

## **Pojęcie i praktyka psychoterapii w polskiej psychiatrii dwudziestolecia międzywojennego. Część 1**

### **The notion and practice of psychotherapy in Polish psychiatry of the interwar period. Part 1**

Jan Kornaj, Andrzej Pankalla

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Instytut Psychologii

#### **Summary**

The paper explores the development of psychotherapy in Polish psychiatry in the interwar period from the perspective of Kurt Danziger's historical psychology. Firstly, the organizational and social context of the development of Polish psychiatric care in the interwar period and its impact on the development of psychotherapy is outlined. Then, the most influential in Poland, European psychotherapeutic developments in the interwar period are reconstructed. Finally, the views of psychiatric personnel of three psychiatric facilities proposing psychotherapy as one of the main means of treatment of mentally ill patients are introduced: Dziekanka Psychiatric Hospital, the Jewish Hospital in Warsaw and Psychiatry and Neuropathology Clinic of the Jagiellonian University in Krakow. Psychiatric personnel from Dziekanka Psychiatric Hospital, directed by Aleksander Piotrowski, understood psychotherapy broadly, as the influence of the environment on the patient's psyche. Psychiatrists of the Jewish Hospital in Warsaw, Adam Wizel, Gustaw Bychowski, Władysław Matecki, and Maurycy Bornsztajn developed psychoanalytically influenced psychotherapy of schizophrenia. Bychowski also advocated for the application of psychotherapy in such neglected groups of patients as children and the intellectually disabled. Jan Piltz and Eugeniusz Artwiński pursued psychotherapy in the treatment of war neuroses at the Psychiatry and Neuropathology Clinic of the Jagiellonian University.

**Słowa kluczowe:** dwudziestolecie międzywojenne, historia, psychoterapia

**Key words:** interwar period, history, psychotherapy

#### **Wstęp**

Pojęcie psychoterapii wprowadził w 1872 roku Daniel Hack Tuke [1]. Od tego czasu kategoria psychoterapii w Europie oraz Stanach Zjednoczonych ewoluowała, odnosząc się do różnorodnych praktyk i umykając precyzyjnym definicjom. Na zie-

miach polskich w XIX wieku psychoterapia rozumiana była głównie jako tzw. terapia moralna, czyli metoda leczenia wykorzystująca relację lekarz–pacjent i autorytet lekarza w celu oddziaływania na psychikę pacjenta za pomocą rozmowy i perswazji [2]. Stosowane były również techniki sugestii hipnotycznej. Samo pojęcie psychoterapii weszło w Polsce do użytku w latach 90. XIX wieku [2, 3]. W latach 1908–1914 w założonej przez Jana Piltza Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie intensywnie rozwijała się psychoterapia inspirowana psychoanalizą [3].

Celem niniejszego cyklu jest przegląd sposobów rozumienia pojęcia psychoterapii i jej praktyki w Polskiej psychiatrii dwudziestolecia międzywojennego. Praca osadzona jest w metodologii psychologii historycznej Kurta Danzigers. Historiografia w wersji zaproponowanej przez Danzigers, jak wskazują Pankalla i Kilian [4, 5], może być rozumiana jako perspektywa badania historii psychologii zakorzeniona w socjologii wiedzy Ludwika Flecka (jako filozofii nauki) oraz psychologii krytycznej (jako filozofii psychologii). Psychologia historyczna Danzigers [6] służy badaniu historycznej ewolucji dowolnych przedmiotów psychologii (*psychological objects*), czyli kategorii istniejących w psychologicznym dyskursie i będących celem psychologicznych praktyk. Psychoterapia ujmowana jest tutaj zarówno jako przedmiot psychologii, jak i specyficzna praktyka badawcza (*investigative practice*) rozwijana w obrębie pewnych środowisk profesjonalnych. Terminem „praktyki badawcze” Danziger [7] określa wszystkie aktywności, które podejmują badacze w procesie konstruowania wiedzy – są to koncepcje, teorie, metodologie, badania, a także praktyki edukacyjne i kliniczne. Praktyki badawcze są konstruowane społecznie w obrębie lokalnych środowisk profesjonalnych osadzonych w określonych kontekstach społecznych, kulturowych i ekonomicznych. Psychoterapia, która – jak wskazuje Rosner [8] – jest zjawiskiem z pogranicza różnych dyscyplin, a instytucjonalnie często lokuje się „wszędzie i nigdzie” (*everywhere and nowhere*), w tym artykule będzie analizowana z punktu widzenia historii psychologii – jako praktyka psychologiczna, dla której psychiatria służyła jako instytucjonalny i profesjonalny kontekst.

Z przeglądu polskiej literatury psychiatrycznej dwudziestolecia międzywojennego wynika, że rozumienie psychoterapii rozwijało się głównie w dwóch kontekstach profesjonalnych, które kształtowały również różnice w jej rozwoju jako praktyki badawczej: w szpitalach psychiatrycznych i praktykach prywatnych. Pierwsza część cyklu przedstawia rozwój pojęcia i praktyki psychoterapii w obrębie szpitalnictwa psychiatrycznego. Do szpitalnych środowisk psychiatrycznych najszerzej odnoszących się do pojęcia psychoterapii i jej praktyki zaliczono personel psychiatryczny Krajowego Zakładu Psychiatrycznego Dziekanka, warszawskiego Szpitala Starozakonných na Czystem, a także Kliniki Neurologiczno-Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. W międzywojennej Polsce w ograniczonym zakresie organizowano również placówki opieki pozazakładowej – taką była założona w Krakowie przez Władysława Stryjeńskiego poradnia dla psychicznie chorych, w której jedną z metod pomocy była psychoterapia. Psychoterapia prowadzona w ramach tej placówki zostanie opisana w części drugiej niniejszego cyklu.

Zanim jednak przedstawione zostanie rozumienie psychoterapii kształtujące się w wymienionych szpitalach, nakreślimy społeczny kontekst rozwoju psychoterapii na tle rozwijających się polskiej psychiatrii i szpitalnictwa psychiatrycznego dwudziestolecia międzywojennego. Zrekonstruowane zostaną także skrótowo najbardziej wpływowo w polskiej psychiatrii kierunki rozwoju psychoterapii europejskiej tego okresu.

Jako że przedmiotem zainteresowania jest pojęcie psychoterapii i związane z nim praktyki, zaznaczyć należy, że w artykule uwzględnione zostały szerzej tylko te prace, których autorzy odnosili się do kategorii psychoterapii nominalnie. Powinno to też pozwolić uniknąć pułapki zrównania historii psychoterapii z historią psychoanalizy, przed którą przestrzega wielu historyków psychoterapii [1, 8, 9].

### **Kontekst społeczny oraz organizacja polskiej psychiatrii i szpitalnictwa psychiatrycznego w dwudziestoleciu międzywojennym a psychoterapia**

Główne wyzwania łączące się z organizacją polskiego systemu opieki psychiatrycznej były związane z koniecznością integracji trzech obszarów byłych zaborów, które odziedziczyły odmienne regulacje prawne, zróżnicowany stan materialny szpitali i inną liczbę placówek, różnorodną psychiatryczną nomenklaturę, a nawet odmienną „kulturę psychiatryczną” według określenia Bilikiewicza i Gallusa [10, s. 179]. Najkorzystniejsza sytuacja materialna panowała na terytoriach byłego zaboru pruskiego, najgorsza na terenach byłego zaboru rosyjskiego. Zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczną było bardzo duże, a zasoby niewystarczające [10]. Przez pierwsze kilka lat po odzyskaniu niepodległości, z braku finansowania państwowych instytucji zajmujących się ochroną zdrowia, organizacja opieki psychiatrycznej w Polsce była finansowana ze środków organizacji i instytucji samorządowych, dobroczynnych oraz prywatnych. Według statystyk sporządzonych przez Józefa Bednarza [11] w międzywojennej Polsce panował znaczący niedobór kadry psychiatrycznej – w 1927 roku na 112 etatów w szpitalach psychiatrycznych objętych było 67. Według Kujawskiego [12, s. 1384] „Bednarz za główne przyczyny «nędzy psychiatrycznej» – do której zaliczał również brak miejsc dla chorych w szpitalach – uznawał niebezpieczeństwo związane z pracą lekarza psychiatry i niskie uposażenie, szczególnie dla młodych lekarzy”.

Polska psychiatria i psychoterapia dwudziestolecia międzywojennego konstituowała się na tle niestabilnej sytuacji politycznej, konfliktów społecznych i problemów ekonomicznych Drugiej Rzeczypospolitej. Zabójstwo prezydenta Narutowicza w roku 1922 dało początek pełnej przemocy walce o władzę między Polską Partią Socjalistyczną a Narodową Demokracją. Do najpoważniejszych problemów społecznych należały alkoholizm, nierówny dostęp do edukacji, a także konflikty narodowościowe, zwłaszcza między ludnością polską a żydowską i ukraińską. Nasilały się postawy antysemityczne i nacjonalistyczne [13]. W związku z postawami antysemitycznymi wiele technik psychoterapeutycznych inspirowanych psychoanalizą jako dziełem Zygmunta Freuda, który był Żydem, budziło sprzeciw części środowiska psychiatrycznego.

Według statystyk Bernasiewicza i Łuniewskiego z roku 1930 [14] najszerzej rozpowszechnionym problemem zdrowotnym, z którym musieli zmagać się polscy psychiatrzy, była schizofrenia, dotykająca blisko 48% wszystkich pacjentów polskich

zakładów psychiatrycznych. Orędownicy psychoterapii musieli więc szukać sposobów, aby swoim oddziaływaniem objąć tę grupę pacjentów.

Jeśli chodzi o dominujący paradygmat w polskiej psychiatrii omawianego okresu, Stefan Borowiecki [15] przeprowadził w 1935 roku ankietę, by dowiedzieć się, czy preferowane jest podejście psychologiczne, czy biologiczne. Wyniki wskazały na dominację podejścia biologicznego: z 27 odpowiedzi tylko 5 optowało za podejściem psychologicznym jako ważniejszym dla psychiatrii, a 4 za równoważnością podejścia biologicznego i psychologicznego. Dominacja podejścia biologicznego w polskim środowisku psychiatrycznym sugeruje, że w leczeniu zaburzeń psychicznych ówczesne interwencje biologiczne, takie jak leczenie gorączką malaryczną, śpiączką insulinową czy też środkami uspokajającymi i nasennymi, przeważały nad oddziaływaniem psychologicznym.

### Przegląd europejskich koncepcji psychoterapii dwudziestolecia międzywojennego

Kompletna rekonstrukcja praktyk psychoterapeutycznych rozwijanych w Europie we wskazanym okresie znacznie przekracza ramy niniejszego opracowania, dlatego autorzy zdecydowali się ograniczyć do nakreślenia nurtów najbardziej wpływowych w Polsce: psychiatrii niemieckojęzycznej oraz francuskiej [10].

Psychoanaliza, proklamowana jako rewolucyjna metoda psychoterapii przez Freuda pod koniec XIX wieku, wywarła olbrzymi wpływ na sposób rozumienia psychoterapii i praktykę psychoterapeutyczną w drugiej i trzeciej dekadzie XX wieku [8, 9]. Freud po 1918 roku nadal rozwijał swoją teorię, wprowadzając pojęcia *id*, *ego*, *superego*, redefiniując teorię popędów w kierunku dychotomii *Eros–Tanatos*, czy też stawiając problem „skończonej analizy”. Alfred Adler, który zerwał z Freudem i klasyczną psychoanalizą w 1911 roku, rozwijał swoją koncepcję psychologii indywidualnej, opierając się na założeniu, że to nie konflikt popędowy stanowi istotę nerwicy, ale skomplikowany układ oddziaływań społecznych, w którego obrębie jednostka nie jest w stanie realizować własnych dążeń i celów [16]. Carl Gustav Jung od 1914 roku rozwijał w opozycji do Freuda psychologię analityczną, która kładła duży nacisk na psychoterapię jako formę wspierania procesu indywidualności, czyli osiągnięcia psychologicznej pełni [16].

Korzenie psychoterapii francuskiej związane są z rozwojem praktyki hipnotyzmu Hippolyte’a Bernheima i szkoły Nancy, a także pracami Jeana-Martina Charcota [1, 16]. Postępowe były psychologiczne koncepcje ucznia Charcota, Pierre’a Janet’a. Jeszcze przed Freudem zaproponował on swoją koncepcję analizy psychologicznej (*analyse psychologique*) [16]. W międzywojniu Janet był nadal aktywnym badaczem, opublikował wtedy takie prace z dziedziny psychoterapii, jak *Les médications psychologiques* z roku 1919 czy *La médecine psychologique* z 1924 roku. Postępowanie terapeutyczne według Janet’a nie było sformalizowaną procedurą, lecz raczej ostrożną analizą historii życia każdego pacjenta w poszukiwaniu związku między traumą a objawami choroby psychicznej [16]. Francuscy neuropatolodzy, którzy przyczynili się do rozwoju psychoterapii w początkach XX wieku, to m.in. Józef Babiński (uczony polskiego pochodzenia)

oraz Jules Déjerine. Pierwszy zaproponował perswazję, czy też „kontr-sugestię”, jako metodę leczenia hysterii, którą uważał wyłącznie za zbiór objawów wywołany sugestią [16]. Drugi rozwijał od 1910 roku w szpitalu Salpêtrière psychoterapię inspirowaną metodą szwajcarskiego psychiatry Paula Dubois, polegającą na kształtowaniu woli pacjenta za pomocą opartych na dobrej relacji lekarza i pacjenta technik wsparcia, edukacji i perswazji [16]. Freudowska psychoanaliza zaczęła rozwijać się we Francji dopiero od lat 20. XX wieku, a duży wkład w jej krzewienie miała psychoanalizyczka polskiego pochodzenia Eugenia Sokolnicka [17].

### **Psychoterapia w Krajowym Zakładzie Psychiatrycznym Dziekanka**

Krajowy Zakład Psychiatryczny Dziekanka powstał w 1894 roku na terytorium zaboru pruskiego we wsi Dziekanka niedaleko Gniezna. Pierwszym polskim dyrektorem ośrodka został w 1919 roku Aleksander Piotrowski. Piotrowski był absolwentem Uniwersytetu w Rostocku, a w latach 1905–1919 zdobywał doświadczenie, pracując w różnych placówkach psychiatrycznych na terenie Niemiec [18].

Piotrowski od początku wdrażał w Dziekance własną wizję funkcjonowania szpitala psychiatrycznego. Był przeciwnikiem wszelkich form izolowania i wykluczania chorych psychicznie oraz stosowania wobec nich środków przymusu [19]. Dużą wagę przywiązywał do estetyki, higieny i ergonomii środowiska szpitala psychiatrycznego, która, jego zdaniem, miała bardzo duży wpływ na proces leczenia [20]. Jako ważne lecznicze oddziaływania wymieniał dobre odżywianie się, higienę fizyczną i umysłową, higienę snu, edukację oraz psychoterapię [19, 21]. Dużą wartość terapeutyczną przypisywał aktywnym formom spędzania czasu przez chorych, czyli terapii zajęciowej, która była dla niego formą psychoterapii. Psychoterapię pojmował on jako działanie „we formie bezpośredniej przez wpływ lekarza na chorego, jako też pośredniej przez oddziaływanie środowiska i otoczenia na psychę jego” [20, s. 292]. Wszystkie zatem oddziaływania zmierzające do zbudowania dobrostanu, poczucia bezpieczeństwa i przyjemności, do których można zaliczyć działania instytucjonalne i środowiskowe, a także życzliwą i przyjazną postawę personelu szpitala, zasługują wedle Piotrowskiego na miano psychoterapii. Takie same zalecenia sformułował dla leczenia psychoz maniakalno-depresyjnych: „Bez wątpienia najlepszym środkiem kuracyjnym jest psychoterapia, której zaczątek tkwi już w powyżej wzmiankowanym obfitym karmieniu chorego, w wygodnym łóżku, w racjonalnym podziale dnia, w regulaminie domowym, w odpowiednim zajęciu” [22, s. 225]. Psychoterapia wedle Piotrowskiego nie ograniczała się zatem do relacji między lekarzem a pacjentem i bezpośrednich oddziaływań lekarza na psychikę pacjenta, ale obejmowała też szeroki wachlarz wpływów: zewnętrznego środowiska, odżywiania, higieny snu, dobrze zaplanowanej i odpowiednio dobranej aktywności oraz pozytywnych interakcji z innymi. Według Piotrowskiego specyfiką leczenia psychiatrycznego było właśnie szerokie wykorzystywanie psychoterapii, „od której w głównej mierze zależy wynik kuracji” [21, s. 78].

Personel psychiatryczny Krajowego Zakładu Psychiatrycznego Dziekanka zdawał się podzielać poglądy Piotrowskiego. W swoim sprawozdaniu z okazji 10-lecia polskiej działalności zakładu Franciszek Wilczyński [23] powtórzył większość postulatów dy-

rektora. O psychoterapii pisał Wilczyński [23] jako o planowanych oddziaływaniach regulujących wpływ środowiska na psychikę chorego. Ważne było zbliżenie warunków panujących w szpitalu do naturalnego środowiska bytowego sprzed choroby oraz wzbudzenie w chorym poczucia, że wszystko jest zorganizowane tak, by służyło jego wyzdrowieniu. Jeśli chodzi o terapię psychoz maniakalno-depresyjnych, do propozycji Piotrowskiego Wilczyński [23, s. 197] dodał, że w tych przypadkach „zalecane są najrozmaitsze sposoby [...] nie wyłączając psycho-analizy i hipnozy”.

W latach 1921–1924 w Dziekance pracował Karol de Beaurain, wcześniej zatrudniony w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, gdzie zaangażowany był w rozwój psychoanalitycznie zorientowanej psychoterapii [3, 24]. Śladami aktywności de Beuraina w Dziekance są opublikowane na łamach „Nowin Psychjatrycznych” dyskusje z posiedzeń personelu szpitala, w których zajmował stanowisko [25–31]. Na przykład na temat leczenia nerwic urazowych miał wypowiedzieć się następująco: „Należy unikać szablonu, a wniknąwszy w psychikę chorego powinno go się traktować indywidualnie, stosować sugiestję, nadając jej kierunek i działanie dynamiczne” [28, s. 14]. Z jego spisanych wypowiedzi przebija psychologiczne podejście do leczenia chorób psychicznych, natomiast nigdzie w sprawozdaniach nie padło wprost określenie „psychoterapia”.

### Psychoterapia w Szpitalu Starozakonnym na Czystem

Szpital Starozakonnym na Czystem otwarto oficjalnie w 1902 roku, ale pawilon psychiatryczny funkcjonował już od roku 1898. Pierwszym ordynatorem oddziału psychiatrycznego był propagator psychoterapii Adam Wizel.

Mira Marcinów [32] nazwała podejście Adama Wizla „projektem psychoterapii psychoanalitycznej”. Wprawdzie przez pierwsze lata swojej aktywności był on uważany za zagorzałego przeciwnika psychoanalizy, z czasem jednak w jego pracach zaczęło się pojawiać coraz więcej psychoanalitycznych idei. Publikacja, w której streszczają się późne poglądy Wizla na psychoterapię, to pochodzący z 1928 roku *Pamiętnik pacjentki* [33]. Psychiatra opisał w nim swoje postępowanie terapeutyczne z pacjentką, którą zaliczył do ukutej przez siebie kategorii schizofrenii niedorozwiniętej. Wizel [33, s. 169] tak donosił o przebiegu terapii: „Rozmowy nasze przez dłuższy przeciąg czasu nie były niczem innym, jak dyskusją filozoficzną. Miałem zadanie bardzo trudne: jako lekarz musiałem lawirować pomiędzy własnymi poglądami filozoficznymi a wskazaniami psychoterapii”. Wspomniane wskazania psychoterapii w formie wyliczenia technik psychoterapeutycznych, jak podaje Marcinów [32], można odnaleźć w opisie interwencji Wizla [33, s. 174] wobec przejawianych przez pacjentkę zachowań samobójczych: „moje nieustanne oddziaływanie psychiczne na chorą, perswadowanie, pocieszanie, korygowanie błędnych poglądów, uświadamianie istoty konfliktów, skierowanie myśli na świat obiektywny – wszystko to, razem wzięwszy kołło cierpienia moralne pacjentki i wносиło stopniowo spokój do jej umysłu”. Wizel [33, s. 174] zauważył też, że oprócz tych bardziej złożonych technik „sama spowiedź, samo szczere zwierzenie się lekarzowi z najintymniejszych przeżyć pozwoliło chorej w znacznej mierze odreagować ów ból, który przez tyle lat w jej duszy się gromadził”.

Innym psychiatrą Szpitala Starozakonných na Czystem, który promował stosowanie psychoterapii, był Gustaw Bychowski. Uważał on, że jest możliwe oddziaływanie psychoterapeutyczne u pacjentów ze schizofrenią i nawiązanie z nimi relacji opartej na pozytywnym przeniesieniu [34]. Proponował on zmodyfikowaną wersję psychoanalizy, którą nazwał „psychoterapią analityczną” [34, s. 64]. Postrzegał schizofrenię jako zaburzenie „zasadniczej relacji pomiędzy «ja» a światem obiektów” [34, s. 60], więc głównym celem terapii miało być utrzymanie kontaktu pacjenta z rzeczywistością w sytuacji rozwijającej się choroby, a w razie rozwiniętej schizofrenii – przywrócenie tego kontaktu. Jeśli chodzi o metody oddziaływań terapeutycznych, Bychowski wierzył, że mając do czynienia z postaciami dopiero rozwijających się schizofrenii, „może samo uświadomienie i wyjaśnienie mechanizmów psychologicznych, jak tworzenia się urojeń i omamów, doprowadzić do rozpadu powstających dopiero tworów patologicznych i przywrócić kontakt pomiędzy jaźnią a rzeczywistością” [34, s. 60]. Różnicę między właściwą psychoanalizą a zaproponowaną przez siebie jej modyfikacją Bychowski widział w tym, że psychoanaliza, stworzona jako metoda leczenia nerwic, miała za zadanie rozwiązanie konfliktu między jaźnią a sferą popędową, a by tego dokonać, musiała sięgnąć do jego źródła i uświadomić je pacjentowi. Natomiast w przypadkach schizofrenii celem psychoterapii miało być, jak wyżej wspomniano, umożliwienie jaźni relacji z rzeczywistością, więc tutaj, jak rozumował Bychowski, sięganie do głębokich konfliktów libido mogłoby wtórnie spowodować ucieczkę jaźni pacjenta od rzeczywistości, czyli psychotyczną regresję. Tak jak różnorodne postacie mogła przybierać schizofrenia, tak zróżnicowana i zindywidualizowana powinna być według Bychowskiego psychoterapia. Z jednej strony, ze względu na trudność z utrzymaniem pozytywnego przeniesienia, polecał stosowanie techniki biernej, cechującej się uważnością i delikatnością w konfrontowaniu urojeń i formułowaniu interpretacji, a w celu wzbudzenia pozytywnego przeniesienia u pacjentów – próbą „wejścia na płaszczyznę ich urojeń” [34, s. 67]. Z drugiej strony, wobec pacjentów prezentujących silne opory i więcej symptomów neurotycznych należało zdaniem Bychowskiego działać bardziej aktywnie, w formie prośb, perswazji, nalegań. Problem wyważenia postawy biernej i aktywnej postrzegał Bychowski jako jedno z najtrudniejszych technicznych zagadnień psychoterapii schizofrenii.

Gustaw Bychowski podejmował również zagadnienia psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną [35] oraz dzieci [36, 37]. Na początku krótkiej pracy na temat psychoterapii „osobników mało inteligentnych” podkreślił społeczną rangę tego zagadnienia, które jego zdaniem w kręgach lekarskich wzbudzało niedostateczne zainteresowanie, oraz zwrócił uwagę na problem niedostosowania metod psychoterapeutycznych do pomocy tej grupie pacjentów [35]. Trudności w stosowaniu klasycznej psychoanalizy w pracy z tą grupą pacjentów upatrywał w braku zasobów intelektualnych niezbędnych do zrozumienia psychologicznych wyjaśnień przyczynowo-skutkowych proponowanych przez lekarza. Modyfikacja techniki psychoanalitycznej w tych przypadkach miała według Bychowskiego polegać na prezentowaniu postawy aktywnej, silnie sugestywnej, wręcz autorytarnej, a także na dbałości o utrzymanie przeniesienia, „które u tych chorych będzie musiało często przyjąć charakter uległości w stosunku do autorytetu” [35, s. 554]. Dlatego w pracy z tą grupą pacjentów należało-

by posługiwać się metodami „psychoterapii niepsychoanalitycznej” [35, s. 555], czyli sugestią na jawie i hipnozą – potęgując wrażenie autorytetu i władzy nad pacjentem:

*W stosunku do takich prymitywnych osobników może się często okazać pożytecznym, jeśli będziemy się zachowywali, niby jakiś czarownik, i zapewnimy od razu z całym naciskiem, że przelejemy na nich całą naszą moc, i, że ta sama moc, która za chwilę obezwładni ich członki, później uzdrowi ich za naszym rozkazem.*

*Nagle zaskoczenie pacjenta musi niekiedy przyjąć charakter nieomal gwałtowny; są przypadki, w których trzeba rzucić się nieomal na niego z całą gwałtownością i natychmiast wziąć go pod swoją władzę, inaczej wszelka możliwość wpływu hipnotycznego ustaje [35, s. 555].*

Pomysły Bychowskiego mogą wydawać się obecnie groteskowe, ale należy pamiętać, że starał się on rozjaśnić całkowicie pominiętą sferę praktyki psychoterapeutycznej, a także miał świadomość eksperymentalnego charakteru swoich propozycji. Pisał: „Wiem dobrze, że to wszystko nie brzmi zbyt zachęcająco, i musimy sobie zdawać sprawę z tego, że mamy tutaj przed sobą dziedzinę, która wymaga jeszcze dużej pracy i wysiłku” [35, s. 555].

Psychoterapia dzieci miała według niego polegać na oddziaływaniu na system wychowawczy dziecka – czyli rodziców i wychowawców – oraz korygowaniu ich błędów, które najczęściej polegały na zbyt restrykcyjnym traktowaniu seksualności dziecięcej, co miało wywoływać u dzieci objawy w postaci rozmaitych lęków [36, 37]. Tym samym Bychowski podkreślał rolę wczesnych relacji dziecka z opiekunami i oddziaływań wychowawczych w powstawaniu objawów neurotycznych.

Władysław Matecki w drugiej połowie lat 30. XX wieku przedstawił koncepcję psychoterapii schizofrenii przypominającą tę zaproponowaną przez Bychowskiego. Psychoterapię widział Matecki jako najodpowiedniejszą metodę leczenia wyodrębnionej przez siebie kategorii „nerwicopodobnej (rzekomonerwicowej) schizofrenii” [38]. Jego zdaniem dwa podstawowe warunki skutecznej psychoanalizy, czyli możliwość przeniesienia oraz dostęp do dojrzałej i świadomej części jaźni, ze względu na działanie schizofrenicznego zerwania kontaktu z rzeczywistością były w wypadku nerwicopodobnej schizofrenii „spełnione w ograniczonym stopniu” [38, s. 132]. Opracował więc postępowanie terapeutyczne będące modyfikacją standardowej psychoanalizy, a przypominające zalecenia Bychowskiego. Terapia miała odbywać się w dwóch fazach. W pierwszej terapeuta miał za zadanie zdystansowanie pacjenta od symptomów, wzmocnienie jaźni oraz wzmocnienie jej zdolności do ekstrawersji – działania te miały służyć ustanowieniu lepszego kontaktu pacjenta z rzeczywistością. W drugiej terapeuta mógł rozpocząć właściwą psychoanalizę, ale wciąż z wycuciem i ostrożnością przy odkrywaniu archaicznych konfliktów libido, ponieważ niekontrolowane uwolnienie infantylnych popędów mogło grozić ponowną dezintegracją zdrowiejącej dopiero jaźni. Według Mateckiego [38, s. 133] im dalej posunięty był proces schizofreniczny, „tym mniej liczyć można na powodzenie terapii psychoanalitycznej, tym bardziej zaś — korzystać z arsenału tzw. «małej psychoterapii»”. Do arsenału „małej psychoterapii” należały natomiast „metody leczenia o charakterze psychagogicznym, perswazja



i sugestia, terapia pracy, zmiana środowiska, uregulowanie sytuacji życiowej, niekiedy psychoterapia w warunkach zakładu leczniczego” [38, s. 133].

W Szpitalu Starozakonnym na Czystym pracował również Maurycy Borsztajn, jeden z najzagorzalszych zwolenników psychoanalizy w polskim środowisku psychiatrycznym dwudziestolecia międzywojennego [39, 40]. Po śmierci Adama Wizła w 1929 roku został samodzielnym ordynatorem Oddziału Psychiatrycznego. Borsztajn podkreślał lecznicze zastosowanie psychologicznej analizy, uwzględniającej fenomenologiczny opis objawów w duchu Karla Jaspersa i Eugeniusza Minkowskiego oraz psychoanalityczne podejście do patomechanizmu i patogenezы choroby [41, 42]. Psychoanaliza była według Borsztajna najskuteczniejszą z metod psychoterapeutycznych – w pracy *O psychozach wieku dziecięcego* pisał, że w przypadkach dzieci dotkniętych problemami psychologicznymi „należy zastosować psychoterapię, a z wszystkich metod psychoterapeutycznych najlepsza, najtrwalsza jest psychoanaliza” [43, s. 1095]. Dogłębne oddziaływanie psychoanalityczne miało według Borsztajna charakter trwałej zmiany, ponieważ nie zmierzało jedynie do usunięcia objawów, ale obejmowało też transformację całej osobowości:

*Analiza musi być długa z natury rzeczy, albowiem nie chodzi dziś, jak to bywało w pierwszych okresach rozwoju psychoanalizy, tylko o usunięcie objawów neurotycznych, ale o przeoranie gruntu, na którym te objawy wyrosły, o możliwie głęboką przemianę osobowości neurotycznej. [...] Pełna analiza terapeutyczna staje się z musu analizą charakterologiczną* [44, s. 38].

Podobnie jak Borchowski Borsztajn był również zwolennikiem stosowania psychoanalizy w leczeniu psychoz [39].

### **Psychoterapia w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie**

W roku 1905 założyciel i dyrektor Kliniki Neurologiczno-Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Jan Piltz wyłożył swoje *credo* dotyczące roli psychoterapii w leczeniu chorób psychicznych, pisząc: „Wszak udział psychiki w powstawaniu wielu chorób jest dziś ogólnie uznany, a psychoterapia odgrywa dziś w leczeniu bardzo wielu chorób podstawową rolę” [45, s. 484].

Po opuszczeniu kliniki przez psychiatrów, którzy w latach 1905–1914 rozwijali psychoanalitycznie zorientowaną psychoterapię, czyli Borowieckiego, de Beauarina, Jekelsa, Nelkena i Nunberga, znaczenie tej metody leczenia w krakowskim ośrodku zmalało [3]. Po pierwszej wojnie światowej problemem, który zwrócił uwagę personelu kliniki, były nerwice wojenne – zajmował się nimi, obok Piltza, Eugeniusz Artwiński [46]. Jeszcze w roku 1917 Piltz położył podwaliny pod „psychoterapeutyczny model leczenia nerwicy wojennych”, wedle określenia Dembińskiej i Rutkowskiego [46], uszczegóławiając, czym psychoterapia miała się charakteryzować:

*Najskuteczniejszą i najważniejszą metodą leczenia histeryi jest psychoterapia. Polega ona przedewszystkiem na uspokojeniu chorego,*

*zdobyciu jego zaufania, obudzeniu w nim zaufania w jego własne siły, wzmocnieniu jego siły woli, rozwiązaniu i złagodzeniu jego patologicznego stanu afektywnego, skorygowaniu jego patologicznych związków myślowych i usunięciu jego patologicznych autosugestii a więc na pewnego rodzaju, jeżeli tak się wyrazić można, ortopedyi psychicznej. Do tego celu dochodzimy najlepiej przez gruntowne badanie chorego, w szczególności zaś psychologiczną analizę jego osobistości, przez wyjaśnienie i wytłumaczenie choremu właściwej istoty jego chorobowego stanu i tych endogenicznych i egzogenicznych momentów, które patologiczny jego stan uwarunkowały, z drugiej strony przez odosobnienie go od postronnych nie korzystnych wpływów i przez stosowanie perswazyi lub sugestyi [47, s. 397–398].*

Jan Piltz był przeciwny stosowaniu hipnozy w terapii hysterii: „wbrew zapatrywaniom szkoły Charcota, już od dawna odstąpiłem od stosowania przy hysterii metody hypnotycznego usypiania” [47, s. 398].

W okresie dwudziestolecia międzywojennego Piltz nie wracał więcej do tego tematu, a Artwiński w swoich tekstach dotyczących nerwic wojennych [48, 49] odsyłał do cytowanego powyżej artykułu Piltza, który stanowił dla niego punkt odniesienia.

Inny psychiatra Kliniki Neurologiczno-Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, Władysław Medyński, poświęcił w 1930 roku zagadnieniu psychoterapii cały artykuł [50]. Odwoływał się w nim do Kretschmerowskiej perspektywy konstytucjonalnej, ujmującej człowieka jako dynamiczną psychofizyczną całość. Zdaniem Medyńskiego perspektywa ta pozwalała na spojrzenie na chorego całościowo, a nie tylko przez pryzmat jego objawów. Artykuł zaczął Medyński od krótkiego streszczenia historii psychoterapii, od której, według niego, świat naukowy bardzo długo „stronił i odżegnywał się”, by w końcu we współczesnych autorowi czasach zwrócić uwagę na jej „sukcesy”. Jego zdaniem psychoterapia „stała się potężną bronią współczesnego lekarza, bronią, która jakkolwiek operuje tylko słowem, może mieć moc, którą porównać można tylko z ostrym nożem w rękach operującego chirurga” [50, s. 308]. Choć uznawał pewne zalety tradycyjnych metod psychoterapii, czyli hipnozy i perswazyi, krytykował je jako niezdolne do wywołania trwałej zmiany charakterologicznej. Jakkolwiek, jak stwierdził, pod wpływem hipnozy pewne objawy „znikają istotnie, lecz pozostają te moce, które tworzą objawy, ich źródła, gdyż elementy chorobowe indywidualnej psychofizycznej organizacji istnieją nadal” [50, s. 309–310]. Podobnie perswazja, mimo że często wpływa pozytywnie na pacjenta poprzez bliską relację lekarz–pacjent, gdzie lekarz „[z]bliża się do chorego, jako jego przyjaciel i towarzysz, niosąc mu pomoc i wiedzę, opartą na głębokim wyczuciu emocjonalnego charakteru psychonerwic i ich objawów”, „nie jest jednak w stanie unieszkodliwić samej predyspozycji, tej konstytucji o podstawie biologicznej, na tle której u chorego zjawia się skłonność do schorzenia [...]” [50, s. 311–312].

Medyński podkreślał również, że podejście konstytucjonalne każe psychoterapeucie wyjść poza ustalone jednostki nozologiczne i analizować raczej dynamikę charakteru, niż skupiać się na diagnozie klinicznej: „ujęcie kliniczne nozologicznej

jednostki usuwa się na plan drugi i dla psychoterapeuty przestaje być rzeczą pierwszorzędnej wagi zagadnienie, czy dany objaw jest specyficznym przejawem danej choroby. W miejsce zblakłych schematów klinicznych wysuwa się biologicznie uzasadniona dynamiczna nauka o charakterze” [50, s. 308].

Ta zmiana percepcji miała mieć istotny wpływ na postrzeganie praktyki psychoterapeutycznej:

*Dawniej terenem jej działania była wyobraźnia histeryczek, do niej psycholog apelował, starając się ją „udobruchać” sposobami dość jednostajnymi, w ten sposób psychoterapia dążyła do tego, aby usunąć lub stłumić objaw drogą pewnego lub skrytego sugerowania [...].*

*Obecnie dążymy do tego, aby genetycznie przeniknąć w psychologiczny mechanizm pochodzenia objawów, rozpatrując je jako formy przejawów indywidualnego charakteru.*

*Dziś naszym zadaniem jest dotrzeć do tego, aby drogą wpływu na psychiczną indywidualność w całym jej zbiorze, urobić tak człowieka, by mógł się przystosować do życia, zwiększył swoje „napięcie” życiowe, i w ten sposób usunąć możliwość przejawów chorobliwych reakcji [50, s. 309].*

Medyński oddał Freudowi, że nowoczesna psychoterapia wiele zawdzięcza psychoanalizie. Streszczając podstawowe pojęcia psychoanalizy, zidentyfikował jako kluczową koncepcję przeniesienia. Nie było to wszakże jego zdaniem zjawisko specyficzne jedynie dla psychoanalizy: „Sprawa związku afektywnego pomiędzy chorym a lekarzem jest podstawą prawie wszystkich zabiegów psychoterapeutycznych” [50, s. 315].

Swoje rozważania dotyczące psychoterapii sprowadził do następującej fundamentalnej kwestii: „Zasadniczy problem psychoterapii kształtuje się w ten sposób: *jak wykorzystać metodologiczne przeniesienia w ich rozlicznych postaciach, aby się doczekać możliwie aktywnego przystosowania się indywidualnego charakteru do danej sytuacji życiowej?*” [50, s. 316].

### Podsumowanie

Sposoby rozumienia pojęcia psychoterapii, a także jej praktykowania w polskich szpitalach psychiatrycznych nie były jednorodne. Psychiatryzy Szpitala Starozakonnych na Czystem, silnie inspirowani psychoanalizą, postrzegali stosowaną przez siebie psychoterapię jako swego rodzaju modyfikację standardowej psychoanalizy, która byłaby skuteczna w leczeniu psychoz. Tu psychoterapia pojmowana była jako forma indywidualnego oddziaływania lekarza na pacjenta, przez rozmowę i nawiązanie relacji. Natomiast personel Krajowego Zakładu Psychiatrycznego Dziekanka proponował dużo szersze i bardziej niezależne od wpływów psychoanalizy rozumienie psychoterapii. W tej wersji oddziaływanie psychoterapeutyczne nie ograniczało się do relacji lekarz–pacjent, ale obejmowało wpływ całego szpitalnego środowiska. Przykładem psychoterapii w tym ujęciu była szeroko stosowana w Dziekance terapia zajęciowa.

Personel psychiatryczny Kliniki Neurologiczno-Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, rozwijając w latach dwudziestych psychoterapię nerwic wojennych, posiłkował się rozumieniem psychoterapii wyłożonym przez Jana Piltza, zgodnie z którym psychoterapia była formą leczniczego wpływu lekarza na pacjenta, opartą na zaufanej relacji i obejmującą wielorakie oddziaływania. W tej wersji psychoterapia była postrzegana jako rodzaj „naprostowania psychicznego” – słowami Piltza: jako „ortopedia psychiczna”.

### Piśmiennictwo

1. Shamdasani S. *'Psychotherapy': The invention of a word*. Hist. Human Sci. 2005; 18(1): 1–22.
2. Marcinów M, Dobroczyński B. *Konceptualny rodowód psychoterapii na ziemiach polskich*. Przegląd Psychologiczny 2010; 53(3): 253–265.
3. Dembińska E, Rutkowski K. *Rozwój psychoterapii jako metody leczenia zaburzeń psychicznych na Uniwersytecie Jagiellońskim iw Krakowie do wybuchu I wojny światowej*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(1): 247–259.
4. Pankalla A, Kilian A. *Prolegomenon to the thought style of the new history of psychology*. Studia Psychologica 2018; 18(1): 5–14.
5. Pankalla A, Kilian A. *Re-wizja i re-autoryzacja psychologii. Ekspedycja na peryferie – od myśli krytycznej ku psychologii realnej*. Czasopismo Psychologiczne 2018; 24: 21–36.
6. Danziger K. *Prospects of a historical psychology*. History and Philosophy of Psychology Bulletin 2003; 15(2): 4–10.
7. Danziger K. *Psychological objects, practice and history*. W: Rappard HV, Strien J, Mos LP, Baker WJ. red. *Annals of theoretical psychology*, t. 8. New York: Springer; 1993. S. 15–47.
8. Rosner RI. *History and the topsy-turvy world of psychotherapy*. Hist. Psychol. 2018; 21(3): 177.
9. Marks S. *Psychotherapy in historical perspective*. Hist. Human Sci. 2017; 30(2): 3–16.
10. Bilikiewicz T, Gallus J. *Psychiatria polska na tle dziejowym*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1962.
11. Bednarz J. *Stan lekarski a opieka psychiatryczna w Rzeczypospolitej*. Nowiny Psychiatryczne 1928; 5(3–4): 266.
12. Kujawski R. *Józef Bednarz (1879–1939) – lekarz psychiatra, ekspert sądowy i menedżer lecznictwa psychiatrycznego w okresie międzywojennym*. Psychiatr. Pol. 2019; 53(6): 1379–1395.
13. Davies N. *Boże igrzysko*, t. 2. Kraków: Znak; 2018.
14. Bernasiewicz W, Łuniewski W. *Próba zestawienia danych statystycznych ze sprawozdań zakładów psychiatrycznych za r. 1928*. Rocznik Psychjacyjny 1930; 12: 160–208.
15. Borowiecki S. *W sprawie programu psychiatrii polskiej*. Rocznik Psychjacyjny 1935; 25: 25–36.
16. Ellenberger HF. *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books; 1994.
17. Groth J. *Eugenia Sokolnicka – A contribution to the history of psychoanalysis in Poland and France*. Psychoanal. Hist. 2018; 17(1): 59–86.

18. Herczyńska G. *Aleksander Piotrowski 1878–1933*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2001; 10(1): 2–6.
19. Piotrowski A. *Dziesięciolecie działalności polskiej w Dziekance*. Nowiny Psychjatryczne 1929; 6(3–4): 141–177.
20. Piotrowski A. *Jak winien wyglądać nowoczesny Szpital Psychjatryczny*. Nowiny Psychjatryczne 1929; 6(3–4): 285–298.
21. Piotrowski A. *Przyczynek do leczenia psychiatrycznego*. Nowiny Psychjatryczne 1924; 1(7): 78–86.
22. Piotrowski A. *Leczenie psychoz manjakałno-depresyjnych i ich zapobieganie*. Nowiny Psychjatryczne 1927; 4(4): 223–231.
23. Wilczyński F. *Lecznictwo psychiatryczne w Dziekance w ostatnich 10 latach*. Nowiny Psychjatryczne 1929; 6(3–4): 187–205.
24. Rutkowski K, Dembińska E. *Dr Karol de Beaurain – sylwetka psychiatrii. Część 2*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(3): 575–588.
25. Salkowski S. *Miesięczne posiedzenie naukowe lekarzy w Dziekance ze współudziałem lekarzy z Gniezna jako gości w dniu 4 stycznia 1924 roku*. Nowiny Psychjatryczne 1924; 1(2): 14.
26. Salkowski S. *Posiedzenie kliniczne lekarzy Zakładu w dniu 30.XI.1923*. Nowiny Psychjatryczne 1924; 1(1): 4–5.
27. Salkowski S. *Miesięczne posiedzenie naukowe lekarskie ze współudziałem lekarzy z Gniezna w dn. 7.XII.23*. Nowiny Psychjatryczne 1924; 1(1): 5–8.
28. Salkowski S. *Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 18 stycznia 1924 r.* Nowiny Psychjatryczne 1924; 1(2): 14–15.
29. Salkowski S. *Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 14.5.1924*. Nowiny Psychjatryczne 1924; 1(6): 47–48.
30. Salkowski S. *Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 28 marca 1924 r.* Nowiny Psychjatryczne 1924; 1(8): 118–119.
31. Salkowski S. *Posiedzenie kliniczne lekarzy Zakładu w dniu 17 listopada 1923*. Nowiny Psychjatryczne 1924; 1(1): 3–4.
32. 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.
33. Wizel A. *Pamiętnik pacjentki*. Warszawa: F. Hoesick; 1928.
34. Bychowski G. *W sprawie psychoterapii schizofrenji*. Rocznik Psychjatryczny 1928; 8: 57–69.
35. Bychowski G. *W sprawie psychoterapii osobników mało inteligentnych*. Warszawskie Czasopismo Lekarskie 1928; 5(24): 553–555.
36. Bychowski G. *Psychoterapia wieku dziecięcego*. Szkoła Specjalna 1930/1931; 7(3): 133–147.
37. Bychowski G. *Psychoterapia w szkole*. Szkoła Specjalna 1930/1931; 7(3): 148–158.
38. Matecki W. *Nerwicopodobne (rzekomonerwicowe) postacie schizofrenii jako zagadnienie rozpoznawcze i lecznicze*. Nowiny Psychjatryczne 1937; 14(1–4): 113–134.
39. 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. 255–296.

40. 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.
41. Borsztajn M. *O odrębnym typie rozszczepienia psychicznego (Schizothymia reactiva circumscripta)*. Warszawa: Wyd. Kasy Mianowskiego; 1916.
42. Borsztajn M. *Stanowisko kliniczne schizofrenji i nowa teoria jej patogenezy*. Rocznik Psychjatryczny 1927; 5: 79–92.
43. Borsztajn M. *O psychozach wieku dziecięcego*. Warszawskie Czasopismo Lekarskie 1930; 7(46, 47): 1069–1072, 1093–1095.
44. Borsztajn M. *Uwagi z powodu artykułu Zygmunta Freuda pn. „Psychoanaliza, która się daje zakończyć i taka, która dłuży się bez końca”*. Rocznik Psychjatryczny 1938; 33: 33–42.
45. Piltz J. *Stanowisko psychiatry w rzędzie innych nauk lekarskich, oraz nowoczesne jej zadania i cele*. Przegląd Lekarski 1905; 44(30–32): 483–485, 499–502, 515–518.
46. Rutkowski K, Dembińska E. *Badania i leczenie nerwic wojennych w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie przed II wojną światową na tle psychiatrii europejskiej*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(2): 383–393.
47. Piltz J. *Przyczynek do nauki o tzw. nerwicach wojennych i ich leczeniu na podstawie własnych spostrzeżeń*. Przegląd Lekarski 1917; 56(48): 395–408.
48. Artwiński E. *Histerja w świetle wojny*. Pol. Gaz. Lek. 1922; 1(12–13): 235–239.
49. Artwiński E. *W sprawie nerwic urazowych*. Kraków: Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1918.
50. Medyński W. *Psychoterapia*. Wiadomości Lekarskie 1930; 3(8–9): 307–316.

Adres: Jan Kornaj  
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego  
Instytut Psychologii  
e-mail: kornajjan@gmail.com

Otrzymano: 12.06.2023  
Zrecenzowano: 22.07.2023  
Otrzymano po poprawie: 23.08.2023  
Przyjęto do druku: 23.09.2023