów świata zewnętrznego, do zapoznawania ich wagi i wartości, często do negocjowania ich całkowitego i stwarzania sobie własnego świata [...]” [21, s. 84–85]. Badacz krytykował Bleulera za degradację autyzmu do roli symptomu wtórnego, będącego konsekwencją procesu rozpadu skojarzeniowego, a nie jego przyczyną. Schizofrenię wyjaśniał Bornsztajn w sposób psychoanalityczny, jako regresję do pierwotnego rozwojowego stadium narcyzmu. Zaburzenia schizofreniczne postrzegał jako spektrum – od jednostek normalnych o schizoidalnej konstytucji przez postaci reaktywne do pełnoobjawowych schizofrenii. Autyzm w różnym nasileniu miał być objawem charakterystycznym dla całego spektrum.

Kategoria *schizothymia reactiva* odnosiła się do przypadków schizofrenii reaktywnej charakteryzujących się, poza obecnością autyzmu, między innymi: regresją do prymitywnego, magicznego myślenia, nagłym wybuchem i ciężkim przebiegiem. Przyczyną *schizothymia reactiva* miało być niemożliwe do zniesienia dla danej jednostki przeżycie, wyzwalające zbyt silny i niemożliwy do zniesienia stan afektywny. Występujące w tej jednostce chorobowej urojenia ograniczały się do doświadczenia, które było przyczyną wybuchu choroby – często ich treść dotyczyła usunięcia, unieważnienia cierpień wywołujących chorobę. Innym objawem było przemożne przekonanie, że wydarzy się coś złego. Urojenia o innej treści oraz zaburzenia procesów skojarzeniowych nie występowały. *Schizothymia reactiva* zwykle kończyła się remisją po kilku miesiącach, czasem po kilku latach [22].

Kategoria hipochondrycznej, inaczej somatopsychicznej, schizofrenii w wielu punktach przypominała *schizothymia reactiva*. Również była postacią reaktywną, charakteryzującą się obecnością autyzmu, nagłym wybuchem będącym konsekwencją psychologicznej traumy, zwykle o charakterze seksualnym, a także ciężkim przebiegiem. Różnica sprowadzała się do treści urojeń. Obraz kliniczny hipochondrycznej (somatopsychicznej) schizofrenii zdominowany był przez urojenia dotyczące ciała pacjenta, przyjmujące najróżniejsze postacie – od niejasnego poczucia wewnętrznej zmiany i przekształceń własnej jaźni do groteskowych przekonań, że głowa jest ze szkła, brakuje wewnętrznych organów, jedzenie zamiast do żołądka trafia do kości itp. [23, 24]. Nie występowały urojenia i halucynacje o innej treści oraz zaburzenia procesów skojarzeniowych. Przypadki hipochondrycznej schizofrenii, według Bornsztajna, zwykle kończyły się remisją, chociaż zdarzali się pacjenci chorujący przewlekle. Badacz uważał tę postać schizofrenii za formę niedorozwiniętej schizofrenii paranoidalnej.

Łagodna schizofrenia Jana Nelkena

Jan Nelken urodził się w 1876 roku we wsi Skomroszki niedaleko Kijowa. Ukończył medycynę w 1902 roku na Cesarskim Uniwersytecie w Kazaniu. Jest znany ze swojej działalności socjalistycznej i psychoanalitycznych inspiracji. W latach 1919–1934 pełnił służbę w Wojsku Polskim, a pracował w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie. W 1930 roku został kierownikiem naukowym Centrum Wyszkożenia Sanitarnego Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Ujazdowskiego. Zginął w 1940 roku w Katyniu [25].

Jan Nelken kategorię łagodnej schizofrenii zaczerpnął z psychiatrii rosyjskiej, a konkretnie z moskiewskiej szkoły Rosensteina [26]. W tekście z 1935 roku *Łagodna schizofrenja* przeanalizował europejskie koncepcje dotyczące pogranicza psychozy i nerwicy i jego zdaniem to właśnie moskiewscy psychiatrzy najtrafniej opisali specyfikę tego rodzaju psychopatologii. Nelken zwrócił uwagę na to, że systemowe naukowe zainteresowanie rosyjskich psychiatrów łagodnymi formami schizofrenii było ściśle związane z radziecką organizacją psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Rozwinięty ruch higieny psychicznej – „wyjście psychiatrii poza ściany zakładów psychiatrycznych” [26, s. 91] – pozwolił na zajęcie się ambulatoryjnymi przypadkami zaburzeń psychicznych, niewymagającymi hospitalizacji. Rosenstein, na którego powoływał się Nelken, uważał łagodną schizofrenię za odrębną jednostkę chorobową, a nie za początkową fazę rozwijającej się psychozy. W obrębie kategorii łagodnej schizofrenii można, według Nelkena [26, s. 91], wyróżnić dwie grupy:

- 1) grupa, w której schizofreniczny kompleks objawów występuje zupełnie jasno,
- 2) grupa, przy której występują inne objawy, napozór jakoby wykluczające ten schizofreniczny kompleks (zwykła indolencja, „depresja”, „przeżycia hipochondryczne”, reakcje neurasteniczne, natręctwa, jąkanie się, „nerwica wegetatywna”, alkoholizm i t. d.). Łagodne formy schizofrenji pokryte są zatem nerwicą.

Innymi charakterystycznymi cechami łagodnej schizofrenii miało być zachowanie struktury osobowości, a także zdolności do adaptacji społecznej, relacji, komunikacji, brak schizofrenicznego rozszczepienia osobowości oraz zaburzeń psychomotorycznych, myślenia i mowy. Poszczególne „mikrosymptomy”, jak określa je Nelken [26, s. 96], dało się zidentyfikować dopiero po dokładniejszym badaniu całokształtu osobowości pacjenta. Miały one charakter „krótkotrwałych izolowanych epizodów, jakby kropek w całkowitej i zachowanej osobowości (np. krótkotrwałe stany depersonalizacji)” [26, s. 96]. Przedchorobowa osobowość pacjentów z łagodną schizofrenią zwykle kwalifikowała się „do tego lub innego typu psychopatii (psychastenicznej, schizoidalnej)” [26, s. 97]. Interakcja między osobowością a procesem chorobowym miała zatem charakter dwukierunkowy – cechy osobowości wyznaczały obraz kliniczny łagodnej schizofrenii, a proces chorobowy czasem doprowadzał do trwałych zmian osobowościowych. Dynamika procesu chorobowego miała cechować się okresowością: „Cały ruch chorobliwego procesu ma charakter jakby perjodycznie następujących stanów kompensacji i dyskompensacji, zjawiających się często pod wpływem momentów zewnętrznych, ale też i bez nich” [26, s. 96].

W podsumowaniu Nelken zwrócił uwagę na to, że systematyczne badania kliniczne przypadków łagodnej schizofrenii są na bardzo wczesnym etapie, więc kategoria ta daleka jest od tego, żeby została uznana za użyteczną w psychopatologii. Wskazywał na problem nadmiernego rozszerzania granic kategorii schizofrenii w wypadku włączenia w jej obręb wszystkich łagodnych i utajonych jej form. Za uzasadnione uważał podstawowe pytanie: czy łagodna schizofrenia jest w ogóle schizofrenią?

Psychoza mieszana Juliana Dretlera

Urodzony w 1905 roku Julian Dretler ukończył studia medyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim w roku 1929. Pracował w Zakładzie Psychiatrycznym w Kobierzynie. Zmarł w 1944 roku [27].

Kategorię psychozy mieszanej Dretler przedstawił w 1936 roku w pracy *O psychozach mieszanych* [28]. Zwrócił uwagę na trudność w jednoznacznym odgraniczeniu schizofrenii i psychozy maniakalno-depresyjnej¹. Zatem problemem, który poruszył, nie była kwestia pogranicza psychozy i nerwicy, ale pogranicza pomiędzy dwoma głównymi grupami psychoz. Dretler [28, s. 103] zebrał materiał kliniczny w postaci 85 przypadków, który uporządkował w sześć grup:

- (1) okresowa schizofrenia przebiegająca jako podniecenie katatoniczne z wtrętami maniakalnymi,
- (2) schizofrenia z remisjami bez cech katatonicznych, ale z wyraźną okresowością i wtrętami maniakalnymi,
- (3) stany schizofreniczne z zaznaczającymi się coraz silniej elementami cyklicznymi,
- (4) psychoza szałowo-posepnicza, przechodząca w schizofrenię,
- (5) psychoza szałowo-posepnicza z wtrętami schizofrenicznymi,
- (6) psychozy mieszane niezróżniczkowane.

Na podstawie przeglądu europejskiej literatury psychiatrycznej dotyczącej przypadków pogranicznych między schizofrenią a psychozą maniakalno-depresyjną, a także szeroko zakrojonych analiz statystycznych powyższych sześciu grup ze względu na wiek, rasę, konstytucję cielesną, osobowość oraz badań dziedziczności argumentował, że postać, którą nazwał psychozą mieszaną, jest niezależną od schizofrenii i psychozy maniakalno-depresyjnej jednostką kliniczną, odgraniczającą od siebie te dwie grupy [28]. Do takiego wniosku skłoniły Dretlera przede wszystkim wyniki badań dziedziczności wskazujące, że psychoza mieszana występuje w rodzinach, w których nie odnotowano ani schizofrenii, ani psychozy maniakalno-depresyjnej, a w rodzinach, gdzie stwierdzono występowanie zarówno schizofrenii, jak i psychozy maniakalno-depresyjnej, nie zaobserwowano większej częstości pojawiania się psychoz mieszanych. Psychoza mieszana, jak rozumował Dretler, nie mogła być zatem jedynie postacią objawową będącą mieszanką heterogenicznych elementów schizofrenii i psychozy maniakalno-depresyjnej. Podsumował wyniki swoich badań następująco [28, s. 190]:

psychoza mieszana jest czymś znacznie więcej niż przypadkową czy stale już sprzężoną kombinacją dwu psychoz w ich niejako „szczątkowej” postaci. Jest ona wyrazem swoistego, powtarzającego się z wystarczającą częstością i dającego się dostatecznie jasno sklasyfikować odchylenia od normy. Jest czymś co odgranicza się dość ostro, mimo teoretycznych przejść ku jednej czy drugiej psychozie

¹ Zamiast terminu „psychoza maniakalno-depresyjna” Dretler używał polskiego określenia „psychoza szałowo-posepnicza”.

wewnątrzpochodnej (przejsć, które można ułożyć pomiędzy bardzo wieloma jednostkami czy grupami chorób). Jest [...] „prawdziwą hipotezą przyrodniczą”, tym czego żądamy od pojęcia „jednostka chorobowa”.

Jak wskazuje wydzielonych sześć grup, psychoza mieszana była jednostką chorobową o bardzo zróżnicowanym obrazie klinicznym.

Schizofrenia nerwicopodobna (rzekomonerwicowa) Władysława Mateckiego

Władysław Matecki urodził się w 1895 roku w Tomaszowie Lubelskim. Ukończył medycynę na Uniwersytecie Warszawskim w 1925 roku i podjął pracę w Szpitalu Starozakonnych na Czystem jako asystent najpierw Adama Wizła, a potem Maurycego Bornsztajna. Zmarł w 1941 roku [29].

Kategorię schizofrenii nerwicopodobnej, inaczej rzekomonerwicowej, Matecki przedstawił w opublikowanym w 1937 roku artykule *Nerwicopodobne (rzekomonerwicowe) postacie schizofrenii jako zagadnienie rozpoznawcze i lecznicze* [30]. Postrzegał schizofrenię nerwicopodobną jako specyficzną grupę schizofrenii niedorozwiniętej charakteryzującej się znaczną liczbą objawów nerwicowych w obrazie klinicznym, które stanowiły jednak niejako fasadę dla rozwijającego się procesu schizofrenicznego. Z jednej strony jawne podobieństwo symptomatologii do grupy nerwic, a z drugiej strony identyfikowalny proces schizofreniczny lokowały schizofrenię nerwicopodobną na pograniczu nerwicy i psychozy. Matecki rozumiał proces schizofreniczny w kategoriach psychoanalitycznych, w sposób pokrewny Maurycemu Bornsztajnowi, jako autystyczny mechanizm wycofania libido z obiektów świata zewnętrznego ku własnemu ciału, a więc regresję do stadium narcyzmu. W schizofrenii nerwicopodobnej nie dochodziło do pełnej utraty kontaktu jaźni z rzeczywistością, w konsekwencji czego ego pozostawało w dużym stopniu świadome schizofrenicznego procesu rozpadu osobowości. Charakterystyczna dla schizofrenii rzekomonerwicowej była reakcja ego na postępujący proces chorobowy, powodująca symptomy w postaci ekstremalnego nasilenia lęku, poczucia nieuchronnie zbliżającej się śmierci, depersonalizacji, a także somatopsychicznych lub paranoidalnych urojeń. Przyczyn takiego obrazu klinicznego schizofrenii rzekomonerwicowej Matecki upatrywał w tym, że w tych postaciach schizofrenii narcystycznej regresji od obiektów zewnętrznych do własnego ciała podlegało nie tylko libido, ale i destrudo (popęd śmierci). Stąd poczucie nadchodzącej śmierci oraz nacechowane agresją urojenia somatopsychiczne i paranoidalne. Natomiast reakcją części ego, która pozostawała świadoma, był lęk [30].

W 1949 roku amerykańscy psychiatrzy Hoch i Polatin [31] zaproponowali kategorię *pseudoneurotic schizophrenia* (schizofrenia pseudoneurotyczna), która według historyków była istotnym głosem w dyskusji o zaburzeniach z pogranicza i przyczyniła się do procesu ewolucji kategorii *borderline* w Stanach Zjednoczonych [9–11]. Hoch i Polatin nie odnosili się w żaden sposób do pracy Mateckiego i istnieje niewielkie prawdopodobieństwo, by mogli znać pracę polskiego psychiatry. Niemniej fakt, że to

Matecki 12 lat przed amerykańskimi psychiatrami zaproponował kategorię schizofrenii rzekomonerwicowej/nerwicopodobnej, jest wart odnotowania.

Podsumowanie

Dyskusja dotycząca identyfikowania i kategoryzowania stwarzających nozologiczne problemy obszarów pogranicznych pomiędzy jednostkami nozologicznymi – zwykle nerwicami i psychozami – która wywiązała się w polskim środowisku psychiatrycznym dwudziestolecia międzywojennego, była próbą odpowiedzi na trudności, z jakimi musiała sobie radzić psychiatria europejska. Polscy psychiatrzy, nieusatisfakcjonowani koncepcją schizofrenii latentnej Bleulera czy też szeroko dyskutowanym pojęciem schizoidu, poszukiwali własnych rozwiązań nozologicznych. Szczególnie aktywne na tym polu było środowisko psychiatrów Szpitala Starozakonnych na Czystem, które tworzyli między innymi Władysław Matecki, Adam Wizel i Maurycy Bornsztajn. Kategorie schizofrenii niedorozwiniętej, *schizothymia reactiva*, schizofrenii hipochondrycznej oraz schizofrenii nerwicopodobnej były oryginalnym wkładem polskiej psychiatrii do nozologii przypadków pogranicznych. Jan Nelken zaczerpnął z psychiatrii rosyjskiej kategorię łagodnej schizofrenii, przedstawiając ją w kontekście innych europejskich koncepcji i podkreślając jej związek z radziecką organizacją opieki psychiatrycznej uwzględniającą postulaty ruchu higieny psychicznej. Kategoria psychozy mieszanej Juliana Dretlera była wyrazem jego przekonania, że na pograniczu schizofrenii i psychozy maniakalno-depresyjnej istnieje niezależna jednostka kliniczna, której symptomatologia obejmowała różnorodną mieszankę objawów obu dużych grup psychoz.

Warto zwrócić też uwagę na związki badaczy kategorii pogranicznych z psychoanalizą. Historycy kategorii *borderline* [6, 9–11] podkreślają, że wielu amerykańskich pionierów w jej badaniu było psychoanalitykami. Wśród autorów przedstawionych w niniejszym artykule kategorii do zwolenników psychoanalizy zaliczyć można Bornsztajna, Mateckiego i Wizla [14, 17, 18, 29]. Z psychoanalizą związana była większość polskich autorów kategorii pogranicznych w dwudziestolecu międzywojennym. Inspirował się nią również Jan Nelken, jednak w artykule *Łagodna schizofrenia* się do niej nie odwoływał. Praca Juliana Dretlera także nie nawiązuje do psychoanalizy.

Dyskusja dotycząca pogranicza psychozy w polskiej psychiatrii została zainicjowana jeszcze przed opublikowaniem w 1938 roku przez Adolpha Sterna pracy *Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses*, poprzedzała zatem w czasie amerykańską debatę, która ostatecznie doprowadziła do powstania kategorii zaburzenia osobowości *borderline* oraz schizotypowego zaburzenia osobowości. Jednak II wojna światowa i zmiana w naszym kraju ustroju politycznego, którego elementem było narzucenie polskiej psychiatrii ideologii materializmu dialektycznego i pawłowizmu oraz potępienie przez władzę psychoanalizy [32], doprowadziły do zapomnienia oryginalnych polskich kategorii nozologicznych z czasów dwudziestolecia międzywojennego. Dretler, Matecki i Nelken zginęli podczas wojny. Maurycy Bornsztajn w 1948 roku opublikował drugie wydanie swojego podręcznika psychiatrii, w którym konsekwentnie umieścił *schizothymia reactiva* i postać hipochondryczną

jako typy schizofrenii [33]. Po śmierci Bornsztajna w 1952 roku rozwijane przez niego kategorie uległy w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej zapomnieniu.

W powojennym rozwoju kategorii *borderline* miał udział Gustaw Bychowski, który w 1928 roku opisał pewne graniczące z nerwicą formy schizofrenii, dostępne jego zdaniem oddziaływaniom psychoterapeutycznym, nie nadał im jednak jeszcze wtedy nazwy [34]. Po wyjeździe do Stanów Zjednoczonych w 1939 roku, gdy pracował w Nowym Jorku, Bychowski zaproponował kategorię psychozy latentnej [13, 35] oraz opisał zasady jej psychoterapii [35]. Otto Kernberg [12, s. 643] oddał Bychowskiemu, że studiując symptomy pacjentów *borderline*, „opisał ważne charakterystyki strukturalne tych pacjentów, takie jak utrzymywanie się zdysocjowanych, prymitywnych stanów ego oraz rozszczepienie rodzicielskich reprezentacji na dobre i złe obiekty”².

Piśmiennictwo

1. Clark LP. *Some practical remarks upon the use of modified psychoanalysis in the treatment of borderland neuroses and psychoses*. Psychoanal. Rev. 1919; 6(3): 306–308.
2. Moore TV. *The parataxes: A study and analysis of certain borderline mental states*. Psychoanal. Rev. 1921; 8(3): 252–283.
3. Stern A. *Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses*. Psychoanal. Quart. 1938; 7(4): 467–489.
4. Knight RP. *Borderline states*. Bull. Menninger Clin. 1953; 17: 1–12.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1980.
6. Zandersen M, Henriksen MG, Parnas J. *A recurrent question: What is borderline?* J. Pers. Disord. 2019; 33(3): 341–369.
7. Tyrer P, Mulder R, Kim YR, Crawford MJ. *The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics*. Ann. Rev. Clin. Psychol. 2019; 15: 481–502.
8. Deutsch H. *Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia*. Psychoanal. Quart. 1942; 11(3): 301–321.
9. *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*. Stone MH. red. New York, NY: New York University Press; 1986.
10. Stone MH. *Borderline personality disorder: History of the concept*. W: Zanarini MC. red. *Borderline personality disorder*. New York–London: Taylor & Francis; 2005. S. 1–18.
11. *Current and historical perspectives on the borderline patient*. Fine R. red. New York, NY: Brunner/Mazel; 1989.
12. Kernberg O. *Borderline personality organization*. J. Am. Psychoanal. Assoc. 1967; 15(3): 641–685.
13. Bychowski G. *The problem of latent psychosis*. J. Am. Psychoanal. Assoc. 1953; 1(3): 484–503.

² Oryg. „described important structural characteristics of these patients, such as the persistence of dissociated primitive ego states and the cleavage of parental images into good and bad objects” (tłum. własne).

14. Marcinów M. *Adama Wizła projekt „psychoterapii psychoanalitycznej”*. W: Dybel P. red. *Przywracanie pamięci. Polscy psychiatrzy XX wieku orientacji psychoanalitycznej*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych „Universitas”; 2017. S. 205–254.
15. Wizel A. *O postaciach niedorozwiniętych schizofrenji*. W: *Pamiętnik szpitala dla psychicznie i nerwowo chorych „Kochanówka” (pod Łodzią) ku uczczeniu ś.p. prof. dr. med. Antoniego Mikulskiego*. Łódź; 1925. S. 59–92.
16. Wizel A. *Pamiętnik pacjentki*. Warszawa: F. Hoesick; 1928.
17. Prot-Klinger K. *Maurycy Bornstein (Bornsztajn) – psychoanalityczne rozumienie psychoz*. W: Dybel P. red. *Przywracanie pamięci. Polscy psychiatrzy XX wieku orientacji psychoanalitycznej*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych „Universitas”; 2017. S. 255–276.
18. Dybel P. *Psychoanaliza – ziemia obiecana? Dzieje psychoanalizy w Polsce międzywojnia (1918–1939). Część II. Między nadzieją i rozpaczą*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych „Universitas”; 2016.
19. Borsztajn M. *O odrębnym typie rozszczepienia psychicznego (Schizothymia reactiva circumscripta)*. Warszawa: Wyd. Kasy Mianowskiego; 1916.
20. Borsztajn M. *Zarys psychiatrii klinicznej. Dla lekarzy i uczących się*. Kraków–Lwów–Warszawa: Spółka Wydawnicza Lekarska; 1922.
21. Borsztajn M. *Stanowisko kliniczne schizofrenji i nowa teoria jej patogenezy*. Rocznik Psychjatryczny 1927; 5: 79–92.
22. Borsztajn M. *Nowy przyczynek do t. zw. schizothymia reactiva*. Rocznik Psychjatryczny 1927; 6: 191–196.
23. Borsztajn M. *Hipochondryczna (somatopsychiczna) postać schizofrenji*. Rocznik Psychjatryczny 1927; 5: 93–94.
24. Borsztajn M. *O schizofrenji somatopsychicznej (Studjum klininczo-psychologiczne)*. Rocznik Psychjatryczny 1936; 26–27: 156–166.
25. Dobroczyński B. *Pod Słońcem Tanatosa. Jan Władysław Nelken (1876–1940) – szkic do portretu*. W: Dybel P. red. *Przywracanie pamięci. Polscy psychiatrzy XX wieku orientacji psychoanalitycznej*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych „Universitas”; 2017. S. 297–380.
26. Nelken J. *Łagodna schizofrenja*. Rocznik Psychjatryczny 1935; 24: 87–102.
27. Gliński JB. *Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1997.
28. Dretler J. *O psychozach mieszanych*. Nowiny Psychjatryczne 1936; 13(1–4): 101–194.
29. Dobroczyński B. *Władysław Matecki (1885–1941)*. W: Dobroczyński B. red. *Polskie zmary. Psychoanaliza w międzywojniu*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych „Universitas”; 2021. S. 423–426.
30. Matecki W. *Nerwicopodobne (rzekomonerwicowe) postaci schizofrenii jako zagadnienie rozpoznawcze i lecznicze*. Nowiny Psychjatryczne 1937; 14(1–4): 113–134.
31. Hoch P, Polatin P. *Pseudoneurotic forms of schizophrenia*. Psychiatr. Q. 1949; 23(2): 248–276.
32. Nasierowski T. *Rys historii psychiatrii w Polsce*. W: Shorter E. *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 2005. S. 359–462.
33. Borsztajn M. *Wstęp do psychiatrii klinicznej dla lekarzy, psychologów i studentów. Wydanie drugie, uzupełnione*. Łódź: Księgarnia Ludowa; 1948.

-
34. Bychowski G. *W sprawie psychoterapii schiofrenji*. Rocznik Psychjatryczny 1928; 8: 57–69.
 35. Bychowski G. *Psychotherapy of Psychosis*. New York, NY: Grune & Stratton; 1952.

Adres: Jan Kornaj
e-mail: kornajjan@gmail.com

Otrzymano: 24.04.2023
Zrecenzowano: 28.07.2023
Otrzymano po poprawie: 2.08.2023
Przyjęto do druku: 30.08.2023

