

**UNIWERSYTET KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO
W WARSZAWIE**

INSTYTUT PSYCHOLOGII

Jan Kornaj

D-4136

**Indygenizacja kategorii borderline w polskiej psychopatologii w latach
1918-1989 w ujęciu psychologii historycznej Kurta Danzigers**

*Indigenization of the category of borderline in Polish psychopathology in the years 1918-
1989 in terms of historical psychology of Kurt Danziger*

Promotor:

Prof. ucz. dr hab. Andrzej Pankalla

WARSZAWA 2025

Streszczenie

Celem niniejszej rozprawy doktorskiej jest rekonstrukcja procesu indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989, określenie czynników historycznych, kulturowych i społecznych wpływających na ten proces oraz wyróżnienie cech specyficznych kategorii *borderline* w psychopatologii polskiej. Na początku dokonana zostaje adaptacja psychologii historycznej Kurta Danzigera jako metodologii badawczej, do celu rozprawy. Następnie dokonano rekonstrukcji kontekstu źródłowego kategorii *borderline*, czyli procesu jej rozwoju w psychopatologii amerykańskiej. Główną częścią pracy jest badanie indygenicznymi kategorii pokrewnych semantycznie amerykańskiej kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii, a także poszukiwanie pierwszego pojawienia się w polskiej literaturze psychopatologicznej angielskiego terminu *borderline*. Okres 1918-1989 podzielono na dwa podokresy: dwudziestolecie międzywojenne i okres II Wojny Światowej (1918-1945) oraz okres Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (1946-1989). Dla każdego podokresu zrekonstruowano wpływ kontekstu społeczno-kulturowego na rozwój psychopatologii. W końcowej części pracy przedstawiona jest rekonstrukcja procesu indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989, postawione są hipotezy dotyczące czynników mających wpływ na ten proces oraz wysunięte są propozycje dotyczące dalszego stosowania kategorii *borderline* w praktyce psychologicznej i psychiatrycznej.

Słowa kluczowe: *borderline*, Danziger, historia, indygenizacja, Polska, psychologia historyczna, psychopatologia

Summary

The aim of this dissertation is to reconstruct the process of indigenization of the borderline category in Polish psychopathology between 1918 and 1989, to identify the historical, cultural, and social factors influencing this process, and to distinguish the specific characteristics of the borderline category in Polish psychopathology. First, the historical psychology of Kurt Danziger is adapted as a research methodology to suit the dissertation's objectives. Next, the primary context of the borderline category is reconstructed, namely the process of its development in American psychopathology. The main part of the dissertation is an examination of indigenous categories semantically related to the American borderline category in Polish psychopathology, as well as an search for the first appearance of the English term borderline in Polish psychopathological literature. The period 1918-1989 is divided into two subperiods: the interwar period and the period of World War II (1918-1945), and the period of the Polish People's Republic (1946-1989). For each subperiod, the influence of the sociocultural context on the development of psychopathology is reconstructed. In the final section of the paper a reconstruction of the process of indigenization of the borderline category in Polish psychopathology between 1918 and 1989 is presented, hypotheses are formulated regarding the factors influencing this process, and proposals are made for the future use of the borderline category in psychological and psychiatric practice.

Keywords: borderline, Danziger, historical psychology, history, indigenization, Poland, psychopathology

Spis treści

| | |
|---|----|
| Wstęp | 6 |
| Rozdział 1. Adaptacja teoretycznego narzędzia badawczego: psychologia historyczna Kurta Danzigersa | 12 |
| 1.1. Psychologia historyczna Kurta Danzigersa jako metodologia badań historycznych w psychologii | 12 |
| 1.2. Założenia ontologiczne i epistemologiczne psychologii historycznej Kurta Danzigersa | 18 |
| 1.3. Adaptacja podstawowych pojęć psychologii historycznej Kurta Danzigersa | 22 |
| 1.4. Poziomy analizy historycznej | 25 |
| 1.5. Fazy procesu indygenizacji..... | 26 |
| 1.5. Historyczne badania kategorii psychopatologicznych a psychologia współczesna | 30 |
| 1.6. Teoretyczne narzędzie badawcze | 34 |
| 1.7. Podsumowanie | 36 |
| Rozdział 2. Badanie kontekstu źródłowego: rekonstrukcja rozwoju kategorii <i>borderline</i> w psychopatologii amerykańskiej..... | 38 |
| 2.1. Kategoria <i>borderline</i> w psychopatologii amerykańskiej przed rokiem 1918: <i>borderland</i> jako pogranicze normalności i szaleństwa | 38 |
| 2.2. Kategoria <i>borderline</i> w praktykach badawczych psychopatologii amerykańskiej w okresie dwudziestolecia międzywojennego i II Wojny Światowej (1918-1945): <i>borderline</i> jako pogranicze nerwic i psychoz | 42 |
| 2.3. Kategoria <i>borderline</i> w psychopatologii amerykańskiej po II Wojnie Światowej (1946-1989): od pogranicza nerwicy i psychozy do zaburzenia osobowości..... | 51 |
| 2.4. Kategoria <i>borderline</i> we współczesnej psychopatologii amerykańskiej | 74 |
| 2.5. Podsumowanie | 80 |
| Rozdział 3. Kategoria <i>borderline</i> w polskiej psychopatologii dwudziestolecia międzywojennego i II Wojny Światowej | 87 |

| | |
|--|------------|
| 3.1. Kontekst społeczno-kulturowy rozwoju psychopatologii w Polsce dwudziestolecia międzywojennego i czasów II Wojny Światowej..... | 87 |
| 3.2. Kategoria <i>borderline</i> w praktykach badawczych polskiej psychopatologii dwudziestolecia międzywojennego i czasów II Wojny Światowej..... | 92 |
| 3.2.1. Pogranicze nerwic i psychoz | 92 |
| 3.2.2. Zaburzenie osobowości..... | 103 |
| 3.3. Podsumowanie..... | 115 |
| Rozdział 4. Kategoria <i>borderline</i> w polskiej psychopatologii w czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej..... | 119 |
| 4.1. Kontekst społeczno-kulturowy rozwoju psychopatologii w Polsce w czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej | 119 |
| 4.2. Kategoria <i>borderline</i> w praktykach badawczych polskiej psychopatologii w czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej | 122 |
| 4.2.1. Pogranicze nerwic i psychoz | 123 |
| 4.2.2. Zaburzenie osobowości..... | 132 |
| 4.3. Podsumowanie..... | 144 |
| Rozdział 5. Rekonstrukcja procesu indygenizacji kategorii <i>borderline</i> w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989 | 149 |
| 5.1. I faza procesu indygenizacji..... | 149 |
| 5.2. II faza procesu indygenizacji | 151 |
| 5.3. III faza procesu indygenizacji..... | 152 |
| 5.4. Dynamika rozwoju kategorii <i>borderline</i> w psychopatologii polskiej a amerykańskiej: czynniki różnicujące..... | 153 |
| 5.5. Podsumowanie..... | 159 |
| Podsumowanie i wnioski | 162 |
| Bibliografia | 168 |
| Spis tabel..... | 193 |
| Spis rysunków | 194 |

Wstęp

Kategoria *borderline* narodziła się w Stanach Zjednoczonych. Po raz pierwszy tej nazwy użył Thomas Verner Moore w roku 1921 w swojej pracy zatytułowanej *The parataxis: a study and analysis of certain borderline mental states* (Stone, 1986, 2005). Współcześnie termin *borderline* najczęściej pojawia się w kontekście zaburzenia osobowości *borderline* opisywanego przez klasyfikacje medyczne. Według klasyfikacji DSM-V, wydanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, zaburzenie osobowości *borderline* to utrzymujący się wzorzec funkcjonowania polegający na braku stabilności w relacjach z innymi, obrazie ja i stanach afektywnych oraz impulsywności (APA, 2013). Klasyfikacja ICD-10 Światowej Organizacji Zdrowia, proponuje kategorię „osobowości chwiejnej emocjonalnie”, charakteryzującą się niestabilnością emocjonalną, która dzieli się na typ impulsywny oraz typ *borderline* (WHO, 1993). Najnowsza klasyfikacja ICD-11 rezygnuje z kategorialnego modelu zaburzeń osobowości na rzecz dymensjonalnego – proponuje ocenę głębokości zaburzenia osobowości i jej pogłębiony opis, kończąc z koniecznością określenia typu zaburzenia osobowości. Zgodnie z ICD-11 nie diagnozuje się już zaburzenia osobowości *borderline*, ale można wyróżnić „wzorzec *borderline*” (*borderline pattern*) (WHO, 2019). Poza zaburzeniem osobowości *borderline* mówi się również o poziomie organizacji osobowości *borderline* według Kernberga (Cierpiąłkowska, 2017).

Borderline jest kategorią kontrowersyjną. Według Michaela H. Stone’a (2005) zaburzenie osobowości *borderline* jest najczęściej opisywanym zaburzeniem osobowości we współczesnej literaturze psychiatrycznej. Diagnoza ta wskazywana jest również jako jedna najczęściej stosowanych w praktyce klinicznej (Widiger i Weissman, 1991). Ocenia się, że od 1% do 4% populacji ogólnej oraz od 15% do 25% populacji pacjentów z problemami zdrowia psychicznego posiada diagnozę zaburzenia osobowości *borderline* (Campbell, Clarke, Massey, Lakeman, 2020) Według Lidii Cierpiąłkowskiej (2017), wiodącej badaczki *borderline* w Polsce, koncepcje, modele, kryteria diagnostyczne zaburzenia osobowości *borderline* oraz metody jej psychoterapii wciąż potrzebują modyfikacji. Campbell i in. (2020) zauważając trudności diagnostyczne i problemy teoretyczne kategorii zaburzenia osobowości *borderline*, podkreślają jej użyteczność, zwracając zarazem uwagę na konieczność uświadamiania sobie przez specjalistów zmiennego i historycznego charakteru konstruktów diagnostycznych jakimi

są zaburzenia osobowości. Dużo bardziej krytyczni wobec kategorii *borderline* są na przykład duńscy badacze, Zandersen, Henriksen i Parnas (2018). Ich zdaniem kategoria zaburzenia osobowości *borderline* cechuje się brakiem precyzyjnych kryteriów odróżniających ją od zaburzeń ze spektrum schizofrenii oraz niejasnymi definicjami głównych pojęć nozologicznych. Tyrer, Mulder, Kim i Crawford (2019), członkowie zespołu pracującego nad nozologią zaburzeń osobowości w najnowszej klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia ICD-11, wysuwają w stosunku do zaburzenia osobowości *borderline* podobną krytykę: „[...] pomimo całego poparcia dla zaburzenia osobowości typu *borderline* jako klinicznie użytecznej diagnozy, zauważalny jest brak solidnych dowodów naukowych na to, że jest to jednorodny zespół”¹ (Tyrer, Mulder, Kim, Crawford, 2019, s. 494). Anglojęzyczna literatura poświęcona krytyce kategorii *borderline* jest obszerna (Tyrer, 2009). Na gruncie polskim szczególnie krytyczny wobec kategorii *borderline* był Andrzej Jakubik (1996, 2003, 2004). „Popularności określenia *pograniczny* towarzyszy brak powszechnej zgody odnośnie do jego stosowania w diagnostyce zaburzeń psychicznych. Właściwie nie wiadomo, czy odnosi się ono do stanu klinicznego, osobowości, struktury charakteru, wzorców zachowania się, schizofrenii, depresji endogennej [...] czy też innych zespołów psychopatologicznych” – pisał Jakubik (2003, s. 91). Problem kategorii *borderline* nazwał „mitem osobowości pogranicznej” (Jakubik, 1996). Mimo kontrowersji i krytyki, kategoria *borderline* upowszechniła się również w Polsce.

Głównym celem niniejszej rozprawy doktorskiej jest rekonstrukcja procesu indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989, natomiast celami szczegółowymi są:

- 1) Określenie czynników historycznych, kulturowych i społecznych wpływających na proces indygenizacji kategorii *borderline* w psychopatologii polskiej.
- 2) Wyróżnienie cech specyficznych dla rozwoju kategorii *borderline* w psychopatologii polskiej na tle jej rozwoju w psychopatologii amerykańskiej.

¹ Wszystkie cytaty z języka angielskiego zostały przetłumaczone przez autora niniejszej pracy.

Indygenizacja to „[...] proces, dzięki któremu importowane psychologiczne pojęcia i praktyki są asymilowane i przekształcane pod wpływem lokalnego kontekstu społecznego” (Danzgier, 1994, s. 477). Badanie procesu indygenizacji to zatem badanie transformacji jakim ulega kategoria „importowana” z jednego kontekstu kulturowo-społecznego do innego. Kategorią, której proces indygenizacji będzie w niniejszej rozprawie doktorskiej badany, jest kategoria *borderline*.

Badaniem, z kilku powodów, zdecydowano się objąć okres od roku 1918, czyli odzyskania przez Polskę niepodległości, do roku 1989, czyli transformacji ustrojowej i końca Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Po pierwsze, indygenizacja kategorii *borderline* ma zostać zbadana w kontekście polskiej psychopatologii. Psychopatologia², zgodnie z rozumieniem Cierpiałkowskiej (2016), to interdyscyplinarna dziedzina zajmująca się zaburzeniami psychicznymi oraz zaburzeniami zachowania. Psychopatologią zajmują się głównie psychiatrzy oraz psychologowie kliniczni. Dlatego w niniejszej pracy bardzo ważne będzie ukazanie kontekstu instytucjonalnego rozwoju polskiej psychiatrii i psychologii klinicznej – a rok 1918 trzeba uznać za początek rozwoju instytucji naukowych związanych z psychiatrią i psychologią w niepodległej Polsce.

Metodologia niniejszej rozprawy doktorskiej jest oparta na psychologii historycznej w jej wersji zaproponowanej przez Kurta Danziger. Psychologia historyczna służyć ma badaniu historycznej ewolucji dowolnych przedmiotów psychologii (*psychological objects*), czyli kategorii istniejących w psychologicznym dyskursie i będących celem psychologicznych praktyk. Cytując Danziger (2003b, s. 1): „psychologia historyczna [...] bada przemiany określonych przedmiotów (*objects*) [psychologii – przyp. moje J.K.] obecnych w psychologicznym dyskursie i będących celem określonych praktyk”. Celem psychologa historycznego jest zatem „[...] badanie współczesnych psychologicznych kategorii w świetle danych historycznych” (Danziger, 2003b, s. 2). Równie istotne dla tej metodologii jest rozpatrywanie rozwoju wybranej kategorii w jej kontekście społeczno-kulturowym.

Historia rozwoju kategorii *borderline* w kontekście psychopatologii amerykańskiej została opisana przez badaczy zachodnich (Aronson, 1985; Bateman, 2011; Fine, 1989; Jones, 2023; Leichtman, 1989; Lunbeck, 2006; Stone, 1986; 2005) jak

² Terminem „psychopatologia” posługiwał się często m.in. Michel Foucault (1969), określając tak dyskurs o chorobie psychicznej.

i polskich (Ogłodek i Araszkiewicz, 2011; Jackiewicz i Marcinów, 2014). W ostatnich latach powstaje coraz więcej prac poświęconych historii polskiej psychopatologii. Wymienić tutaj należy: monografie dotyczące historii psychoanalizy w Polsce autorstwa Bartłomieja Dobroczyńskiego (2021), Dobroczyńskiego i Marcinów (2018), Pawła Dybla (2016a; 2016b; 2017) oraz Leny Magnone (2016); monografię Miry Marcinów (2018) dotyczącą historii melancholii w polskiej psychopatologii dziewiętnastego wieku; wiele artykułów poświęconych różnym aspektom historii polskiej psychopatologii, które będą użyteczne dla niniejszego badania. Jackiewicz i Marcinów (2014, s. 27-29) w swoim artykule *Osobowość z pogranicza – ujęcie historyczne w kontekście zmian w DSM-V* poświęcają „zaburzeniu osobowości typu *borderline* w piśmiennictwie polskim” dwie strony, pisząc o jednej publikacji z lat osiemdziesiątych – autorstwa Bomby, Mamrot i Orwid (1981) – oraz kilku z ostatniej dekady XX wieku – autorstwa Masiaka (1992), Jakubika (1996) i Sokolika (2000). Szczegółowego badania historii kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w literaturze polskiej i światowej brakuje. Warto wspomnieć, że niniejsze badanie wpisuje się w szerszy nurt badań historycznych nad rozwojem kategorii psychopatologicznych – przedmiotem opublikowanych dotychczas studiów były takie kategorie jak histeria (Micale, 1995), schizofrenia (Boyle, 1990), PTSD (Young, 1995), osobowość mnoga (Hacking, 1995a) i inne (Peeters, 1996; Borch-Jacobsen, 2001).

Poza wypełnieniem luki w wiedzy o historycznych uwarunkowaniach psychopatologicznych kategorii w lokalnym kontekście psychopatologii polskiej, innymi obiektywnymi motywami podjęcia niniejszego badania są:

- 1) Dostarczenie danych historycznych mających pomóc w rozwiązaniu konceptualnych problemów związanych z kategorią *borderline* oraz przyczynić się do szerszej refleksji nad systemami diagnostycznymi.
- 2) Dostarczenie przyczynku do badań nad kształtowaniem podmiotowości polskich pacjentów etykietowanych „*borderline*” w zależności od rozwoju tej kategorii w polskiej psychopatologii.
- 3) Ugruntowanie tożsamości polskiej psychopatologii poprzez ukazanie ciągłości/nieciągłości praktyk związanych z kategorią *borderline* na gruncie rodzimym oraz wypełnienie luk konceptualnych związanych z transferem wiedzy.

Jako psychoterapeutę, do podjęcia niniejszego tematu motywowała Autora w dużej części również chęć wpływu na praktykę psychoterapeutyczną poprzez wzbudzenie autorefleksji nad językiem używanym przez psychoterapeutów. Jeśli uda się za pośrednictwem niniejszej pracy pobudzić w psychoterapeutycznym środowisku namysł nad historycznym charakterem psychopatologicznych kategorii, cel ten zostanie osiągnięty.

W toku pracy podjęta zostanie próba odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- 1) Kiedy i w jakim kontekście po raz pierwszy użyto w polskiej literaturze psychopatologicznej angielskiego terminu *borderline*?
- 2) Czy przed użyciem angielskiego terminu *borderline* w polskiej psychopatologii istniały semantycznie pokrewne kategorie lokalne?
- 3) Jakie warunki rozwoju instytucjonalnego dyscyplin psychologii klinicznej i psychiatrii tworzyły kontekst rozwoju kategorii *borderline* w Polsce?
- 4) W jaki sposób praktyki badawcze psychopatologii światowej wpływały na rozwój kategorii *borderline* w Polsce?
- 5) W jaki sposób kontekst historyczno-kulturowo-społeczny wpływał na rozwój kategorii *borderline* w Polsce?
- 6) Jakie można wskazać cechy różnicujące kategorię *borderline* w polskiej psychopatologii od kategorii *borderline* w psychopatologii amerykańskiej?

W celu ustrukturyzowania pracy wyróżniono następujące zadania badawcze:

- 1) Adaptacja metodologii psychologii historycznej Kurta Danzigersa.
- 2) Rekonstrukcja rozwoju kategorii *borderline* w psychopatologii amerykańskiej.
- 3) Rekonstrukcja uwarunkowań historycznych, kulturowych oraz społecznych rozwoju polskiej psychopatologii w podziale na dwa okresy historyczne:
 - i) dwudziestolecie międzywojenne i czasy II Wojny Światowej (1918-1945);
 - ii) czasy Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (1946-1989).
- 4) Rozpoznanie i opis indygenicznych kategorii pokrewnych *borderline* semantycznie i teoretycznie w polskiej psychopatologii w podziale na dwa okresy historyczne:

- i) dwudziestolecie międzywojenne i czasy II Wojny Światowej (1918-1945);
 - ii) czasy Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (1946-1989).
- 5) Ustalenie pierwszego pojawienia się w polskiej literaturze psychiatrycznej i psychologicznej lat 1918-1989 angielskiego terminu *borderline*.

W Rozdziale 1 zostanie podjęta próba konstrukcji teoretycznego narzędzia badawczego będącego adaptacją metodologii psychologii historycznej Kurta Danziger do celu niniejszej rozprawy. Narzędzie to wyznaczy strukturę i kierunek postępowania badawczego, a także dostarczy aparatu pojęciowego potrzebnego do opisu i wyjaśnienia procesu indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989.

Rozdział 1. Adaptacja teoretycznego narzędzia badawczego: psychologia historyczna Kurta Danzigers

W niniejszym rozdziale podjęte zostanie zadanie adaptacji metodologii psychologii historycznej Kurta Danzigers do celu niniejszego rozprawy. Na początku podjęta zostanie próba umiejscowienia psychologii historycznej Kurta Danzigers jako metodologii badań historycznych. Następnie zrekonstruowane zostaną podstawowe założenia ontologiczne i epistemologiczne danzigerowskiej psychologii historycznej. W kolejnym kroku zdefiniowane zostaną podstawowe dla metodologii niniejszej rozprawy pojęcia zaczerpnięte z psychologii historycznej Kurta Danzigers. Kolejno przedstawione zostaną wyabstrahowane z metodologii Kurta Danzigers poziomy analizy historycznej, które strukturyzować będą postępowanie badawcze oraz fazy procesu indygenizacji. Następnie rozpoznane zostanie znaczenie badań historycznych nad rozwojem kategorii psychopatologicznych dla psychologii współczesnej. Na koniec w formie tabeli przedstawione zostanie teoretyczne narzędzie badawcze skonstruowane na podstawie psychologii historycznej Kurta Danzigers oraz krótkie podsumowanie rozdziału.

1.1. Psychologia historyczna Kurta Danzigers jako metodologia badań historycznych w psychologii

Metodologia niniejszej rozprawy doktorskiej jest oparta na psychologii historycznej w jej wersji zaproponowanej przez Kurta Danzigers, którą należy odróżnić od psychologii historycznej Zevedei Barbu (1960/2021) czy też Macieja Dymkowskiego (2003). W tamtych ujęciach psychologia historyczna służy badaniu wpływu zjawisk psychologicznych na przebieg procesu historycznego. Sam Danziger (2003b, s. 2) sygnalizuje również konieczność odróżnienia jego psychologii historycznej od psychohistorii, która jest „[...] dziedziną zajmująca się interpretacją wydarzeń historycznych, często życiorysów poszczególnych jednostek, w świetle aktualnych teorii psychologicznych”. Psychologia historyczna w wydaniu Kurta Danzigers natomiast, jak już pisano we Wstępie, [...] bada przemiany określonych przedmiotów (*objects*) obecnych w psychologicznym dyskursie i będących celem określonych praktyk”, a jej celem jest „[...] badanie współczesnych psychologicznych kategorii w świetle danych

historycznych” (Danziger, 2003b, s. 2). Proponowana przez Danzigersa psychologia historyczna nie jest nauką szukającą praw uniwersalnych, ale dziedziną zainteresowaną lokalnymi uwarunkowaniami konstrukcji kategorii i praktyk. Słowami Danzigersa (2003b, s. 3):

Po pierwsze, nie należy oczekiwać, że psychologia historyczna będzie jednorodną dziedziną: żadnych wielkich schematów społecznej ewolucji ludzkiego umysłu *à la* Wundt [...], ani problematycznych konstrukcji historii kultury, takich jak unikalne „mentalności” [...]. Postrzegam tę dziedzinę raczej jako zbiór badań tropiących historyczne podłoże konkretnych przedmiotów psychologii.

Jako szczególnie odpowiednie przedmioty badań psychologii historycznej Danziger (2003b, s. 4) wskazuje kategorie związane z psychologią rozwoju dziecka oraz psychologią zaburzeń (*abnormal psychology*), ponieważ „[t]ego rodzaju badania unikają ugrzęźnięcia w polu bez granic, ograniczając się do historii określonych kategorii psychologicznych zaczerpniętych z aktualnej praktyki psychologicznej”, a „[h]istoryczność tych kategorii jest następnie badana poprzez śledzenie ich poprzedników”. W tym miejscu Danziger (2003b, s. 4) odnosi się do Michel’a Foucault’a analogii badania historycznego do geologii, która zdaniem kanadyjskiego historyka „[...] dobrze oddaje charakterystyczną dla tych studiów konieczność jednoczesnego przywiązywania uwagi do historycznej ciągłości i nieciągłości”. Pisząc o konieczności uniknięcia „ugrzęźnięcia w polu bez granic” oraz „historii określonych kategorii zaczerpniętych z aktualnej praktyki psychologicznej”, Danziger podkreśla istotność osadzenia historycznych badań kategorii psychopatologicznych w jasnych granicach zinstytucjonalizowanej praktyki psychologicznej, a w wypadku niniejszej pracy – psychopatologicznej.

Podjęcie Kurta Danzigersa jest szczególnie nastawione na eksplorację lokalnych kontekstów konstruowania wiedzy. Wiąże się to z zaznaczoną przez Danzigersa (2006) misją tworzenia tak zwanej „policentrycznej historii psychologii” (*polycentric history of psychology*), czyli historiografii uwzględniającej wielość kontekstów tworzenia wiedzy oraz procesy jej transferu pomiędzy różnymi kontekstami. Podjęcie to ma przełamać dominujący w historiografii psychologii XX wieku podział na intelektualne centrum (psychologia amerykańska) i peryferia (Danziger, 2006).

Psychologię historyczną Kurta Danzigerera można postrzegać jako reprezentującą szerszy nurt w historiografii psychologii, zwany Nową Historią Psychologii (*New History of Psychology*) (Pankalla i Kilian, 2018a; Pankalla i Kośnik, 2022). Nowa Historia Psychologii³ proklamowana była przez Laurel Furumoto (1989) jako paradygmat mający zakwestionować tradycyjne podejście do historiografii psychologii, które miało charakteryzować się nadmierną koncentracją na „wielkich postaciach” (*great men*) oraz „wielkich ideach” (*great ideas*) przy minimalizowaniu wpływu kontekstu społecznego i kulturowego na rozwój idei i praktyk⁴, a także zbyt częstym korzystaniem ze źródeł wtórnych, pomijając uważną analizę źródeł pierwotnych. Główne problemy tradycyjnej historiografii psychologii, zasygnalizowane przez Furumoto, można sprowadzić do poniższych (Harris, 2009; Pankalla i Kilian, 2018a; 2018b; Richards, 2010):

- 1) *Whiggism*, czyli pisanie historii przez dominującą grupę społeczną i/lub profesjonalną, wzmacniające jej pozycję władzy i podtrzymujące *status quo*, czyli dominację określonego paradygmatu.
- 2) Internalizm, czyli postrzeganie historii jako procesu logicznego rozwoju idei zależnego głównie od wysiłków genialnych badaczy, generujących nowe teorie, hipotezy, metodologie itp.
- 3) Prezentyzm, czyli ocenianie przeszłych idei przez pryzmat współczesnych kryteriów i sposobów rozumienia.

Nowa Historia Psychologii powinna być zdaniem Furumoto (1989, s. 30) “bardziej kontekstualna, bardziej krytyczna, bardziej archiwalna, bardziej inkluzywna i bardziej zorientowana na przeszłość”. Perspektywa psychologii historycznej Kurta Danzigerera realizuje te ogólne postulaty Nowej Historii Psychologii.

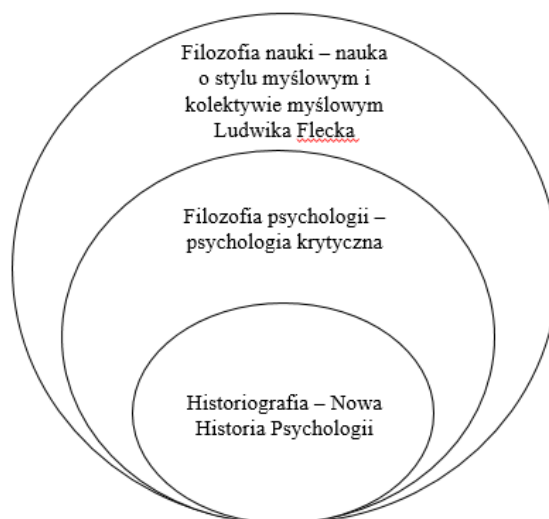
Pankalla i Kilian (2018a) zaproponowali model badawczy dla studiów z historii psychologii. Umiejscawia on historiografię Nowej Historii Psychologii (zatem również

³ Nowa Historia Psychologii jest krytykowana przez takich badaczy jak Lovett (2006) i van Rappard (1997), za niepopartą źródłami hipotezę o lekceważeniu przez tradycyjnych historyków źródeł pierwotnych, proklamowanie nowej, zawoalowanej formy *Whiggism'u* w historiografii, a także nadmierny relatywizm i eksternalizm.

⁴ Mankamenty klasycznej historiografii psychologii opisane przez Furumoto (1989), Ben Harris (1980) nazywał „historią ceremonialną” (*ceremonial history*).

i psychologię historyczną Kurta Danzigera) jako spójną z założeniami socjologii wiedzy Ludwika Flecka jako filozofii nauki oraz psychologii krytycznej jako filozofii psychologii. Model ten przedstawia Rys. 1.1.

Rys. 1.1. Perspektywa badawcza dla studiów z historii psychologii.



Źródło: Pankalla i Kilian, 2018a, s. 11: tłum. własne.

Według socjologii wiedzy Ludwika Flecka (1986, 2006) poznanie naukowe jest czynnością zbiorową, ponieważ sam akt spostrzegania odbywa się w kontekście dzielonych w danej społeczności badawczej założeń, reguł prowadzenia obserwacji, wnioskowania, konstruowania teorii. Takie dzielone założenia i reguły myślenia nazwał Fleck stylem myślowym. Natomiast zbiór jednostek połączonych wzajemnym oddziaływaniem intelektualnym, dzielący określony styl myślowy, nazywał kolektywem myślowym. Możliwość dokonywania określonych obserwacji, wyodrębniania pewnych danych i tworzenia na ich podstawie kategorii, koncepcji czy teorii jest wyznaczana przez styl myślowy danego kolektywu myślowego. Nie istnieje jego zdaniem obiektywna obserwacja, „izolowany fakt” – Fleck (1935, s. 76) pisał o tym następująco:

Gdzież jest owa czysta obserwacja bez uprzedzeń? Obserwacja „dobra”, ważna raz na zawsze i dla wszystkich, niezależna od środowiska, jego tradycji i od epoki? Nie ma jej nigdzie w dziejach ani w chwili obecnej, niemożliwą jest też ona jako ideał, do którego przez analizę lub krytykę można by się zbliżyć, bo wszelkie „legitymowanie” danych obserwacyjnych podlega także stylowi myślowemu, które da się zawsze w ostatnich

elementach logicznej budowy nauki wykazać. Niemożliwy jest naprawdę izolowany badacz, niemożliwe jest ahisteryczne odkrycie, niemożliwa jest bezstylowa obserwacja.

Drugi fundament filozoficzny Nowej Historii Psychologii, psychologia krytyczna (*Kritische Psychologie*), to perspektywa zapoczątkowana przez Klauza Holzkampa na Freie Universität w Berlinie (Pankalla i Kilian, 2018a; Pankalla i Kilian, 2018b; Pankalla i Kośnik, 2022). Jak wykazują jednak w swoich pracach Pankalla i Kilian (2018a; 2018b) oraz Pankalla i Kośnik (2022), można wskazać wiele źródeł myślenia krytycznego⁵ w psychologii, a jako jedno z ważniejszych przywołują psychologię Wilhelma Diltheya. Według tego niemieckiego filozofa zadanie psychologii jako reprezentującej nauki o duchu (*Geisteswissenschaft*) w opozycji do nauk przyrodniczych (*Naturwissenschaften*) polegać miało na rozumieniu przejawów psychiki w ich historycznym i kulturowym kontekście, a nie uniwersalistycznym, obiektywizującym wyjaśnianiu. Współcześnie, jak piszą Pankalla i Kilian (2018a, s. 9), „[...] psychologia krytyczna obrała postać, która rzuca wyzwanie i zajmuje się ograniczeniami głównego nurtu psychologii, przeprowadzając krytyczne badania na podstawie zbieranego materiału historycznego”. W innej pracy Pankalla i Kilian (2018b, s. 26), powołując się na rozważania psychologa krytycznego Iana Parkera (1999, za: Pankalla i Kilian, 2018b), wskazują, że:

Jego zdaniem [Iana Parkera – przyp. J.K.] psychologia krytyczna polega na systematycznym egzaminowaniu (poddawaniu re-wizji czy inaczej zabiegowi *critical review*) pewnych rodzajów psychologicznego działania i doświadczenia, które mają bardziej uprzywilejowany status od innych, oraz analizie założeń ontologiczno-epistemologiczno-etycznych, ideologicznego zaplecza i władzy, jaką posiada dominujący paradygmat w psychologii. Innym wyróżnikiem owej psychologii jest studiowanie szczególnych praktyk, przy pomocy których wszelkie rodzaje psychologii są historycznie-kulturowo konstruowane oraz tworzą swe obiekty badań, oraz w jaki sposób alternatywne odmiany psychologii mogą potwierdzić lub odeprzeć ideologiczne przesłanki zawarte w modelach tworzonych w ramach psychologii głównego nurtu.

Widać, że wiele z celów przyświecających psychologii krytycznej jest zbieżnych z tymi postulowanymi przez psychologię historyczną Kurta Danziger – obie

⁵ Inne źródła psychologii krytycznej to m. in. myśl marksistowska oraz prace autorów związanych ze Szkołą Frankfurcką, głównie Maxa Horkheimera (Pankalla i Kośnik, 2022).

zainteresowane są studiowaniem „szczególnych praktyk, przy pomocy których wszelkie rodzaje psychologii są historycznie-kulturowo konstruowane oraz tworzą swe obiekty badań”.

Psychologię historyczną Kurta Danzigerą warto w tym miejscu również zestawić z innymi nurtami historiografii, takimi jak historia idei i historia intelektualna, i uzasadnić wybór proponowanej w niniejszej pracy perspektywy. Historia idei, jak zauważa Peter E. Gordon (2012), jest bardzo często mylona z historią intelektualną, a wokół ich rozróżnienia narosło wiele nieporozumień. Gordon (2012, s. 1-2) definiuje historię idei⁶ następująco:

“historia idei” to dyscyplina, która przygląda się dużej skali koncepcjom, które pojawiają się i przekształcają w ciągu historii. Historyk idei będzie dążył do organizowania narracji historycznej wokół jednej głównej idei, a następnie będzie śledził rozwój lub metamorfozę tej idei przejawiającej się w różnych kontekstach i czasach [...]

Jako zaletę historii idei Gordon wskazuje na to, że podejście to pozwala identyfikować podobieństwo idei leżących u podstaw różnych koncepcji powstałych w różnych czasach i różnych kontekstach. Ta zaleta jednak może być równie dobrze widziana jako wada, ponieważ, ignorując kontekst, promuje platoński uniwersalizm oraz niezmiennosc i ponadhistoryczność idei. Historia intelektualna natomiast, według Gordona (2012, s. 2):

przeciwstawia się platońskiemu pogładowi, że idea może być zdefiniowana niezależnie od kontekstu, i zamiast tego postrzega idee za historycznie uwarunkowane właściwości świata, które należy zrozumieć w szerszym kontekście, czy to walki społecznej i przemian instytucjonalnych, intelektualnej biografii (indywidualnej lub zbiorowej) lub jeszcze szerszym kontekście dyspozycji kulturowych lub językowych [...].

Wydaje się, że psychologii historycznej Kurta Danzigerą bliżej do historii intelektualnej niż historii idei. Natomiast zarówno historia idei, jak i historia intelektualna różnią się od psychologii historycznej Kurta Danzigerą próbami tworzenia szerokich,

⁶ Na historię idei w wydaniu zaproponowanym przez Arthura Lovejoy’a w pracy *The Great Chain of Being* (2017/1936) jako metodologiczną podstawę swojej *Historii Polskiego Szaleństwa* wskazuje na przykład Mira Marcinów (2018).

uniwersalizujących narracji. Psychologia historyczna Danzigersa koncentruje się raczej na mikro-narracjach, rodzajach wiedzy tworzonej lokalnie, których nie da się uogólniać poza dany kontekst. Z historią intelektualną łączy psychologię historyczną Kurta Danzigersa waga przywiązywana do wpływu instytucji (społecznych i profesjonalnych) na praktyki badawcze oraz ich wymiaru dyskursywnego.

1.2. Założenia ontologiczne i epistemologiczne psychologii historycznej Kurta Danzigersa

Przedmiotem niniejszej rozprawy jest kategoria psychopatologiczna *borderline*, a konkretnie proces jej indygenizacji, czyli „przeszczepienia” na grunt psychopatologii polskiej oraz odkrycie poprzedzających to przeniesienie lokalnych kategorii obecnych w psychopatologii polskiej, odwołujących się do psychopatologicznych kategorii pogranicza. Przedmiotem zainteresowania nie są zatem byty psychiczne, czyli fenomeny, które kategoria *borderline* ma denotować, takie jak świadomość, nieświadomość, osobowość, zachowanie, myśli, emocje, ego, czy self, ale to jak zmieniały się desygnaty tej kategorii na przestrzeni czasu pod wpływem kontekstu kulturowego i różnych praktyk badawczych (*investigative practices*) dominujących w różnych środowiskach profesjonalnych (globalnych vs lokalnych). Nie jest celem niniejszej rozprawy wydawanie sądów na temat istnienia bądź nieistnienia poszczególnych zjawisk psychicznych denotowanych przy użyciu kategorii *borderline*. Byt będący przedmiotem badania, czyli kategoria psychologiczna, *psychological object*, jak nazywa go Kurt Danziger (2003b), jest bytem dyskursywnym (*discursive object*), czyli takim, którego znaczenia tworzone są w dyskursie. Takie byty Danziger (1997) nazywa *human kinds* (rodzajami ludzkimi), czyli takimi, które są konstruowane społecznie przez pewne społeczności badawcze, a ich „realność” jest fundowana na tym, czy i w jakim zakresie zostaną zaakceptowane w danym środowisku profesjonalnym i zostaną przedmiotami podejmowanych w tym środowisku praktyk badawczych (*investigative practices*). W przeciwieństwie do rodzajów naturalnych (*natural kinds*), czyli pojęć/kategorii, które denotują materialne, zmysłowo uchwytnie przedmioty, jak kamienie, drzewa, oczy etc., *human kinds* odnoszą się do bytów abstrakcyjnych konstruowanych społecznie w dyskursie. Pojęcie „dyskursu” może sugerować, że badanie osadzone jest w perspektywie konstrukcjonizmu społecznego. Owszem, wpływy tego myślenia są widoczne w psychologii historycznej Danzigersa, ale w niniejszej rozprawie,

za uczniem Kurta Danzigersa, Adrianem C. Brockiem (2015), przyjęto perspektywę realizmu krytycznego (Bhaskar, 2008) za bliższą podejściu Danzigersa niż konstrukcjonizm społeczny. Podobnie jak konstrukcjonisci, realiści krytyczni uznają społeczny wymiar konstruowanej w obrębie nauki wiedzy. Realizm krytyczny jednak zakłada istnienie rzeczywistości, do której tworzone w obrębie nauki konstrukty lepiej lub gorzej się odnoszą, natomiast konstrukcjonizm zakłada, że każdy konstrukt naukowy jest produktem wyłącznie dyskursu i nie ma żadnego odniesienia do jakiegokolwiek rzeczywistości⁷.

Przyjęta perspektywa badawcza powoduje konieczność odniesienia się do pewnych kwestii etyki badań naukowych. Psychologia historyczna wskazuje na konieczność odniesienia procesów związanych z konstruowaniem wiedzy psychologicznej do szerszego kontekstu społeczno-kulturowo-historycznego. Osoba badająca historię psychologii powinna, zdaniem Danzigersa (1994), posiadać wykształcenie psychologiczne, a danych dotyczących kontekstu rozwojowego interesującego ją zjawiska powinna szukać w pracach historyków, socjologów, antropologów, etnologów, a czasem i ekonomistów czy politologów. Tutaj pojawia się pierwsze etyczne zagrożenie. Na podstawie jakich kryteriów psycholog historyczny ma dobrać adekwatną literaturę z dziedziny, w której nie jest wykształcony? Jak rozpoznawać aktualną i rzetelną wiedzę z powyższych dziedzin? Jak zbudować kontekstualną narrację psychologiczno-historyczną, by nie była wybiórcza i niepełna? Odwołując się do Kodeksu Etyki Pracownika Naukowego (Polska Akademia Nauk, 2020) te pytania są bardzo istotne ponieważ odnoszą się do rzetelności zebranych danych, na podstawie których wyciągane będą końcowe wnioski. Jako że badanie ma charakter teoretyczny, a nie empiryczny czy eksperymentalny – czyli autor nie będzie miał do czynienia z osobami badanymi – główną osią etycznych zagrożeń będzie sposób pozyskiwania danych oraz ich interpretacja. Praca wymaga zapoznania się z bardzo dużą ilością archiwalnych, historycznych materiałów w postaci czasopism, podręczników oraz monografii z dziedzin psychologii i psychiatrii, więc aby wyabstrahować z nich dane istotne ze względu na cel badania i adekwatne do poszczególnych zadań badawczych, potrzebne będą bardzo dobrze skonstruowane kryteria włączania. Kryteria te będą

⁷ Podobne stanowisko, zakładające realność psychiki i wzajemne oddziaływania umysłu osoby etykietowanej i treści kategorii psychopatologicznych etykietujących podmioty, reprezentował m. in. Ian Hacking (por. 1995b, 2004)

musiały być w przejrzysty sposób zaprezentowane w pracy, aby mogły podlegać ocenie i krytyce ze strony innych badaczy. Będzie to sposobem na zachowanie rzetelności i obiektywności pracy. Badanie poza tym, że jest teoretyczne, jest również historyczne. Wszelkie badania historyczne niosą za sobą pułapkę etyczną, którą psychologowie krytyczni nazywają prezentyzmem (Richards, 2010). Jest to postawa współczesnych naukowców, zgodnie z którą obecny stan wiedzy oraz współcześnie przyjmowane założenia ontologiczne i epistemologiczne prowadzą do odkrywania prawdy o badanych zjawiskach i pozwalają obiektywnie oceniać zalety i wady przeszłych teorii i koncepcji. Wiąże się to z postawą wyższości i lekceważenia w stosunku do przeszłych idei, teorii czy postaci. Rzetelny badacz przeszłości powinien za wszelką cenę wystrzegać się takiej postawy. Jednak wydaje się, że wizja możliwości całkowitego zawieszenia własnych założeń, poglądów, preferencji, czy też światopoglądu, jest nierealna – etyczny badacz historii psychologii powinien zatem być świadomy wpływu, jaki zawartość jego własnego umysłu wywiera na selekcję przez niego materiałów oraz wyciągania wniosków i jak najprzejrzystiej ograniczenia własnej metodologii badawczej w swojej pracy zakomunikować.

Rozważając założenia epistemologiczne psychologii historycznej Danziger, a co za tym idzie, również te leżące u podstaw niniejszej rozprawy, należy zadać sobie dwa pytania: w jaki sposób wiedza będzie w niniejszym badaniu konstruowana oraz jaki będzie zasięg tej wiedzy? Krystyna Zamiara (1997) w swoich rozważaniach na temat socjologii i antropologii wiedzy naukowej stawia przed badaczem dylemat: filozofia nauki czy historia nauki? Dylemat ten przeformułując, Zamiara dochodzi do podziału na klasyczną *versus* nieklasyczną filozofię nauki. Klasyczna filozofia nauki jako kryterium konstrukcji pożądaných teorii naukowych przyjmuje zasady logiki, które są uznawane za uniwersalne i ponadhistoryczne, a proces rozwoju nauki postrzega w kategoriach kumulatywności wiedzy, czyli jako proces niejako wewnętrzny, zależny tylko od jakości logicznej powstających teorii oraz ilości zgromadzonych danych. Nieklasyczna filozofia nauki natomiast głosi historyczność wszelkiej wiedzy naukowej, jej zależność od kontekstu społeczno-kulturowego. Jako reprezentantów podejścia nieklasycznego Zamiara wymienia Ludwika Flecka, Thomasa Kuhna czy Paula Fayerabenda, a do tego towarzystwa można by z czystym sumieniem dodać Kurta Danziger. Psychologia historyczna opiera się na założeniach nieklasycznej filozofii nauki – wiedza psychologiczna traktowana jest jako zjawisko historyczne konstruowane w określonych kontekstach społeczno-kulturowych. Należy w tym miejscu podkreślić,

że niniejsze badanie również zanurzone jest w określonym kontekście – konkretnej uczelni, Polski trzeciej dekady XXI wieku, epoki internetu, który pozwala prowadzić badania naukowe z własnego mieszkania. Jeśli chodzi o zasięg wiedzy konstruowanej w oparciu o psychologię historyczną Danziger, to nie ma ona pretensji do wyprowadzania uniwersalizujących twierdzeń na temat praw rządzących rozwojem psychologicznych kategorii w ogóle – wiedza ta ma raczej charakter lokalny, relatywny.

Podsumowując, w perspektywie danzigerowskiej psychologii historycznej, blisko spokrewnionej z socjologią wiedzy Ludwika Flecka, reprezentującej nieklasyczną filozofię nauki, wiedza naukowa jest konstruowana historycznie, w określonych społecznych, kulturowych, politycznych i aksjologicznych kontekstach. Metodologia ta zakłada, że taka jest właśnie wiedza i praktyka psychologiczna związana z kategorią *borderline*, ale taka jest również wiedza konstruowana przez samego Autora w toku niniejszych badań. Autor przyznaje się zatem do tego, że na konstrukcję i realizację niniejszego badania może mieć wpływ jego płeć, wiek, status ekonomiczny, poglądy polityczne oraz osobiste zainteresowania i preferencje. Autor jako biały mężczyzna wywodzący się z klasy średniej nie doświadczył wykluczenia ze względu na płeć lub status ekonomiczny, wydaje się więc, że może mieć trudność z identyfikacją z wykluczonymi czy pomijanymi narracjami – jednak poglądy polityczne Autora, w których centralne miejsce zajmują wartości równości, sprawiedliwości społecznej i inkluzywności, mogą osłabiać wpływ braku wspólnoty doświadczeń z marginalizowanymi dyskursami na realizację celu niniejszej rozprawy, którą jest przecież tropienie marginalizowanych dyskursów profesjonalnych. Wiek na przykład może mieć znaczenie w tym kontekście, że Autor urodził się w Polsce już po transformacji ustrojowej 1989 roku, a więc nie doświadczył życia w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, a realia tego okresu zna z przekazów rodzinnych i literatury historycznej – co z jednej strony może być pomocne w uniknięciu subiektywizacji, a z drugiej narażać na wpływ stereotypowych wyobrażeń o tamtym okresie, powstałych pod wpływem przekazów rodzinnych. Jeśli chodzi o zainteresowania i preferencje, Autor jako praktykujący psychoterapeuta szczególnie zainteresowany psychoanalizą może dużo uwagi i zainteresowania, być może więcej niż potrzeba, poświęcać klinicznemu aspektowi kategorii *borderline*, zwłaszcza autorstwa psychoanalitycznie zorientowanych klinicystów, co może tamować wartość narracji historycznej i nadmiernie rozbudowywać kliniczny aspekt rozprawy – Autor dokładał starań by tak się jednak nie stało.

1.3. Adaptacja podstawowych pojęć psychologii historycznej Kurta Danzigera

Dla metodologii niniejszej rozprawy kluczowe są zaczerpnięte z psychologii historycznej Kurta Danzigera pojęcia: indygenizacji, przedmiotów psychologii (*psychological objects*) oraz praktyk badawczych (*investigative practices*).

Pojęcie indygenizacji nie zostało ukute przez Kurta Danzigera⁸, zajmuje jednak w jego refleksji bardzo ważne miejsce. Danziger definiuje indygenizację jako „[...] proces, dzięki któremu importowane psychologiczne pojęcia i praktyki są asymilowane i przekształcane pod wpływem lokalnego kontekstu społecznego” (Danziger, 1994, s. 477). Tak rozumiany proces indygenizacji może być: 1) świadomie kierowany przez lokalną społeczność badawczą w celu dostosowania obcych praktyk lub pojęć do lokalnych form praktyki lub 2) zachodzić samorzutnie bez świadomej intencji społeczności importującej pojęcia lub praktyki powstałe w innym kontekście. Jeśli przyjąć założenie, że psychologia jest „[...] projektem społecznym produkującym wiedzę ugruntowaną lokalnie, charakterystyki obszarów produkcji tej wiedzy stają się bardzo ważne. Wiedza ugruntowana lokalnie prawdopodobnie różnić się będzie rodzajem tam gdzie różnice pomiędzy obszarami produkcji wiedzy będą głębokie” (Danziger, 2006, s. 220). Przy całym nacisku na lokalny charakter wiedzy, dla historyka, jak zaznacza Danziger (2006, s. 220) „[...] rozpoznanie relacji pomiędzy rezultatami produkcji wiedzy psychologicznej a lokalnym kontekstem tej produkcji stanowi dopiero pierwszy krok”. Zadaniem historyka jest pójść dalej i „[...] skoncentrować się na powiązaniu wpływów lokalnych zmieniających się relacji pomiędzy centrami [...]”, ponieważ „[...] współczesna psychologia od samego początku zależała od zarówno różnorodnych lokalnych sposobów jej uprawiania, jak i zorganizowanej międzynarodowej wymiany psychologicznej wiedzy, praktyk, nauczania” (Danziger, 2006, s. 220). Badanie procesu indygenizacji psychologicznych kategorii stara się odpowiedzieć na takie pytania, jak: „Co działo się z psychologicznymi koncepcjami, teoriami, procedurami, przy próbach ich transplantacji? Dlaczego niektóre z nich okazują się lepszymi podróżnikami niż inne? W jaki sposób przemieszczanie się je zmieniło, czasami nie do poznania? Kto uznał je za przydatne i dlaczego?” (Danziger, 2006, s. 221). Losy importowanych kategorii psychologicznych, jak zwraca uwagę Danziger (2006, s. 221), bywają różne:

⁸ Pojęcie zostało rozpowszechnione w antropologii w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku (Oxford English Dictionary, 2022).

„Są do opowiedzenia historie udanego transferu, ale również historie nieporozumień, nieudanych translacji, totalnego niezrozumienia czy nawet jawnej wrogości i to właśnie te bywają często dużo bardziej pouczające”.

Pojęcie *psychological objects*, tłumaczone w niniejszej rozprawie doktorskiej jako „przedmioty psychologii”, odnosi się do rzeczy (*things*), będących obiektami psychologicznych teorii, badań, praktyk (Danziger, 1993, s. 24). Jednym z rodzajów przedmiotów psychologii są „[...] kategorie ludzi (*categories of people*), takie jak podmioty eksperymentów lub <<klienci>> terapeutów” (Danziger, 1993, s. 24). Danziger (1993, s. 24) opisuje, w jaki sposób takie kategorie są konstruowane:

Takie kategorie ludzi istnieją tylko jako przedmioty interwencji psychologów i nie istniałyby w ogóle, gdyby nie było tej interwencji. To własna aktywność profesjonalna psychologów tworzy te kategorie ludzi [...]. Innymi słowy, psycholog nigdy nie może bezpośrednio zbadać żadnej „naturalnej” kategorii człowieka; tworzy on/ona przedmiot dochodzenia w toku samego dochodzenia. Osoby, które dobrowolnie lub pod przymusem odgrywają przydzieloną im przez psychologów rolę w konstytuowanych przez psychologów sytuacjach, stają się reprezentantami kategorii osób, która poza tymi sytuacjami nie ma reprezentantów. Nie oznacza to, że nie ma związków między obiektami psychologicznymi a innymi obiektami na świecie, ale natury tych związków nie można oczywiście odkryć za pomocą dochodzenia psychologicznego, ponieważ ono nie może dotyczyć niczego innego poza przedmiotami psychologii.

Przedmioty psychologii są konstruowane historycznie. Zdaniem Danziguera (1993, s. 26) historyczność przedmiotów psychologii ma trzy aspekty: „konstrukcji, użycia i odniesienia”. Aspekt konstrukcji odnosi się do procesu organizowania i uzgadniania w społeczności badawczej zawartości semantycznej danej kategorii. Aspekt użycia odnosi się do praktyk, które są podejmowane w społeczności profesjonalnej w związku z danym przedmiotem psychologii. Jako że zarówno przedmioty psychologii, jak i praktyki są konstruowane historycznie w określonych kontekstach, Danziger (1993, s. 26) zauważa, że „należy oczekiwać, że różne okoliczności będą promować różne przedmioty”. Aspekt odniesienia ma związek z zakładanym przez psychologię odniesieniem konstruowanych kategorii do wewnętrznych dyspozycji bądź zachowań poza kontekstem ich konstrukcji.

Jako przedmiot psychologii traktowana jest w niniejszej rozprawie doktorskiej kategoria *borderline*. Przedmioty psychologii, zdaniem Danziguera (2003b, s. 4)

są „przedmiotami dyskursywnymi” (*discursive objects*), dlatego naturalną metodą badawczą do badań nad historią psychologii jest analiza literatury (Danziger, 2008). Przeglądem została objęta polska literatura psychiatryczna i psychologiczna w postaci czasopism, monografii oraz podręczników z okresu 1918-1989, literatura dotycząca historii kategorii *borderline* na świecie, a także literatura historyczna dotycząca historii Polski okresu międzywojennego oraz II Wojny Światowej, a także okresu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. W celu jak najwierniejszego oddania dyskursywnej rzeczywistości historycznej, a także uniknięcia pułapki prezentyzmu, praca zawierać będzie wiele, czasem obszernych, cytatów ze źródeł pierwotnych.

Pojęciem, którego używa Kurt Danziger (1990, 2003a, 2004) do analizy procesu ewolucji przedmiotów psychologii, jest termin „praktyki badawcze” (*investigative practices*). Pojęcie to opisuje wszystkie aktywności, które podejmują psychologowie (lub jakiegokolwiek rodzaju profesjonaliści) w procesie konstruowania wiedzy psychologicznej. Praktyki badawcze to koncepcje, teorie, metodologie, badania oraz praktyki edukacyjne i kliniczne. To właśnie praktyki badawcze są tymi aktywnościami profesjonalnymi, w toku których psychologowie tworzą przedmioty psychologii. Praktyki badawcze są zanurzone w kontekście społecznym, ponieważ są determinowane przez normy i konwencje społeczne, relacje polityczne oraz założenia danej społeczności badawczej. Pojęcie praktyk badawczych podkreśla zatem dwojaki charakter aktywności społeczności badawczych psychologów: racjonalny, który odnosi się do procesów myślowych w toku konstruowania teorii, koncepcji, kryteriów naukowych; oraz społeczny, który wskazuje na to, że wiedza psychologiczna jest produktem nie tylko myślowego, indywidualnego procesu twórczego, ale konstruowana jest w obrębie określonych społeczności badawczych, do których należą poszczególni badacze, te zaś społeczności funkcjonują w obrębie szerszych kontekstów społeczno-kulturowych. Pojęcie praktyk badawczych jest zatem bardzo szerokie – w kontekście kategorii *borderline* obejmuje ono zarówno: procesy myślowe, prowadzące do rozwoju koncepcji, etykiet diagnostycznych, teorii; praktyki kliniczne, takie jak obserwacja, diagnoza, terapia; założenia podzielane przez społeczność badawczą dotyczące sposobu konstruowania wiedzy; cele i wartości kierujące aktywnością profesjonalną, a także społeczne i polityczne wymagania w zakresie określonych rezultatów poznawczych.

Jako że nie da się wyróżnić prototypowej kategorii *borderline*, w niniejszej rozprawie doktorskiej używa się ogólnego określenia „kategoria *borderline*” w odniesieniu do wielu poszczególnych kategorii, które łączą relacje podobieństwa

semantycznego. Tytułowa „kategoria *borderline*” jest więc nieposiadającą konkretnego psychopatologicznego desygnatu nazwą zbioru kategorii powstałych w obrębie psychopatologii, denotujących zestaw określonych charakterystyk obserwowanych podmiotów. Wyróżnienie takiej ogólnej „kategorii *borderline*” pozwala śledzić zarówno ewolucję języka psychopatologii w tym obszarze, czyli pojawianie się nowych nazw, jak i zmiany znaczenia kategorii używanych długotrwale. W to, jak skomplikowany jest proces ewolucji kategorii psychopatologicznych, wgląd daje koncepcja „konwergencji” (*convergence*) zaproponowana przez Berriosa, Luque i Villagrana (2003). Konwergencją jest zestawienie ze sobą trzech elementów: 1) terminu (*term*), który stanowi nazwę kategorii (neologizm vs słowo zaczerpnięte z dyskursu potocznego); 2) zachowania (*behaviour*), czyli zespołu obserwowalnych charakterystyk zachowania (objawów), który dany psychopatologiczny termin ma denotować; 3) koncepcji (*concept*), czyli zawartości semantycznej terminu – definicji, pojęć wyjaśniających i deskryptywnych, zasad stosowania, a także odniesień do innych kategorii i pojęć psychopatologicznych (Berrios, Luque, Villagran, 2003). Koncepcja konwergencji obrazuje, jak bardzo ruchomym i dynamicznym tworem jest kategoria psychopatologiczna, ewoluje ona bowiem wraz ze zmieniającym się społeczeństwem, językiem oraz całym układem odniesienia, jaki stanowią znaczenia pozostałych kategorii psychopatologicznych.

1.4. Poziomy analizy historycznej

Kurt Danziger (1990) wyróżnił model koncentrycznych okręgów, aby naświetlić obszary interesujące go w badaniu historii praktyk badawczych w psychologii. Model ten jest przedstawiony na *Rys. 1.2*. Danziger (1990) sugerował, że kompleksowe, wyczerpujące podejście do badania historycznego powinno uwzględniać szerszy kontekst oddziaływań kulturowych, politycznych czy też ekonomicznych. Inspirując się pomysłem Danzigerera w celu ustrukturywania procesu gromadzenia danych badawczych w niniejszej rozprawie wyodrębniono następujące poziomy analizy:

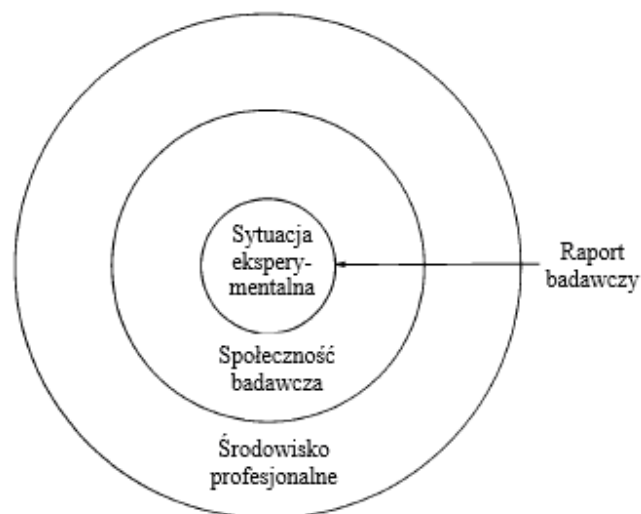
- 1) Poziom środowiska profesjonalnego – lokalny: praktyki badawcze (*investigative practices*) w obrębie psychopatologii polskiej, których przedmiotem była kategoria *borderline* lub podobna jej kategoria lokalna.
- 2) Poziom środowiska profesjonalnego – globalny: wpływowość w polskiej psychopatologii praktyki badawcze (*investigative practices*) w obrębie

psychopatologii światowej i te, których przedmiotem była kategoria *borderline* w psychopatologii amerykańskiej.

- 3) Poziom społeczny: czynniki gospodarcze, ustrój polityczny, wydarzenia lokalne wskazywane przez źródła historyczne jako istotne, normy społeczne i religijne, instytucje naukowe: działalność instytucji oraz towarzystw psychiatrycznych i psychologicznych; wydarzenia uznawane przez źródła historyczne za mające zasięg globalny: wojny, katastrofy ekonomiczne.

Rozróżnienie powyższych poziomów ma za zadanie również ułatwić wyróżnienie istotnych czynników potencjalnie wpływających na proces indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii.

Rys. 1.2. Konteksty społeczne praktyk badawczych według Kurta Danziga.



Źródło: Danziger, 1990, s. 7: tłum. własne.

1.5. Fazy procesu indygenizacji

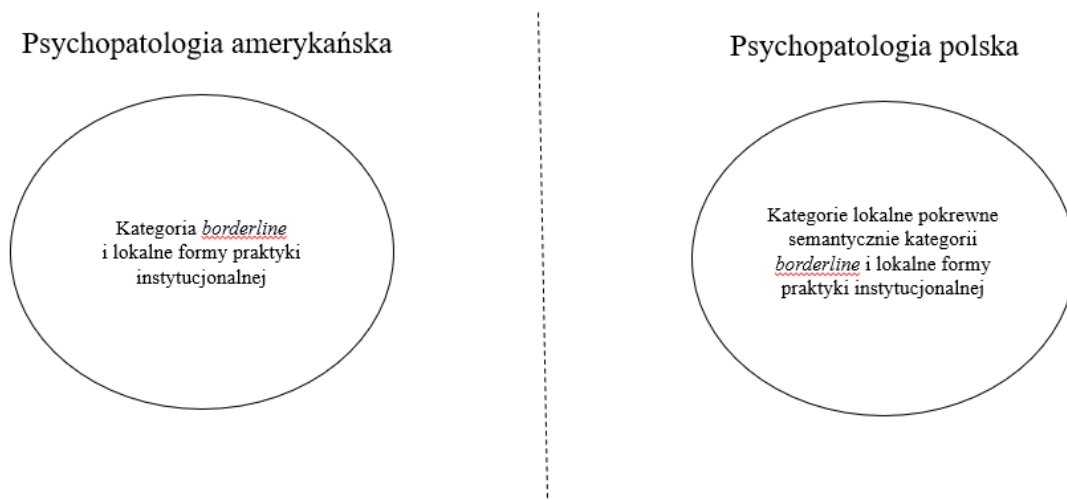
Badanie procesu indygenizacji stawia przed badaczem pytania „[...] o warunki, które oddziałują na transkulturową migrację psychologicznych kategorii” (Danziger, 1994, s. 477) oraz „[...] o relację pomiędzy kategoriami naukowej psychologii a kulturowo osadzonymi przekonaniem oraz lokalnymi formami praktyki instytucjonalnej” (Danziger, 1994, s. 477-478). Można wyróżnić trzy fazy procesu indygenizacji kategorii *borderline*:

- 1) I Faza: Faza niezależnego rozwoju amerykańskiej kategorii *borderline* i polskich lokalnych kategorii pokrewnych semantycznie oraz lokalnych form praktyki instytucjonalnej.
- 2) II Faza: Moment importu amerykańskiej kategorii *borderline* z kontekstu psychoopatologii amerykańskiej do psychopatologii polskiej.
- 3) III Faza: Interakcja importowanej, amerykańskiej kategorii *borderline* z polskimi lokalnymi kategoriami pokrewnych semantycznie oraz lokalnymi formami praktyki instytucjonalnej.

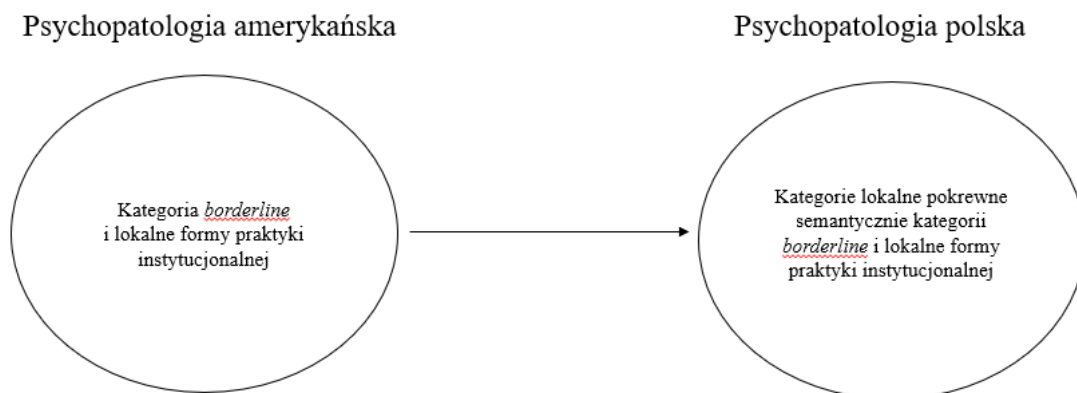
Graficzne odwzorowanie powyższych faz przedstawia Rys. 1.3.

Rys. 1.3. Fazy procesu indygenizacji kategorii *borderline*.

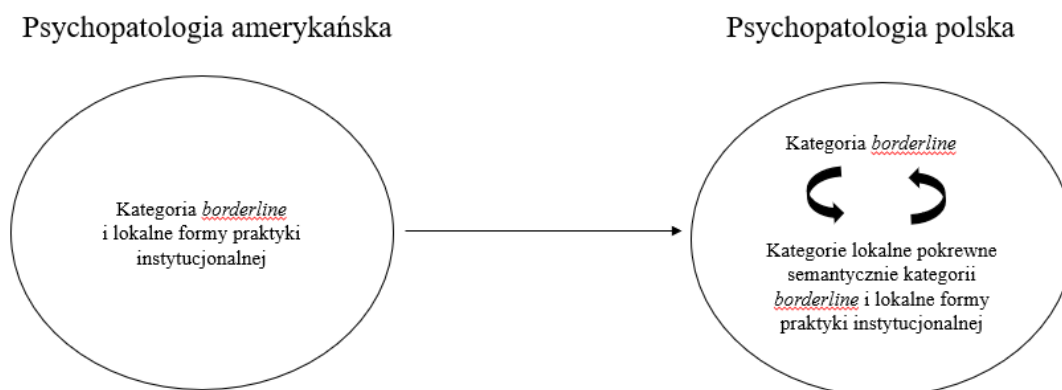
I FAZA



II FAZA



III FAZA



Źródło: opracowanie własne na podstawie Danziger (1994).

Istnieją zatem dwa konteksty instytucjonalne, których zbadanie jest konieczne do pełnej rekonstrukcji procesu indygenizacji kategorii *borderline*: 1) kontekst źródłowy, czyli psychopatologia amerykańska, oraz 2) kontekst docelowy, czyli psychopatologia polska.

Zgodnie z powyższym, badanie procesu indygenizacji kategorii *borderline* powinno zatem obejmować cztery fazy:

- 1) Rekonstrukcja rozwoju kategorii *borderline* w kontekście źródłowym, czyli psychopatologii amerykańskiej.
- 2) Badanie lokalnych praktyk badawczych, czyli kategorii podobnych semantycznie do kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii przed importem zachodniej kategorii *borderline*.
- 3) Wyznaczenie momentu importu zachodniej kategorii *borderline* i określenie jej językowej formy w polskim kontekście: przekład (Lewandowska-Tomaszczyk, 2010) czy zapożyczenie (Kleparski, 2001).
- 4) Badanie procesu oddziaływania warunków społeczno-kulturowych oraz lokalnych form praktyki instytucjonalnej na praktyki badawcze związane z kategorią *borderline*.

Proces indygenizacji jest nieodłącznie związany z kwestią przekładu nazwy kategorii oraz jej zawartości semantycznej importowanej z jednego do drugiego kontekstu językowego. Nazwa kategorii może zostać przetłumaczona lub zapożyczona. W niniejszej pracy podjęta zostanie próba oceny wpływu tej językowej decyzji polskich badaczy, importujących angielską nazwę *borderline*, na proces indygenizacji⁹. Zdaniem Barbary Lewandowskiej-Tomaszczyk (2010, s. 9-10) każdy przekład nieuchronnie skutkuje rekonceptualizacją znaczeń, ponieważ sama „[...] gramatyka, a więc morfologia i składnia oraz ich plan fonetyczny, są [...] symboliczne, co oznacza, że są nośnikami znaczeń. Inna struktura więc [...] niesie za sobą semantyczną modyfikację przekazu”. Jeśli chodzi o zapożyczenia, ich przyczyny mogą być zewnątrz- lub wewnątrzjęzykowe (Kleparski, 2001).

Niezależnie jednak od językowych losów samej nazwy (przekładu czy zapożyczenia), najistotniejszym w procesie indygenizacji jest przekład zawartości semantycznej kategorii *borderline*, czyli jej semantyczna modyfikacja dokonana w określonym kontekście społecznym, ale także profesjonalnym, w odniesieniu do „lokalnych form praktyki instytucjonalnej”. Do modyfikacji tej dochodzi w III fazie procesu indygenizacji.

⁹ Na przykład Andrzej Jakubik (2003, 2004) uważał tłumaczenie „osobowość z pogranicza” za niezbyt udane, preferując „osobowość pograniczna”.

Przebieg powyżej zarysowanych faz procesu indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989 zostanie zrekonstruowany w Rozdziale 5, po zebraniu wszystkich niezbędnych danych badawczych.

1.5. Historyczne badania kategorii psychopatologicznych a psychologia współczesna

Kurt Danziger (2003b, 2006) postrzega zadanie badań opartych na psychologii historycznej jako wywieranie rzeczywistego wpływu na rekonstrukcję współczesnych kategorii i praktyk psychologicznych. Nie analizuje się historii przedmiotów psychologii (*psychological objects*) po to, aby zdobyć wiedzę o przeszłości, ale po to, aby dzięki wiedzy o historycznych uwarunkowaniach psychologicznych kategorii nabyć bardziej refleksyjnego i świadomego podejścia do kategorii, którymi psychologowie posługują się na co dzień. Słowami Danziguera (2003b, s. 8): “zamiast oceniać przeszłość przez pryzmat terażniejszości, psychologia historyczna dąży do interpretacji terażniejszości w świetle przeszłości. W ten sposób staje się, wedle słynnego określenia Foucault’a, historią terażniejszości”. Psychologia historyczna Danziguera podważa właściwe pozytywistycznie nastawionej historiografii założenie o rozwoju nauki jako kumulatywnym, liniowym procesie przyrostu wiedzy, według którego przeszłe koncepcje odchodzą w zapomnienie, ponieważ zostały zastąpione przez bardziej wartościowe według czysto racjonalnych kryteriów teoretycznych. Psychologia historyczna Kurta Danziguera natomiast postrzega rozwój nauki jako proces historyczny, uwarunkowany społecznie, ekonomicznie i politycznie, w którym naukowe kategorie, koncepcje i teorie rozwijają się często w sposób cyrkularny – osiągają popularność (lub nie), by potem zostać zapomnianymi, a wreszcie odkrytymi na nowo lub docenionymi po raz pierwszy. Jednym z przykładów korzyści, które odniosła współczesna praktyka psychologiczna z asymilacji historycznych koncepcji jest rozwój perspektywy relacyjnej w nurcie analizy transakcyjnej (Hargaden i Sills, 2014), która dokonała się pod dużym wpływem psychologii self Heinza Kohuta rozwijanej w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Innym przykładem jest kwestionariusz EASE (*Examination of Anomalous Self-Experience*) stworzony przez Josefa Parnasa i współpracowników (2005), przy tworzeniu którego autorzy inspirowali się fenomenologią Edmunda Husserla oraz pracami fenomenologicznie nastawionych psychopatologów pierwszej połowy XX wieku, takich jak Hans Gröhle, Joseph Berze, Eugène Minkowski czy Wolfgang Blankenburg. Kolejnym przykładem jest Goodwina i Jamisona (2007) krytyka

współczesnej kategorii choroby afektywnej dwubiegunowej (*bipolar disorder*), gdzie autorzy, opierając się na wnikliwej analizie historycznej, wymieniają teoretyczne i praktyczne korzyści jakie niosłoby za sobą powrót do kategorii choroby maniakalno-depresyjnej (*manic-depressive illness*), opracowanej przez Emila Kraepelina w ostatniej dekadzie XIX wieku. Niniejsza rozprawa ma ambicję, aby poprzez dostarczenie wartościowego materiału historycznego realnie przyczynić się do rozwiązania konceptualnych problemów związanych z kategorią *borderline*.

Nierozzerwalny związek języka psychopatologii i rzeczywistości społecznej osób cierpiących podkreślał w swoich pracach już Michel Foucault (1987/1961, 2000/1951). Współcześnie na konieczność kulturowo-historycznych badań nad kategoriami diagnostycznymi zwraca uwagę Svend Brinkmann (2016) w swojej koncepcji „kultur diagnostycznych” odnoszącej się do „[...] rozprzestrzeniania się słownictwa diagnostycznego i związanych z nim praktyk społecznych na nowe obszary życia społeczno-kulturowego” oraz „[...] rosnącej liczby osób, które <<żyją pod opisem>> diagnozy” (s. 11). Problem ten zajmował również Ian’a Hacking’a (1995b, 2004), który ukuł pojęcie *looping effects* odnoszące się do systemu wzajemnych wpływów, jaki wywierają zwrotnie na siebie treści kategorii diagnostycznych oraz tożsamość i zachowanie klasyfikowanych podmiotów. Innym badaczem studiującym wzajemne stosunki kategorii diagnostycznych i podmiotowości (*subjectivity*) osób nimi opisywanych jest Nikolas Rose (1996, 2006). Niniejsza rozprawa ma szansę przyczynić się do wzrostu wiedzy na temat konstrukcji kategorii diagnostycznych w Polsce i otworzyć pole do badania ich wpływu na podmiotowość w kontekście lokalnym¹⁰.

Historycy kategorii psychopatologicznych Berrios, Luque i Villagran (2003), natomiast, rozważali problem przyjmowania przez historyków tak zwanej “hipotezy ciągłości” (*continuity hypothesis*). Hipoteza ciągłości zakłada, że kategorie psychopatologiczne podlegają liniowemu rozwojowi przebiegającemu od wadliwej do coraz doskonalszej definicji. W zamian proponują rozważenie „hipotezy nieciągłości” (*discontinuity hypothesis*), mówiącej o tym, że rozwój danej kategorii psychopatologicznej nie zależy wyłącznie od czysto teoretycznych wysiłków

¹⁰ Badania jakościowe nad doświadczaniem etykiety *borderline*, wykorzystujące metodologię Interpretatywnej Analizy Fenomenologicznej (IPA) przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych (Nehls, 1999), Szkocji (Campbell, 2008), Nowej Zelandii (Veysey, 2014) i Wielkiej Brytanii (Horn, Johnstone i Brooke, 2007).

definityjnych, ale od warunków historycznych, społecznych, politycznych czy też chociażby od zmian, jakim podlegają inne pojęcia psychopatologii, ponieważ wraz z ewolucją lub wprowadzeniem każdej kategorii przekształceniu ulega z konieczności cały język psychopatologii. Wszystkie zmiany zewnętrzne, jak i te zachodzące w obrębie samego języka psychopatologii, wyznaczają nieciągłości i rozłamy w rozumieniu poszczególnych kategorii¹¹. W podobny sposób zadanie historyka, „archeologa wiedzy” postrzegał Michel Foucault (1969) – jako przede wszystkim identyfikowanie nieciągłości, załamania, nieregularności w rozwoju wiedzy. Na to przykazanie Foucault’a powołuje się również Kurt Danziger (2003b). Niniejsza rozprawa ma szansę doprowadzić do rozpoznania ciągłości i nieciągłości rozwoju kategorii *borderline* w Polsce i dzięki temu przyczynić się do identyfikowania historycznie ugruntowanej tożsamości rodzimej praktyki diagnostycznej i terapeutycznej.

Historyczne badania kategorii psychopatologicznych są w stanie rzucić również światło na problemy psychologii oraz kategorii diagnostycznych jako elementów życia społecznego i na to życie społeczne wpływających. Psychologowie krytyczni Harris (2009), Prilleltensky i Fox (1997), Richards (2010) oraz Teo (2009) zwracają uwagę na stosunki władzy i podporządkowania pomiędzy różnymi nurtami, ale również różnymi narodowymi tradycjami w psychologii, gdzie niezmiennie promowane i stosowane pojęcia i praktyki służą utrwalaniu *status quo*, czyli pozycji władzy tzw. psychologii głównego nurtu (Pankalla, 2013). Z perspektywy tego problemu psychologia historyczna przywracająca w dominującym dyskursie miejsce perspektywom psychologii indygenicznej służy kwestionowaniu owego *status quo* (Pankalla i Kośnik, 2019). Wielu teoretyków społecznych zwraca uwagę na zjawiska psychologizacji (De Vos, 2010, 2013; Madsen, 2018), patologizacji (Bourne, 2011; Brinkmann, 2016; Fabrega, 1994; Sholl, 2017) czy też „zwrotu terapeutycznego” (Madsen, 2014, 2020). Wszystko co ludzkie, nawet tak skomplikowane zjawiska społeczne jak kultura czy religia, coraz częściej sprowadzane jest do pojęć psychologii indywidualnej. Przed tego rodzaju psychologicznym redukcjonizmem, czyli psychologizmem, ostrzegała badaczka Krystyna Zamiara (1974, 2001). Ludzkie cierpienie coraz częściej sprowadzane jest do wąskich szuflad etykiet diagnostycznych i patologizowane. Brinkmann (2016, ss. 100-104) wymienia 4 rodzaje tego rodzaju procesów patologizacji: stygmatyzacja (*stigmatization*);

¹¹ Jako przykład takiej nieciągłości Berrios i in. (2003) podają konceptualną przepaść pomiędzy kategorią *dementia praecox* Kraepelina a schizofrenią Bleulera.

samo-patologizacja (*self-pathologization*); patologizacja ryzyka (*risk pathologization*); de-patologizacja (*de-pathologization*). Jako szczególnie problematyczne w zakresie potencjału patologizacji ludzkiej podmiotowości wskazywane są często kategorie zaburzeń osobowości. Zachar i Potter (2010) rozważają, czy nie powinno się uznać diagnoz zaburzeń osobowości raczej za kategorie moralne niż medyczne, a wielu badaczy wskazuje na stygmatyzujące skutki stawiania diagnoz zaburzeń osobowości (Aldridge, 2021; Aviram, Brodsky, Stanley, 2006; Brinkman, 2016; Charland, 2004; Masland i Null, 2022; Masland i in., 2023; Sheehan, Niewęglowski, Corrigan, 2016). Jak się wydaje, trudno w pełni zrozumieć i opisać powyższe procesy i ich wpływ na poszerzający się zakres praktyki terapeutycznej bez uzupełniania wiedzy o ewolucji języka psychopatologii. Jest to bardzo ważne pole dyscyplinarnej autorefleksji w świecie, w którym coraz istotniejszą rolę w społeczeństwie odgrywa psychopatologia i psychoterapia, a to właśnie kategorie psychopatologiczne oraz koncepcje psychologiczne wyznaczają kierunki obserwacji i zakres znaczeń, które nadają psychoterapeuci zauważanym przez siebie zjawiskom, w pewien sposób powołując je jednocześnie do istnienia (Gergen, 2006; Gergen i Ness, 2016; Parker, 1998).

Badanie kategorii psychopatologicznych w duchu psychologii historycznej Kurta Danziger'a ma szansę wpłynąć na współczesną teorię i praktykę psychologiczną między innymi na cztery sposoby, które są częściowo zbieżne z motywami obiektywnymi podjęcia tematu niniejszej rozprawy wymienionymi we Wstępie:

- 1) Poprzez dostarczanie danych historycznych mających pomóc w rozwiązaniu konceptualnych problemów związanych z kategoriami psychopatologicznymi.
- 2) Poprzez dostarczenie przyczynku do badań nad kształtowaniem podmiotowości osób etykietykowanych przy użyciu danej kategorii psychopatologicznej w zależności od dynamiki procesu rozwoju tej kategorii.
- 3) Poprzez odkrywanie tożsamości psychologii indygenicznej dzięki ukazywaniu ciągłości/nieciągłości praktyk związanych z kategoriami psychopatologicznymi i psychologicznymi na gruncie rodzimym oraz wypełnienie luk konceptualnych związanych z transferem wiedzy.
- 4) Poprzez kwestionowanie dyscyplinarnego *status quo*, czyli dominujących form praktyki psychologicznej i psychopatologicznej.

Podsumowując, istnieje wiele przykładów realnego wpływu, jaki badania z zakresu historii psychopatologii wywarły na współczesną praktykę psychologiczną. Niniejsza rozprawa również ma ambicje przyczynić się do ewolucji współczesnych praktyk badawczych związanych z kategorią *borderline*.

1.6. Teoretyczne narzędzie badawcze

Konstrukcję teoretycznego narzędzia badawczego, będącego adaptacją psychologii historycznej Kurta Danzigersa, przedstawia *Tabela 1.1*.

Tabela 1.1. Konstrukcja teoretycznego narzędzia badawczego.

| ETAP PRACY | POZIOM ANALIZY | ZADANIA BADAWCZE | NARZĘDZIE BADAWCZE |
|---|---|---|---|
| I. Rekonstrukcja rozwoju kategorii <i>borderline</i> w psychopatologii amerykańskiej | 2) Poziom środowiska profesjonalnego – globalny | Rekonstrukcja rozwoju kategorii <i>borderline</i> w psychopatologii amerykańskiej | Abstrahowanie i synteza treści z literatury dotyczącej historii rozwoju kategorii <i>borderline</i> |
| II. Rekonstrukcja procesu indygenizacji kategorii <i>borderline</i> w polskiej psychopatologii okresu międzywojennego oraz czasu II Wojny Światowej | 3) Poziom społeczny | Rekonstrukcja uwarunkowań historycznych, kulturowych oraz społecznych rozwoju psychopatologii w Polsce w okresie dwudziestolecia międzywojennego i II Wojny Światowej (1918-1945) | Abstrahowanie i synteza treści z monografii dotyczących historii Polski |
| | 1) Poziom środowiska profesjonalnego – lokalny; | Poszukiwanie pierwszego pojawienia się w polskiej literaturze psychiatrycznej i psychologicznej angielskiego terminu <i>borderline</i> ; Rozpoznanie i opis indygeniczných kategorii pokrewných <i>borderline</i> semantycznie | Abstrahowanie i synteza treści z polskiej literatury psychiatrycznej i psychologicznej związanej z psychopatią okresu dwudziestolecia międzywojennego i II Wojny Światowej: czasopism |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | w polskiej psychopatologii w okresie dwudziestolecia międzywojenne i II Wojny Światowej (1918-1945) | monografii, podręczników |
| III. Rekonstrukcja procesu indygenizacji kategorii <i>borderline</i> w polskiej psychopatologii okresu Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej | 3) Poziom społeczny | Rekonstrukcja uwarunkowań historycznych, kulturowych oraz społecznych rozwoju psychopatologii w okresie Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej | Abstrahowanie i synteza treści z monografii dotyczących historii Polski |
| | 1) Poziom środowiska profesjonalnego – lokalny | Poszukiwanie pierwszego pojawienia się w polskiej literaturze psychiatrycznej i psychologicznej angielskiego terminu <i>borderline</i> ; Rozpoznanie i opis indygenicznnych kategorii pokrewnych <i>borderline</i> semantycznie w psychopatologii okresu Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej | Abstrahowanie i synteza treści z polskiej literatury psychiatrycznej i psychologicznej związanej z psychopatiologią okresu Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej: czasopism monografii, podręczników |

Zródło: opracowanie własne.

Według przedstawionej w Tabeli 1.1. logiki postępowania badawczego pierwszym krokiem będzie rekonstrukcja rozwoju kategorii *borderline* w jej kontekście źródłowym, czyli psychopatologii amerykańskiej (Rozdział 2). Potem nastąpi rekonstrukcja procesu indygenizacji kategorii *borderline* w kontekście docelowym, czyli polskiej psychopatologii okresu międzywojennego i II Wojny Światowej (Rozdział 3) i okresu Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej (Rozdział 4). Rozdział 3 i Rozdział 4 rozpoczynać się będzie od przedstawienia kontekstu społeczno-kulturowego rozwoju psychopatologii w Polsce każdego z wyróżnionych okresów. W Rozdziale 5 na podstawie

danych zebranych w poprzednich rozdziałach zrekonstruowany zostanie proces indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989.

1.7. Podsumowanie

Psychologia historyczna Kurta Danzigerera jest metodologią badań historycznych w psychologii, która wpisuje się w szerszy nurt tzw. Nowej Historii Psychologii. Jej założenia są spójne z założeniami psychologii krytycznej jako filozofii psychologii oraz założeniami socjologii wiedzy Ludwika Flecka jako filozofii nauki. Psychologię historyczną Danzigerera od innych metodologii historiografii, takich jak historia idei czy historia intelektualna, różni koncentracja na mikro-narracjach i odwrót od tworzenia uogólniających, uniwersalistycznych opowieści. Mimo koncentracji na dyskursywnym wymiarze badanych kategorii, psychologia historyczna opiera się na założeniach realizmu krytycznego – uznając zatem społeczny, dyskursywny wymiar konstruowania wiedzy, zakłada jednocześnie istnienie rzeczywistości materialnej poza dyskursem, do której opisu i zrozumienia aspiruje nauka. Konstruowana dzięki psychologii historycznej Danzigerera wiedza jest relatywna, kontekstualna oraz zapośredniczona historycznie i kulturowo.

Trzon opracowanego w niniejszym rozdziale teoretycznego narzędzia badawczego tworzą: aparat pojęciowy psychologii historycznej, poziomy analizy historycznej oraz fazy procesu indygenizacji. Podstawowymi pojęciami, które tworzą aparat pojęciowy metodologii opracowanej na podstawie psychologii historycznej Danzigerera, są pojęcia: indygenizacji, przedmiotów psychologii oraz praktyk badawczych. Wyróżnione trzy poziomy analizy historycznej obejmują rozróżnienie trzech rodzajów czynników wpływających na proces ogólnie rozumianego rozwoju kategorii psychologicznych, a w przypadku niniejszego badania – procesu indygenizacji: praktyki badawcze związane z kategorią *borderline* na poziomie globalnego środowiska profesjonalnego; praktyki badawcze związane z kategorią *borderline* lub pokrewną semantycznie kategorią lokalną na poziomie lokalnego środowiska profesjonalnego; czynniki społeczne, kulturowe, historyczne na poziomie społecznym. Wyróżniony model trzech faz procesu indygenizacji stanowi strukturę dla rekonstrukcji procesu indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989.

Logika postępowania badawczego uwzględniająca wyżej wspomniane elementy teoretycznego narzędzia badawczego przedstawia się następująco: badanie kontekstu

źródłowego kategorii *borderline*, czyli rekonstrukcja jej rozwoju w psychopatologii amerykańskiej ⇒ badanie kontekstu docelowego, czyli psychopatologii polskiej, w podziale na dwa okresy historyczne – okres dwudziestolecia międzywojennego i II Wojny Światowej (1918-1945) oraz okres Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (1946-1989) – a w obrębie każdego okresu badanie trzech poziomów analizy: społecznego; globalnego środowiska profesjonalnego; lokalnego środowiska profesjonalnego.

Rozdział 2. Badanie kontekstu źródłowego: rekonstrukcja rozwoju kategorii *borderline* w psychopatologii amerykańskiej

Niniejszy rozdział rozpocznie krótka rekonstrukcja dziejów kategorii *borderline* w Stanach Zjednoczonych przed rokiem 1918; następnie zrekonstruowany zostanie rozwój kategorii *borderline* w okresach: dwudziestolecia międzywojennego i II Wojny Światowej (1918-1945); powojennym (1946-1989). Rozdział zakończy fragment poświęcony współczesnemu rozumieniu kategorii *borderline* oraz podsumowanie.

2.1. Kategoria *borderline* w psychopatologii amerykańskiej przed rokiem 1918: *borderland* jako pogranicze normalności i szaleństwa

Przed rokiem 1918 w amerykańskiej psychopatologii nie używano pojęcia *borderline*, którego po raz pierwszy użył Thomas Verner Moore w 1921 roku, ale bliskoznacznego słowa *borderland*. Odnosiło się ono do trudno definiowalnego pogranicza pomiędzy normalnością a szaleństwem. Dyskusja dotycząca tego problemu wybuchła w środowisku amerykańskich alienistów¹² w ostatnich dwóch dekadach XIX wieku. W 1884 roku temat ten podjął Ira Russell w swoim artykule *The Borderland of Insanity*, gdzie pisał:

Nie istnieje żaden wzorzec zdrowia i choroby, więc niepostrzeżenie przechodzą one w siebie nawzajem, a linia pomiędzy nimi istnieje tylko w wyobraźni. Niemożliwe jest stwierdzić, kiedy dzień się kończy a zaczyna noc. Podobnie niemożliwa do zdefiniowania jest linia oddzielająca dziwactwa, namiętności miłości i nienawiści, fanatyzm religijny i wiele innych przejawów psychiki od szaleństwa (Russell, 1884, s. 2).

Kolejnym podejmującym ten problem był Irving Rosse, piszący w swoim tekście *Clinical Evidences of Borderland Insanity* w podobnym duchu co wcześniej Russell: “Każdy wie o istnieniu pozytywnych i negatywnych ładunków elektrycznych, czerni

¹² W XIX wieku w Stanach Zjednoczonych lekarzy pracujących w przytułkach (*asylum*) dla obłąkanych nazywano alienistami – określenia psychiatra w tym kraju zaczęto używać w pierwszej dekadzie XX wieku (Noll, 2011).

i bieli, zdrowia i choroby, ale nasza wiedza o nieuchwytniej różnicy w ich stanach przejściowych jest niezwykle ograniczona” (Rosse, 1890, s. 669).

W następnych latach do dyskusji dotyczącej pogranicza normy i szaleństwa przyczynili się Henry Waldo Coe (1901) oraz Albert Warren Ferris (1909). Coe (1901, s. 807) podał następujący opis osoby należącej do kategorii *borderland of insanity*: “osoba generalnie nieszkodliwa z charakteru i jeśli chodzi o nawyki, jednak czasami niebezpieczna dla członków rodziny, przyjaciół czy społeczeństwa, oraz będąca postrachem lekarza, jest znana jako *border-liner* [podkr. moje – J. K.]”. Coe podkreślał, że nie chodzi wyłącznie o przypadki „*stadium incipiens*” szaleństwa, ponieważ „*border-liner*” może nigdy nie przekroczyć granicy pozwalającej uznać ją/jego za szaloną/szalonego, a funkcjonować całe życie na pograniczu. Ferris (1909), podkreślając wagę prewencji zaburzeń psychicznych, uważał, że „*borderland cases*” powinny korzystać z wczesnej interwencji psychiatrycznej, by zapobiec rozwinięciu choroby psychicznej. Do sfery *borderland* jego zdaniem należały: [...] psychastenia ze swymi impulsami, obsesjami, wątpliwościami, fobiami, udręczeniem, agitacją [...]; [...] wszystkie psychozy w stadium zarodkowym; [...] egzaltacja psychopatyczna i psychopatyczna depresja, konstytucjonalna ułomność; zaburzenia myślenia, woli, emocji, pamięci, uwagi i osobowości, jeśli zaburzenia te są trwalsze niż przejściowe” (Ferris, 1909, s. 135).

Warto dodać, że kategoria *borderland of insanity* funkcjonowała również w psychiatrii brytyjskiej (zob. Kesteven, 1885; Wynter, 1875).

W latach dziewięćdziesiątych XIX wieku do Stanów Zjednoczonych przyjechał z Zurychu Adolf Meyer, który rozpoczął zaszczepianie nozologii Emila Kraepelina – czyli podziału psychoz na *dementia praecox* i psychozę maniakalno-depresyjną – na grunt amerykański (Noll, 2011). *Dementia praecox* była dla Kraepelina „<<degeneracyjną>> patologią” (Gilman, 2008, s. 466), chorobą o przebiegu nieuchronnie prowadzącym do zejścia w postaci otępienia. Początkowo Kraepelin uważał, że ma ona organiczną etiologię w postaci domniemanego uszkodzenia mózgu (Berrios i Beer, 1994) spowodowanego hipotetycznym procesem „autointoksykacji” (Gilman, 2008; Noll, 2007). Do kategorii *dementia praecox*, Kraepelin zaliczył, jako jej typy, opisane wcześniej przez Karla Kahlbuama, kategorie hebefrenii, katatonii i paranoi. Z czasem koncepcja *dementia praecox* Kraepelina ewoluowała od ściśle organicznej w kierunku bardziej funkcjonalnej, przesuwając nacisk z etiologii na szczegółowy opis symptomatologii, jednak nadal jedną stałą cechą *dementia praecox*

była jej nieuleczalność (Gilman, 2008). Psychoza maniakalno-depresyjna, objawiająca się naprzemiennymi stanami depresji i manii, wiązała się natomiast z korzystną prognozą – była uleczalna. Przed Meyerem i wprowadzeniem klasyfikacji Kraepelina słownik amerykańskich alienistów, według Richarda Nolla (2011, s. 19), składał się z różnorodnych etykiet, nadawanych zwykle na podstawie najbardziej wyraźnego symptomu i pozbawionych jednolitej definicji. Najczęściej używanymi terminami były: mania, melancholia, *primary dementia*, *terminal dementia*. Noll (2011, s. 26) twierdzi jednak, że rozróżnienie pomiędzy tymi diagnozami nie miało dużego znaczenia, ponieważ “[...] nowi alieniści byli uczeni, by lekceważyć ich istotność: pacjenci byli <<szaleni>> i tyle. Wielu amerykańskich alienistów uważało, że mania, melancholia i *dementia* były jedynie płynnymi formami lub przejawami *unitary psychosis* czy po prostu <<szaleństwa>>”. Neurolodzy natomiast, pracujący często w ramach praktyk prywatnych, zajmowali się popularnymi wtedy neurastenią i psychastenią – czyli „słabością”, męczliwością nerwową i psychiczną – oraz epilepsją i histerią (Noll, 2011).

W pierwszej dekadzie XX wieku Meyer stał się jedną z najbardziej wpływowych postaci w amerykańskiej psychiatrii, a kraepelinowska nozologia, którą wprowadził początkowo w szpitalu *Worcester Lunatic Hospital*, zaczęła stopniowo być stosowana w całych Stanach Zjednoczonych (Noll, 2011). Sam Meyer zaczął jednak odchodzić od klasyfikacji Kraepelina jako zbyt ogólnej, rozwijając własną koncepcję zwaną psychobiologią, akcentując indywidualność każdego pacjenta i poszukując osobowościowych predyspozycji do choroby psychicznej (*premorbid personality*) (Noll, 2011). Zaburzenia psychiczne nazywał „typami reakcji” (*reaction types*), uznając, że są to patologiczne reakcje na środowiskowe urazy zależne od dotychczasowego kierunku rozwoju osobowości.

W 1909 roku wykłady Sigmunda Freuda, Sandora Ferenczego i Carla Gustava Junga na Clark University rozbudziły popularność idei psychoanalitycznych w Stanach Zjednoczonych (Mitchell i Black, 1996; Schwartz, 2003). Pierwszymi propagatorami psychoanalizy w Stanach Zjednoczonych byli założyciele czasopisma *Psychoanalytic Review* Simth Elly Jellife i William Alanson White, założyciel *New York Psychoanalytic Society* Abraham Arden Brill oraz prezydent założonego w 1911 roku *American Psychoanalytic Association* James J. Putnam (Schwartz, 2003). Richard Noll (2011) i Joseph Schwartz (2003) zgodnie przyznają, że poglądy centralnej figury amerykańskiej psychiatrii pierwszych dwóch dekad XX wieku Adolfa Meyera, który podkreślał znaczenie szczegółowych studiów historii życia i osobowości każdego pacjenta,

przyczyniły się do rozwoju popularności i poparcia psychoanalizy we wpływowych kręgach psychiatrów amerykańskich, zwłaszcza nowojorskich – za sprawą Smith’a Elly Jeliffe’a i Abrahama Adrena Brilla.

Również w 1909 roku z inicjatywy Clifforda Beersa, przy poparciu Williama Jamesa i Adolfa Meyera powstało w Stanach Zjednoczonych Towarzystwo Higieny Psychiczej mające zajmować się profilaktyką zaburzeń psychicznych, a także promocją i ochroną publicznego zdrowia psychicznego (Sęk, 2000; Quen, 1977). Pomiędzy rokiem 1907 a 1911 wybudowano trzy „szpitale psychopatyczne” (*psychopathic hospitals*) (Quen, 1977). Nazwa placówek miała swoją wymowę – jak pisał Jacques M. Quen (1977, s. 10): “Słowo <<psychopatyczny>> było dużo bardziej naukowe niż <<szalony>> (*insane*), a <<szpital>> implikował dużo aktywniejsze podejście terapeutyczne niż <<asylum>>”. Szpitale miały za zadanie “[...] badać i leczyć przed- i nie-szpitalne przypadki, diagnozować upośledzenie umysłowe (*feeble-mindedness*), uczyć lekarzy na temat chorób psychicznych, [...] kontynuować opiekę nad wypisanymi pacjentami; [...] odpowiadać za pacjentów przebywających z rodziną; [...] edukować społeczeństwo, by przeciwdziałać szaleństwu” (Grob, 1966, s. 350, cyt. za: Quen, 1977, s. 10).

W 1911 roku dyrektor szwajcarskiej kliniki Burghölzli Eugen Bleuler opublikował monografię dotyczącą psychoz zatytułowaną *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, gdzie zaproponował wyróżnienie „grupy schizofrenii”. Postulował by kategoria schizofrenii zastąpiła krapelinowską *dementia praecox*, ponieważ coraz więcej dowodów sugerowało, że nie zawsze prowadziła ona do otępienia. Bleuler (1950/1911) wybrał nazwę „schizofrenia”, ponieważ za charakterystyczną cechę tej choroby uważał proces rozszczepienia funkcji psychicznych. Czerpiąc z freudowskiej psychoanalizy, zastosował bardziej dynamiczne podejście do psychopatologii psychoz. Jako główny objaw schizofrenii Bleuler zidentyfikował rozpad procesów skojarzeniowych mający być przyczyną zaburzeń myślenia objawiających się nieprawidłowościami mowy. Innymi podstawowymi objawami schizofrenii miały być: autyzm (psychologiczne wycofanie się z relacji z rzeczywistością zewnętrzną), zaburzenia afektywne (stępienie afektu) i ambiwalencja. Szwajcarski psychiatra zaproponował również, opierając się w dużej mierze na kategoriach Kraepelina, podział schizofrenii na cztery grupy: paranoidalną, katatoniczną, hebefreniczną i prostą (Bleuler, 1950/1911). Ponadto wprowadził termin „schizofrenia utajona” (*latent schizophrenia*), który miał oznaczać „[...] łagodniejsze przypadki [...] z dużo mniej widocznymi objawami” (Bleuler, 1950/1911, s. 13). Kategorie schizofrenii

na grunt amerykański zaszczerpił szwajcar z pochodzenia August Hoch, wtedy dyrektor *New York Psychiatric Institute*, w 1912 roku (Noll, 2011, s. 232).

2.2. Kategoria *borderline* w praktykach badawczych psychopatologii amerykańskiej w okresie dwudziestolecia międzywojennego i II Wojny Światowej (1918-1945): *borderline* jako pogranicze nerwic i psychoz

Pierwszym, który zwrócił uwagę na trudności w terapii niektórych pacjentów niemieszczących się w kryteriach diagnostycznych ani nerwicy, ani psychozy, był psychiatra i psychoanalityk Leon Pierce Clark¹³ w 1919 roku w artykule *Some practical remarks upon the use of modified psychoanalysis in the treatment of borderland neuroses and psychoses*¹⁴. Opisał w nim pracę z pacjentami z psychozą maniakalno-depresyjną, kwalifikując ich do grupy *borderland neuroses and psychoses*. Warto zauważyć, że Clark nie używał jeszcze określenia *borderline*, ale dotychczasowego słowa *borderland*, odnosząc je jednak nie do pogranicza pomiędzy normalnością a szaleństwem, ale pogranicza nerwic i psychoz.

Jako pierwszy określenia *borderline* w związku z problematyką zarysowaną już przez Clark'a użył w 1921 roku Thomas Verner Moore w artykule *The parataxes: A study and analysis of certain borderline mental states*. Moore (1921) twierdził, że diagnosta ocenia stopień podobieństwa symptomatologii pacjenta do obecnych w literaturze opisów prototypowych reprezentantów danej kategorii i na tej podstawie przyporządkowuje go do najlepiej pasującej kategorii psychopatologicznej. Zauważył jednak, że bardzo wielu pacjentów nie pasuje do żadnej z opisanych w literaturze prototypowych kategorii. Te właśnie niepasujące przypadki określił mianem *borderline mental states*. Założenia Moore'a (1921) dotyczące etiologii tego rodzaju psychopatologii, zakorzenione w psychoanalizie, były następujące: źródłem każdego zaburzenia jest konflikt pomiędzy pragnieniem a jego zaspokojeniem lub pomiędzy różnymi pragnieniami, a podstawową siłą motywacyjną jest dążenie do przyjemności (nazwał ją *positive psychotaxis*) i unikanie przykrości (*negative psychotaxis*). Jeśli

¹³ Leon Pierce Clark jest również uważany za pioniera psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną (zob. Kornaj, 2023b).

¹⁴ Artykuł jest spisanym odczytem, który Clark wygłosił 23 maja 1917 roku w Bostonie przed Amerykańskim Towarzystwem Psychoanalitycznym.

dążenia te (*psychotaxes*), czy raczej sposoby ich zaspokajania, nie prowadzą do osiągnięcia przyjemności lub uniknięcia nieprzyjemności, pojawiają się depresja i lęk. Jeśli dążenia do pewnego stopnia są zaspokajane, jednak nieadekwatnie, jest to skutkiem reakcji obronnej, kompensacji lub sublimacji. Usztywnienie w stosowaniu nieskutecznych dążeń (*psychotaxes*) nazwał Moore *parataxes*.

Po artykule Moore'a temat *borderline* długo nie był w amerykańskiej psychopatologii podejmowany. Nie licząc artykułu Clarence'a Oberndorfa (1930) z 1930 roku *The psychoanalysis of borderline cases*, po artykule Moore'a, jak pisze Michael H. Stone (1989, s. 11) “[...] termin ten w niewytłumaczalny sposób popada w stan *assoupissement* – przedłużonego snu – z którego nie obudzi się przez kolejne 17 lat”. Clarence Oberndorf, nowojorski psychoanalityk, twierdził, że “[...] nie istnieje wyraźna linia pomiędzy nerwicami a psychozami [...] Znajdujemy reakcje schizofreniczne (*schizophrenic reactions*) w nerwicach kompulsyjnych; stany lękowe mieszają się z depresją, a symptomy konwersyjne występują w depresjach, podnieceniu maniakalnym, jak i w histeriach” (Oberndorf, 1930, s. 649, cyt. za: Stone, 2005, s. 4).

Po I Wojnie Światowej w amerykańskiej psychiatrii panował nozologiczny chaos. Kategoria schizofrenii nie od razu zastąpiła kraepelinowską *dementia praecox*. Jak pisze Richard Noll (2011, s. 233): “Jednym z najbardziej dezorientujących aspektów amerykańskiej psychiatrii pierwszej połowy dwudziestego wieku było zamienne użycie terminów <<dementia praecox>> i <<schizophrenia>> w publikacjach klinicznych, diagnozie, a nawet badaniach (*research*)”. Mimo wszystko trend ustępowania popularności *dementia praecox* na rzecz schizofrenii jest wyraźny – pokazuje to *Tabela 2.1* przedstawiająca zestawienie, którego dokonał Noll (2011, s. 262), tytułów amerykańskich publikacji ukazujących się w latach 1900-1940 zawierających słowa „dementia praecox” i „schizofrenia”.

Tabela 2.1. Zestawienie liczby tytułów zawierających słowa „dementia praecox” i „schizofrenia” w latach 1900-1940 wyszukanych w bazie *IndexCat* według badań Richarda Nolla.

| | Dementia praecox | Schizofrenia |
|-----------|------------------|--------------|
| 1900-1910 | 67 | 1 |
| 1911-1920 | 268 | 6 |
| 1921-1930 | 152 | 73 |
| 1931-1940 | 89 | 153 |

Źródło: Noll, 2011, s. 262.

Noll (2011, s. 262-263) wskazuje kilka przyczyn zidentyfikowanego trendu:

1) Przyjęcie w Stanach Zjednoczonych opublikowanego przez *American Medico-Psychological Association* oraz *National Comitee for Mental Hygiene* w 1921 roku *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*, w którym schizofrenia miała figurować jako oficjalna kategoria rekomendowana do użycia do celów klinicznych, statystycznych i badawczych¹⁵.

2) Publikacja w 1924 roku angielskiego tłumaczenia (dokonanego przez A. A. Brilla) czwartej edycji podręcznika psychiatrii Eugena Bleulera zawierającego pierwszą opublikowaną po angielsku prezentację poglądów szwajcarskiego psychiatry na schizofrenię.

3) Poglądy autorów konkurujących kategorii – Kraepelin i jego nacjonalizm oraz jawna niechęć dla psychoanalizy, które nie usposabiały przyjaźnie ku niemu amerykańskich psychiatrów, kontra Bleuler będący neutralnej narodowości, o niekłótlivej osobowości i poglądach na psychozę napawających optymizmem w kwestii terapii.

4) Konferencja *Association for Research in Nervous and Mental Disease*, która odbyła się w Nowym Jorku 28 i 29 grudnia 1925 roku, na której zebrała się elita amerykańskiej psychiatrii, a wszyscy prelegenci, z wyjątkiem Adolfa Meyera, użyli w tytułach swoich prezentacji terminu „schizofrenia” zamiast „*dementia praecox*”.

Richard Noll (2011, s. 264) wskazuje na to, że siła odgórnego wpływu autorytetów w amerykańskiej psychiatrii była tak wyraźna przez to, że najbardziej wpływowe figury były skupione jedynie w trzech ośrodkach – w Bostonie, Nowym Jorku i Waszyngtonie: “Za sprawą silnie scentralizowanej, potrójnej struktury władzy w amerykańskiej psychiatrii tamtego czasu zdolnej ruszyć w posadach całą profesję, jeśli

¹⁵ Należy zwrócić uwagę, że pierwsza edycja *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* opublikowana w 1918 roku podtrzymywała *dementia praecox* jako oficjalną diagnozę, zaznaczając jedynie, że „termin <<schizofrenia>> jest obecnie używany przez wielu autorów zamiast *dementia praecox*” (*American Medico-Psychological Association*, 1918, s. 24). Autor niniejszej pracy nie dotarł do kolejnych edycji klasyfikacji, więc można zachować pewne wątpliwości co do zasadności tego argumentu Nolla.

wszystkie trzy centra były ze sobą zgodne, schizofrenia została nowo namaszczonej amerykańskim szaleństwem praktycznie z dnia na dzień”. Zdaniem Nolla (2011, s. 264-265) właśnie ta struktura władzy razem z wpływowym meyerowskim eklektyzmem odpowiadała również za wzrost znaczenia psychoanalizy w Stanach Zjednoczonych:

Ta sama geograficzna trójca władzy, patronatu i sieci transferu wiedzy była bezpośrednio odpowiedzialna za stosunkowo szybki i zdecydowany zwrot w kierunku teorii psychoanalitycznej wśród amerykańskiej elity psychiatrycznej w połowie lat trzydziestych. Idee freudowskie zostały narzucone z góry przez garstkę dzierżących władzę polityczną lekarzy, sterujących kluczowymi instytucjami szkoleniowymi i badawczymi, oraz lokalne organizacje profesjonalne o wysokim statusie. Ponieważ meyerowski eklektyzm z gatunku „anything goes” pozostawał wpływowym w amerykańskiej psychiatrii aż do późnych lat trzydziestych, właściwie dominując szkolenie psychiatryczne pod niejasną nazwą „psychobiologii”, wielu psychiatrów było otwartych na idee psychoanalityczne, nawet nie będąc jej zatwardziałyymi wyznawcami.

Psychoanaliza rozwijała się w najprężniej w trzech ośrodkach: Chicago, Nowym Jorku i Waszyngtonie. W waszyngtońskim szpitalu St Elizabeths praktykę psychoanalityczną rozwijał William Alanson White, starając się uniezależnić od wiedeńskiej ortodoksji, między innymi próbując stosować psychoanalizę w leczeniu psychoz (Schwartz, 2003). Psychiatrzy z Nowego Jorku pozostawali w kontakcie z wiedeńskim centrum – w latach 1919-1921 analizantami Freuda byli tacy członkowie *New York Psychoanalytic Society* jak: Adolph Stern, Monroe Meyer, Horace Frink, Leonard Blumgart, Albert Polon, Abram Kardiner i Clarence Oberndorf (Schwartz, 2003, s. 174). Pomiędzy środowiskiem nowojorskim a chicagowskim – reprezentowanym przez węgierskiego emigranta Franza Alexandra – pojawił się konflikt dotyczący wymogów szkolenia psychoanalitycznego. Według nowojorczyków psychoanalitykiem mógł zostać wyłącznie ktoś z wykształceniem medycznym, natomiast zdaniem Alexandra – którego poparł jego rodak Sandor Ferenczi – psychoanaliza mogła być praktykowana niezależnie od wykształcenia medycznego. Również William Alanson White był zwolennikiem dopuszczenia do praktykowania psychoanalizy osób o różnym wykształceniu.

W latach 1918-1945 prężnie rozwijał się ruch higieny psychicznej. Zdaniem Quen’a (1977) dążenia do prewencji zaburzeń poprzez rozpoznawanie podatności na choroby psychiczne lub wczesnych ich stadiów zostały wzmocnione publikacją w 1921 roku *Psychopatologii życia codziennego* Freuda w angielskim tłumaczeniu Brilla.

Jak pisał Quen (1977, s. 11): „Wcześniej nieprzykuwające uwagi <<osobliwości>> zaczęto oceniać pod kątem ich znaczenia psychopatologicznego”. Natomiast zdaniem Nolla (2011) społeczna ingerencja psychiatrii i jej prewencyjne aspiracje były ściśle związane z propagowaną przez Adolfa Meyera koncepcją zaburzeń psychicznych jako osobowościowo uwarunkowanych typów reakcji (*reaction types*), co miało pozwalać rozpoznawać osobowości pre-psychotyczne¹⁶ (*pre-psychotic*) zanim rozwinie się u nich psychoza i jej zapobiegać.

Warto zwrócić uwagę na konstrukcję klasyfikacji *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* z 1918, którą historycy psychiatrycznych klasyfikacji wskazują jako prekursorkę *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM) (Sanders, 2011; Surís, Holliday, North, 2016). Wyróżniono w niej 22 kategorie zaburzeń, z czego 19 stanowiły psychozy, wliczając w to *dementia praecox* oraz psychozę maniakalno-depresyjną. Do trzech kategorii niepsychotycznych należały: *general paralysis*; psychonerwice i nerwice; nie szalony (*not insane*) (American Medico-Psychological Association, 1918).

Jako na element rozwoju kategorii *borderline* w Stanach Zjednoczonych wskazuje się również kategorię „zaburzenia schizoafektywnego” (*schizoaffective disorder*) ukutą przez Kasanina w 1933 roku (Jackiewicz i Marcinów, 2014; Stone, 1989). Stone (1989) zauważa, że kategoria „zaburzenia schizoafektywne” odnosiła się właściwie do „podwójnego pogranicza” (*double borderline*), czyli z jednej strony tego pomiędzy nerwicą a psychozą, a z drugiej pomiędzy schizofrenią a psychozą maniakalno-depresyjną.

Kategorię *borderline* wydobyl z otchłani wspomniany wyżej nowojorski psychiatra i psychoanalityk Adolph Stern w 1938 roku swoim artykułem *Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses*¹⁷. Próbował w nim zidentyfikować charakterystyczne symptomy oraz wskazówki do psychoterapii „[...] dużej grupy pacjentów nie pasujących ani do psychotycznej ani psychoneurotycznej grupy [...]” (Stern, 1938, s. 467). Był zdania, że “[...] *border line group* przedstawia charakterystyczny obraz kliniczny i charakterystyczne symptomy kliniczne” (Stern,

¹⁶ August Hoch nazwał osobowość podatną na schizofrenię „*shut-in personality*” (Noll, 2011).

¹⁷ W pierwotnej formie tekst został zaprezentowany przed Nowojorskim Towarzystwem Psychoanalitycznym wiosną 1937 roku (Stern, 1938, s. 467).

1938, s. 468). Wyróżnił 10 symptomów klinicznych zaliczonych przez niego do grupy „*reaction-formations or character traits*” (Stern, 1938, s. 468):

- 1) Narcyzm (*Narcissism*).
- 2) Krwawienie psychiczne (*Psychic bleeding*).
- 3) Nieuporządkowana nadwrażliwość (*Inordinate hypersensitivity*).
- 4) Psychiczna i cielesna sztywność – „sztywna osobowość” (*Psychic and body rigidity – „The rigid personality”*).
- 5) Negatywne reakcje terapeutyczne (*Negative therapeutic reactions*).
- 6) Coś, co wygląda jak konstytucjonalnie zakorzenione poczucie niższości głęboko wrosnięte w osobowość pacjenta (*What looks like constitutionally rooted feelings of inferiority, deeply imbedded in the personality of the patient*).
- 7) Masochizm (*Masochism*).
- 8) Coś, co można opisać jako stan głębokiego organicznego niebezpieczeństwa lub lęku (*What can be described as a state of deep organic insecurity or anxiety*).
- 9) Użycie mechanizmów projekcyjnych (*The use of projection mechanisms*).
- 10) Trudności w testowaniu rzeczywistości, zwłaszcza w sferze relacji międzyludzkich (*Difficulties in reality testing, particularly in personal relationships*).

Każde z powyższych haseł zasługuje na kilka zdań wyjaśnienia:

Ad. 1) Zdaniem Sterna (1938, s. 469) “powszechnie wiadomo”, że “[...] pacjenci z grupy *border line* zaliczają się w dużym stopniu do nerwic narcystycznych lub narcystycznych charakterów”. Narcyzmem Stern nazywa uraz powstały w wyniku braku zaspokojenia potrzeb bezpieczeństwa i miłości. Stern (1938, s. 470) pisał, że “pacjenci ci cierpią w wyniku afektywnego (narcystycznego) niedożywienia [...]. Normalna narcystyczna gratyfikacja, normalne psychiczne potrzeby samozachowawcze nie są adekwatnie zaspokojone. Korzenie neurotycznych cech charakteru, a nawet czasem choroby nerwicowej, są zakopane głęboko w tych bardzo wczesnych okresach psychicznego głodowania i niebezpieczeństwa spowodowanych brakiem rodzicielskiej, głównie matczynej, miłości”.

Ad. 2) Krwawieniem psychicznym Stern (1938, s. 471) nazywał reakcję na trudne doświadczenia polegającą na zastygnięciu, paraliżu, bezradności: “Zamiast żywotnej, odpornej reakcji na bolesne czy traumatyczne doświadczenie pacjent stacza się w dół, by tak rzec, ulatuje z niego życie. Pojawia bezruch, letarg zamiast działania, załamanie zamiast powstania [...]”.

Ad. 3) Psychiczna nadwrażliwość jest według Sterna (1938, s. 471) pewnym rodzajem ciągłej czujności i przewidywania zagrożenia: “Psychiczna nadwrażliwość jest porównywalna do nadwrażliwości fizycznej u małego dziecka. To, że działa ona odruchowo, automatycznie, jako narzędzie do wykrywania zagrożenia jest oczywiste [...]”.

Ad. 4) Psychiczna i cielesna sztywność według Sterna (1938, s. 472) pełni funkcję, podobnie jak poprzednie objawy, obrony przed lękiem i potencjalnym cierpieniem: “U niektórych sztywność pojawia się od najwcześniejszych lat, przed piątym, nawet czwartym rokiem życia, i nasila się w ważnych okresach życia, na przykład dojrzewania, i przy okazji ważnych (wyzwalających lęk) wydarzeń”.

Ad. 5) Negatywna reakcja terapeutyczna to reakcja pacjenta w postaci złości, lęku czy smutku na interwencję terapeutyczną, która dotyczy bolesnych, wyzwalających lęk aspektów osobowości chronionych mechanizmami obronnymi: “Ponieważ radzenie sobie z lękiem odbywa się za pomocą środków obronnych, jasnym jest, że każda interpretacja, która osłabia obronę neurotyczną, wyzwala jednocześnie lęk, przed którym taka osoba broniła się by móc czuć się bezpiecznie, dlatego pojawia się depresja, zniechęcenie, złość itp.” (Stern, 1938, s. 473).

Ad. 6) Poczucie niższości jest według Sterna (1938, s. 474) bardzo głęboko zakorzenione w tych pacjentach i często prowadzi do postawy zależności i bierności. Głębokość i niepodważalność przekonania o niższości powoduje, że “ma się wrażenie, że jest niemalże urojeniowe”.

Ad. 7) Masochizm to “u tych pacjentów ostentacyjne użalanie się nad sobą, samogńbienie, okazywanie ciągłego cierpienia, obrazu osoby bezradnej i zranionej” (Stern, 1938, s. 475).

Ad. 8) Nasilenie lęku i głębokiego poczucia niebezpieczeństwa u tych pacjentów sprawia wrażenie, zdaniem Sterna (1938, s. 476), “jak gdyby ci pacjenci nigdy w życiu nie posiadali poczucia ufności i pewności siebie [...]” Przez to mają tendencję do skrajnych interpretacji rzeczywistych interakcji z innymi: “Dla pewnego członka grupy jedno doświadczenie jest interpretowane jakby znaczyło, że jest głupi, i wtedy doznaje totalnego poniżenia swojego ego (samooceny), albo przeciwnie, doznaje podniecenia, przerostu samooceny przez jeden sukces. Te osoby reagują w stylu “wszystko albo nic” (Stern, 1938, s. 477).

Ad. 9) Mechanizmy projekcyjne, częste, zdaniem Sterna (1938), w tej grupie pacjentów, są jednym z objawów, który upodabnia ich do psychotyków. Projekcja służy usuwaniu z umysłu niechcianych, wywołujących lęk elementów i przypisaniu ich obiektom zewnętrznym. Nasilone użycie mechanizmów projekcyjnych upośledza zdolność testowania rzeczywistości i może prowadzić do powstawania przekonań urojeniowych.

Ad. 10) Problemy w testowaniu rzeczywistości u tych pacjentów, zdaniem Sterna (1938, s. 482), szczególnie dobrze obrazuje ich wyidealizowany stosunek do analityka: “Ani trochę nie wydaje im się dziwne to, że nadają tak wielki rozmiary psychicznemu i fizycznemu obrazowi (*imago*) [analityka – przyp. J.K.]. Naiwna akceptacja tego jest warta odnotowania [...]”.

W podsumowaniu Stern (1938, s. 488) stwierdza: “To, że ci pacjenci stanowią osobną grupę, którą można nazwać *border line*, jest uzasadnionym założeniem. Na podstawie tego założenia znaleźć można w tej grupie charakterystyki odróżniające tego rodzaju pacjentów od zwyczajnych grupy psychoneurotyków”.

Pod koniec lat trzydziestych i na początku lat czterdziestych, uciekając przed zbliżającą się lub trwającą już II Wojną Światową, do Stanów Zjednoczonych wyemigrowało grono psychiatrów i psychoanalityków, którzy mieli odegrać znaczącą rolę w rozwoju kategorii *borderline*. Byli między nimi polscy z pochodzenia psychiatrzy Gustaw Bychowski i Helena Deutsch. Ich wpływ jako kluczowy dla rozwoju kategorii *borderline* w Stanach Zjednoczonych identyfikuje również Michael H. Stone (1989, 2005).

W 1941 roku Gregory Zilboorg, wykształcony w Rosji psychiatra, który do Stanów Zjednoczonych wyemigrował w 1919 roku, opublikował artykuł zatytułowany *Ambulatory schizophrenia*. Zilboorg (1941) analizował w nim ramy konceptualne kategorii *dementia praecox* Kraepelina i schizofrenii Bleulera, krytykując kliniczną sztywność tej pierwszej i podkreślając, że Bleuler, ale również Sigmund Freud i Adolf Meyer, swoimi koncepcjami pozwolili wyjść poza symptomy kliniczne, uwzględniając całokształt osobowości w badaniach psychopatologicznych. Zilboorg zauważył, że istnieje duża grupa osób, które nie rozwijając pełnoobjawowej schizofrenii i nie wymagając hospitalizacji, charakteryzuje się pewnym stopniem psychopatologii utrudniającej jej funkcjonowanie w relacjach i wypełnianie ról społecznych. Osoby takie opisał następująco:

Ponieważ tacy pacjenci rzadko dochodzą do momentu, kiedy hospitalizacja jest konieczna [...] i zdają się „iść przez życie” jak każda inna „normalna” osoba, pozostają jednak nieefektywni, snujący się, niedbali w swoich związkach z rzeczami i ludźmi, a będąc wytrwałymi tylko w swojej niezdolności do bycia produktywnym i niezależnym, uchodzą za „trudnych ludzi” lub „problemowe dzieci”. Takie osoby pozostają mniej lub bardziej niespoiste [...] wewnątrz lub zewnątrz: stąd sugerowana nazwa schizofrenii ambulatoryjnej (Zilboorg, 1941, s. 154).

W 1942 roku Helena Deutsch przedstawiła swoją koncepcję osobowości jak-gdyby („*as-if*” personality) w artykule *Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia*. Deutsch urodziła w 1894 roku w Przemyślu w zamożnej rodzinie żydowskiej. W 1907 roku przeniosła się do Wiednia, gdzie stała się ważną postacią ruchu psychoanalitycznego: jedną z pierwszych kobiet członkiń Wiedeńskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego, analizantką i bliską współpracownicą Freuda, założycielką wiedeńskiego Instytutu Szkoleniowego (Roazen, 1985; Żyndul, 2017). Do Stanów Zjednoczonych wyjechała w 1935 roku, gdzie związała swoją działalność z Bostońskim Towarzystwem Psychoanalitycznym. W Polsce nigdy nie pracowała i nie opublikowała żadnej pracy po polsku.

Na początku artykułu Deutsch (1942, s. 302) tłumaczy wybór nazwy dla typu pacjentów, których opisała:

Jedyny powód dla użycia tak nieoryginalnej etykiety [...] jest taki, że każda próba zrozumienia sposobu odczuwania i życia tego rodzaju pacjentów wymusza na obserwatorze nieuniknione wrażenie, że cała relacja takiej osoby do życia ma w sobie coś z braku autentyczności, a jednocześnie na zewnątrz wygląda „jak-gdyby” niczego jej nie brakowało.

Według Deutsch jedną z charakterystycznych cech osobowości „jak-gdyby” jest pasywność i brak własnych dążeń, pragnień, celów, przekonań, czy ideałów, więc tym, co pozwala takiej osobie funkcjonować w świecie, jest mechanizm identyfikacji, dzięki któremu przyjmuje czyjaś osobowość jako swoją: „Identyfikacja z tym, co czują i myślą inni, jest wyrazem pasywnej plastyczności i sprawia, że osoba taka jest zdolna do największej wierności, a zarazem najzwyczajszej perfidii. Jakikolwiek obiekt nada się jako pomost dla identyfikacji [...]” (Deutsch, 1942, s. 310). Głównym problemem tych jednostek jest niezdolność do integracji pofragmentowanych identyfikacji w spójną,

zintegrowaną osobowość: “Wspólne dla wszystkich przypadków jest głębokie zaburzenie procesu sublimacji, które skutkuje porażką integracji wielu niedojrzałych identyfikacji w jedną, zintegrowaną osobowość, jak i nieudaną, jednostronną, czysto intelektualną sublimacją dążeń popędowych [...]” (Deutsch, 1942, s. 316). Czynnikiem etiologicznym osobowości “jak-gdyby” są, według Deutsch (1942, s. 316): „[...] dewaluacja obiektu służącego jako model dla rozwoju dziecięcej osobowości [...]”, „[...] niewystarczająca stymulacja dla sublimacji emocji jako rezultat otrzymania zbyt małej lub zbyt dużej porcji czułości” – to ostatecznie może prowadzić również do „[...] porażki w ekonomii kształtowania się mechanizmów obronnych skutkującej niebywałą pasywnością ego”

W kwestii klasyfikacji *as-if personality* i jej związków ze schizofrenią Deutsch (1942, s. 320) pisze następująco:

Czy zaburzenia emocjonalne opisane tutaj implikują „schizofreniczną dyspozycję”, czy też rudymenarne symptomy schizofrenii, nie jest dla mnie jasne. Pacjenci ci reprezentują pewne warianty w serii zaburzonych osobowości. Nie należą do zwyczajowo akceptowanych form nerwicy, a są zbyt dobrze przystosowani do rzeczywistości, by nazwać ich psychotykami.

Zatem dylemat, czy osobowości jak-gdyby bliżej do problematyki neurotycznej czy psychotycznej, Helena Deutsch pozostawiła nierozstrzygnięty.

2.3. Kategoria *borderline* w psychopatologii amerykańskiej po II Wojnie Światowej (1946-1989): od pogranicza nerwicy i psychozy do zaburzenia osobowości

Jedną z konsekwencji II Wojny Światowej była kapitulacja Europy jako intelektualnego centrum na rzecz Stanów Zjednoczonych. Od tej pory to europejscy psychologowie i psychiatrzy (oczywiście ci mieszkający na zachód od muru berlińskiego) mieli śledzić poczynania i naśladować amerykańskich kolegów, którzy nie musieli już, jak psychiatryczna elita na przełomie XIX i XX wieku, wyjeżdżać na staże do Niemiec, Szwajcarii, Francji czy Austrii.

Na lata czterdzieste i pięćdziesiąte przypada dominacja psychoanalizy w psychiatrii amerykańskiej, a konkretnie nurtu w jej obrębie zwanego psychologią ego (Mitchell i Black, 1996; Noll, 2011; Schwartz, 2003). Psychologia ego, opierająca się na tekście Sigmunda Freuda (1961/1923) wprowadzającym pojęcie ego, czyli *The Ego and the Id* z 1923 roku i pracy Anny Freud (2007/1936) *Ego i mechanizmy obronne*, miała

ambicje, by stać się opartą na założeniach psychoanalizy psychologią ogólną, obejmującą nie tylko nieświadome, ale także świadome właściwości psychiki (Schwartz, 2003; Wallerstein, 2002). Centrum psychologii ego był Nowy Jork i *New York Psychoanalytic Institute*, a najważniejszymi jej propagatorami emigranci z Europy: Heinz Hartmann, Ernst Kris, Rudolf Loewenstein, Edith Jacobson, Kurt Eissler, Ruth Eissler, René Spitz, Margaret Mahler, Annie Reich (Wallerstein, 2002). Mimo dominacji psychologii ego amerykańska psychoanaliza była podzielona – w Waszyngtonie rozwijała się neo-psychoanaliza interpersonalna reprezentowana przez Harry'ego Stacka Sullivana, Karen Horney czy Ericha Fromma.

W 1947 roku córka Melanie Klein, od 1945 roku pracująca w Nowym Jorku psychoanalizycka Melitta Schmideberg, opublikowała artykuł *The Treatment of Psychopaths and Borderline Patients*. Zawiera on opis pracy psychoterapeutycznej autorki z pacjentami, którzy „[...] nie cierpią ani na klasyczną nerwicę, ani definitywną psychozę [...]. Większość z nich pewnie zdiagnozowano by jako <<psychopatów>> lub <<borderline cases>>. Osobiście zwykłam myśleć, że większość z nich to przypadki wczesnej schizofrenii (*early schizophrenia*) albo przypadki około-schizofreniczne (*near-schizophrenia*)” (Schmideberg, 1947, s. 45). Takich pacjentów opisywała następująco:

[...] są niezdolni do zniesienia rutyny i regularności. Łamią każdą zasadę; oczywiście regularnie nie pojawiają się na sesjach, są spóźnieni, a kiedy się pojawiają, bywa, że nie zapłacą za sesję. Nie produkują swobodnych skojarzeń, a często w ogóle nie mówią nic. Nie chcą leżeć na kozetce. Często przychodzą na analizę tylko pod wpływem namowy lub presji, a nawet jeśli przychodzą z własnej woli, ich wgląd jest nietrwały i nie pomaga im w trudnościach. Nawet kiedy próbują współpracować, nie potrafią podtrzymać zaangażowania. W ich życiu zawsze coś „się dzieje”, zwykle niespodziewanie, jakby zupełnie zniemacka (Schmideberg, 1947, s. 46).

W 1949 psychiatrzy Paul Hoch i Phillip Polatin zaproponowali, by obrazy kliniczne z pogranicza między nerwicą a psychozą nazywać pseudoneurotycznymi formami schizofrenii (*pseudoneurotic forms of schizophrenia*). Na początku artykułu *Pseudoneurotic forms of schizophrenia* autorzy streszczają współczesne im problemy diagnostyczne związane z pewną grupą pacjentów, którzy prezentują pewną specyficzną symptomatologię, w związku z czym często są diagnozowani jako psychonerwicy, czasem jako „borderline cases”, a czasem wiąże się ich z psychopatologią schizofrenii (Hoch i Polatin, 1949, s. 248). Hoch i Polatin, jak nazwa proponowanej przez nich

kategorii wskazuje, podkreślają, że problematyczni pacjenci należą do grupy schizofrenii, objawiającej się często symptomatologią charakterystyczną dla nerwic. Tak więc, jak piszą, “[...] przeprowadzając diagnozę pseudoneurotycznej formy schizofrenii konieczne jest wykazanie obecności podstawowych mechanizmów schizofrenicznych [...]”, które to mechanizmy „[...] różnią się jakościowo i ilościowo od mechanizmów charakterystycznych dla prawdziwych psychoneurwicz” (Hoch i Polatin, 1949, s. 249). Symptomami, których powinien poszukiwać klinicysta, by mógł stwierdzić schizofrenię pseudoneurotyczną, są zdaniem Hocha i Polatina (1949, s. 250-251):

- 1) Autystyczne i dereistyczne podejście do życia: “[...] obecne w subtelny sposób we wszystkich takich przypadkach [...]”, jednocześnie „[w]ycofanie z rzeczywistości jest zwykle dużo bardziej całościowe niż w nerwicach [...]” (s. 250).
- 2) Ambiwalencja: “Ambiwalencja nie jest ograniczona do jednego punktu, ale rozsiana i obejmuje cele pacjenta, przystosowanie społeczne i seksualne. Z punktu widzenia ilościowego ambiwalencja w tym rodzaju schizofrenii jest nie tyle ambiwalencją, co poliwalencją. Obecne są nie tylko dwa sprzeczne impulsy, ale wiele [...]” (s. 250).
- 3) Zachowania afektywne: “Zachowanie afektywne tych pacjentów jest podobne do tego, które obserwuje się w pełnoobjawowych przypadkach schizofrenii, chociaż znacznie mniej widoczne i dlatego często pomijane [...]. Wielu z tych pacjentów wykazuje zimne, kontrolowane i jednocześnie nadwrażliwe reakcje na sytuacje emocjonalne [...]” (s. 251).
- 4) Lęk: “Z diagnostycznego punktu widzenia najważniejszym symptomem jest to, co nazywane jest wszech-lękiem (*pan-anxiety*) i wszech-nerwicą (*pan-neurosis*)” (s. 250).
- 5) Zaburzenia myślenia: “Skrajne zaburzenia myślenia [...] nie występują u tych pacjentów; ale kondensacje i przemieszczenia są obecne w niektórych przypadkach [...]. Znacznie bardziej widoczna jest obecność myślenia katatymicznego, czyli omnipotencja emanująca od pacjenta lub odczuwanie <<omnipotentnej postawy>> otoczenia wobec pacjenta” (s. 251).

W 1952 roku Donald B. Douglas, psychiatra z Nowego Jorku, w artykule *The Management of Borderline Schizophrenia* pisał na temat kategorii *borderline*: “Typowym

problemem lekarzy jest rozdźwięk pomiędzy sformalizowaną doktryną a potrzebami klinicznymi. Widać to na przykładzie jednego z najczęstszych problemów psychiatrii: dużej grupy pacjentów nazywanych <<*borderline psychotic*>>, <<*latent schizophrenic*>>, <<*psychopathic*>>, <<*character disorder*>>, <<*hypochondriac*>>, <<*schizoid*>> lub jeszcze inaczej”. Zdaniem Douglasa, podobnie jak Hocha i Polatina czy Melitty Schmideberg, pacjenci *borderline* są w dużym stopniu pokrewni pacjentom z diagnozą schizofrenii, jednak, jak pisał: “[...] nie mówimy tutaj po prostu o wczesnych lub prodromalnych postaciach schizofrenii. Ta ostatnia jest często maskowana przez nieobecność objawów wtórnych, objawiając się tylko autyzmem, ambiwalencją i zaburzeniami skojarzeniowymi [...]. Pacjent *borderline* jednakże prezentuje często ewidentną i mylącą neurotyczną maskę” (Douglas, 1952, s. 245).

W roku 1952 Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne opublikowało pierwszą edycję *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*, czyli DSM-I (APA, 1952). Ze wstępu dowiedzieć się można wiele na temat kontekstu publikacji tej klasyfikacji. Po pierwsze potrzebę rewizji i uzupełnienia wcześniejszej klasyfikacji *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* uświadomiła II Wojna Światowa: “Psychiatry wojskowi [...] i psychiatry z Administracji Weteranów odczuli, że muszą działać w ramach ograniczonej nomenklatury, która nie pasuje do 90% przypadków, z którymi się spotykali” (APA, 1952, s. vi). Braki w nomenklaturze były szczególnie odczuwalne w sferze zaburzeń osobowości i zaburzeń związanych z traumatycznym stresem. W związku z tym “[r]elatywnie niewielkie trudności osobowościowe, które okazywały się istotne w kontekście wojskowym musiały być klasyfikowane jako <<osobowości psychopatyczne>>”, a na dodatek “[...] nie istniała możliwość diagnozowania psychologicznych reakcji na stres wojenny [...]” (APA, 1952, s. vii). Klasyfikacja została opracowana przy ścisłej współpracy Armii oraz Administracji Weteranów. DSM-I składa się z następujących grup zaburzeń (APA, 1952):

- 1) Zaburzenia spowodowane lub związane z upośledzeniem funkcji tkanki mózgowej (*Disorders caused by or associated with impairment of brain tissue function*).
- 2) Przewlekłe zaburzenia mózgu (*Chronic brain disorders*).
- 3) Upośledzenie umysłowe (*Mental deficiency*).

- 4) Zaburzenia o podłożu psychogennym lub bez wyraźnie określonej przyczyny fizycznej lub zmiany strukturalnej mózgu (*Disorders of psychogenic origin or without clearly defined physical cause or structural change in the brain*).
- 5) Zaburzenia psychofizjologiczne autonomiczne i trzewne (*Psychophysiological autonomic and visceral disorders*).
- 6) Zaburzenia psychonerwicowe (*Psychoneurotic disorders*).
- 7) Zaburzenia osobowości (*Personality disorders*).
- 8) Przejściowe sytuacyjne zaburzenia osobowości (*Transient situational personality disorders*).

Zaburzenia psychotyczne (*psychotic disorders*), zawierające między innymi takie podgrupy jak reakcje afektywne (*affective reactions*), reakcje maniakalno-depresyjne (*manic depressive reactions*), reakcje schizofreniczne (*schizophrenic reactions*), reakcje paranoidalne (*paranoid reactions*), przyporządkowano do grupy “Zaburzenia o podłożu psychogennym lub bez wyraźnie określonej przyczyny fizycznej lub zmiany strukturalnej mózgu” i zdefiniowano następująco: “Zaburzenia te charakteryzują się różnym stopniem dezintegracji osobowości i nieumiejętnością testowania i właściwej oceny zewnętrznej rzeczywistości w różnych sferach” (APA, 1952, s. 24). Grupa zaburzeń psychonerwicowych (*psychoneurotic disorders*), zawierająca takie kategorie jak reakcja lękowa (*anxiety reaction*), reakcja dysocjacyjna (*dissociative reaction*), reakcja konwersyjna (*conversion reaction*), reakcja fobiczna (*phobic reaction*), reakcja obsesyjno-kompulsywna (*obsessive compulsive reaction*), reakcja depresyjna (*depressive reaction*), miała odnosić się do zaburzeń, których “[p]odstawową charakterystyką jest <<lęk>>, który może być bezpośrednio odczuwany i wyrażany lub nieświadomie i automatycznie kontrolowany przez wykorzystanie różnych psychologicznych mechanizmów obronnych [...]” (APA, 1952, s. 31). Zaburzenia osobowości (*personality disorders*) zdefiniowano jako „[...] zaburzenia charakteryzujące się defektami rozwojowymi lub patologicznymi tendencjami w strukturze osobowości z minimalną dozą subiektywnie przeżywanego lęku i niewielkim poczuciem dystresu. Częściej zaburzenie manifestuje się jako towarzyszący przez całe życie wzorec zachowania, niż w formie psychicznych lub emocjonalnych symptomów” (APA, 1952, s. 34). Zaburzenia osobowości podzielono na trzy grupy: 1) zaburzenie wzorca osobowości (*personality pattern disturbance*); 2) zaburzenie cech osobowości (*personality trait disturbance*); 3) socjopatyczne zaburzenia osobowości (*sociopathic personality disturbances*). Dodano

także dodatkową grupę „dla diagnostycznej elastyczności” (APA, 1952, s. 34): wyjątkowe reakcje symptomatyczne (*special symptom reactions*). Autorzy klasyfikacji proponują następujące rozróżnienie między grupami: “Zaburzenia wzorca osobowości są rozumiane jako zaburzenia głęboko zakorzenione, z niewielkim polem do dalszej regresji. Zaburzenia cech osobowości oraz socjopatyczne zaburzenia osobowości pod wpływem stresu mogą podlegać regresji w kierunku niższego poziomu organizacji osobowości i funkcjonować bez rozwoju psychozy” (APA, 1952, s. 34-35). Rozróżnienie jest mgliste, jak się jednak wydaje zaburzenia wzorca osobowości miały być rozumiane jako zaburzenia głębsze, z większym ryzykiem rozwinięcia psychozy. Do grupy zaburzeń wzorca osobowości zaliczono takie kategorie jak: osobowość nieodpowiednia (*inadequate personality*), osobowość schizoidalna (*schizoid personality*), osobowość cyklotymiczna (*cyclothymic personality*) oraz osobowość paranoidalna (*paranoid personality*). Do grupy zaburzeń cech osobowości zaliczono: osobowość niestabilną emocjonalnie (*emotionally unstable personality*)¹⁸, osobowość bierno-agresywną (*passive-aggressive personality*), osobowość kompulsywną (*compulsive personality*), oraz inne zaburzenia cech osobowości (*other personality trait disturbances*). Do grupy socjopatycznych zaburzeń osobowości zaliczono: reakcję antisocjalną (*antisocial reaction*), reakcję dysocjalną (*dissocial reaction*), dewiacje seksualne (*sexual deviations*) oraz uzależnienia (*addictions*).

W szeroko cytowanym i wpływowym tekście i zatytułowanym *Borderline states* kolejny psychoanalityk, tym razem jednak nie nowojorski, Robert Knight (1953, s. 203) pisał:

Termin „borderline state” nie doczekał się oficjalnego statusu w nomenklaturze psychiatrycznej i nie mówi nam niczego poza tym, że pacjent jest bardzo zaburzony, ale nie jawnie psychotyczny. W kilku podręcznikach psychiatrii, w których termin ten w ogóle występuje w indeksie, jest używany w odniesieniu do przypadków, w których trudno rozstrzygnąć, czy diagnozowany pacjent jest neurotyczny czy psychotyczny, ponieważ obecne są zarówno objawy neurotyczne, jak i psychotyczne. Niechęć do postawienia diagnozy psychozy w takich przypadkach opiera się zwykle na klinicznej ocenie, że pacjenci ci nie „zerwali jeszcze z rzeczywistością”; z drugiej strony psychiatra

¹⁸ W opisie kategorii pojawia się informacja, że „termin ten jest synonimem wcześniej stosowanego terminu <<osobowość psychopatyczna z niestabilnością emocjonalną (*psychopathic personality with emotional instability*)>>” (APA, 1952, s. 36).

uważa, że głęboki stopień niedostosowania i obecność poważnych objawów klinicznych uniemożliwiają diagnozę psychonerwicy. Tak więc określenie „*borderline state*”, gdy jest stosowane jako diagnoza, więcej mówi o niepewności i niezdecydowaniu psychiatry niż o stanie pacjenta (Knight, 1953, s. 203).

Ambicją Knight'a nie było, jak sam przyznał, “[...] by bronić terminu <<*borderline state*>> jako diagnozy [...]” ale “[...] dyskusja warunków klinicznych zwykle kojarzonych z tym terminem, zwłaszcza zwrócenie uwagi na diagnostyczne, psychopatologiczne i terapeutyczne problemy związane z tymi stanami” (Knight, 1953, s. 204).

W roku 1953 Gustaw Bychowski, psychiatra i psychoanalityk, opublikował artykuł zatytułowany *The Problem of Latent Psychosis*. Bychowski urodził się w 1895 roku w rodzinie żydowskiej w Warszawie. Ukończył studia medyczne w 1919 roku w klinice Burghölzli kierowanej przez Eugena Bleulera. Następnie spędził 4 lata w Wiedniu, gdzie był analizantem Sigfrieda Bernfelda i uczestniczył w spotkaniach w domu Sigmunda Freuda. W 1923 roku przeprowadził się do Berlina, aby pracować w Poliklinice Karla Abrahama, ale ten plan się nie powiódł, dlatego w tym samym roku wrócił do Warszawy. Pracował najpierw w Szpitalu Starozakonnych na Czystem, a od 1933 roku w Klinice Psychiatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego. Wyemigrował do Nowego Jorku w 1939 roku (Kobylińska-Dehe, 2017).

Bychowski (1953) dyskusję na temat tego, co nazwał psychozą latentną, rozpoczął od odwołania się do Eugena Bleulera i jego kategorii schizofrenii latentnej. Pisał tak: „Porównanie tych wczesnych koncepcji z naszymi obecnymi ideami pokazuje linię rozwoju opartą na coraz szerszym wykorzystaniu narzędzi psychoanalitycznych. Mowa zwłaszcza o postępie wiedzy o ego i rozwoju takich koncepcji jak siła ego czy słabość ego [...]” (Bychowski, 1953, s. 484). Przedstawił następujący opis kilku możliwych rodzajów/grup symptomów psychozy latentnej (Bychowski, 1953, s. 485):

- (a) Problemy nerwicy charakteru, które, w niekorzystnych warunkach, mogą prowadzić do wybuchu psychozy;
- (b) Symptomatologia nerwicowa o takim jak wyżej skutku;
- (c) Dewiacyjne zachowanie, na przykład, przestępczość, perwersje, uzależnienia;
- (d) Psychoza zatrzymana w rozwoju, prezentująca się jak psychopatia i, jak w poprzednich grupach, grożąca ujawnieniem swojej prawdziwej natury [...];

(e) Psychoza sprowokowana terapeutycznym lub dydaktycznym zastosowaniem psychoanalizy.¹⁹

Zastrzegając jednocześnie, że “[...] wszystkie te grupy w dużym stopniu się pokrywają, dlatego nie da się rygorystycznie ich od siebie oddzielić” (Bychowski, 1953, s. 485). Do właściwości słabego ego (*weak ego*) charakterystycznego dla przypadków psychozy latentnej Bychowski (1953) zaliczał: dominację procesu pierwotnego nad wtórnym, skłonność do regresji, słabo rozwiniętą zdolność tolerowania frustracji, narcystyczną hiperkateksję ego, skłonność do wybuchów prymitywnej agresji, słabo rozwinięte granice ego. Właściwością struktury *borderline*, według Bychowskiego, było również to, że wspomniane prymitywne stany ego (*ego states*) „[...] współistnieją z dojrzałym, wyżej funkcjonującym i zorganizowanym ego” (Bychowski, 1953, s. 486). Diagnozę psychoanalityczną polecał uzupełniać testami psychologicznymi, mając na myśli głównie test Rorschacha i inne techniki projekcyjne, jak test rysunkowy Karen Machover, ale również test inteligencji Wechsler-Bellevue.

O właściwościach przeniesienia i elementach psychoterapii tych pacjentów Bychowski (1953, s. 501) pisał następująco:

Może przedstawiać się w formie infantylnego przylegania i przeważnie oralnej zależności z odpowiadającej jej prymitywną identyfikacją albo negatywnie w formie obronnej wrogości prowadzącej do destrukcyjnej wściekłości. Jeśli jednak reszta ego pozostaje na bardziej dorosłym poziomie, takie reakcje są przejściowe i mogą być zastępowane dojrzałymi formami przeniesienia.

Dysocjacja pomiędzy różnymi formami ustosunkowania się do analityka jako tymczasowego obiektu miłości-nienawiści może być aż tak wyrazista, że prowadzi do prawdziwego rozszczepienia w relacji z obiektem. W ten sposób, w przeniesieniu, ego powtarza rozłam spowodowane przez archaiczne ego, które w swojej głębokiej ambiwalencji było rozszczepiło obrazy rodzicielskie na złe i dobre obiekty. Ma to wielką wartość terapeutyczną, by przepracować tę szczególną sytuację i przedstawić ją pacjentowi jasno i zrozumiale.

Powyższy fragment wydaje się antycypować sposób pracy z przeniesieniem pacjentów *borderline* zaproponowany później przez Otto Kernberga, z czasem

¹⁹ Zagadnieniu potencjalnie szkodliwego wpływu psychoanalizy w przypadkach psychozy latentnej Bychowski (1966) poświęcił później osobny artykuł *Psychosis Precipitated by Psychoanalysis*.

ustrukturyzowany i nazwany Terapią Skoncentrowaną na Przeniesieniu (*Transference Focused Psychotherapy*).

W latach 1954 i 1955 kategoria *borderline* była szeroko dyskutowana podczas dwóch kolejnych corocznych zjazdów Amerykańskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego (Rangell, 1955; Robbins, 1956). Leo Rangell (1955, s. 285) raportuje na początku swojego sprawozdania z panelu poświęconego *borderline* ze zjazdu w St. Louis w 1954 roku, że “panel ten, zorganizowany w celu dyskusji charakterystyk i problemów związanych z *borderline case*, przekształcił się, przynajmniej w pierwszej połowie, w dyskusję na temat tego, czy <<*borderline states*>> w ogóle istnieją”. W trakcie porannego panelu zabrali głos między innymi: Gregory Zilboorg, Ralph Greenson (przewodniczący sesji), Elizabeth R. Zetzel, Jan Frank i Leo Rangell. Zilboorg zwracał uwagę na umowną naturę konstruktów, jakimi są psychiatryczne kategorie nozologiczne. Stwierdzał, że “tak zwany *borderline state* to zupełnie niewłaściwa nazwa, jak uważał również Knight, pisząc ją w cudzysłowie”, a “problem polega na tym, że automatycznie myślimy w starych hipokratejskich lub kraepelinowskich kategoriach, szukając specyficznych neurotycznych lub psychotycznych mechanizmów rzekomo denotujących specyficzne obrazy kliniczne, a nigdy nie kwestionujemy zasadności psychiatrycznej nozologii” (Rangell, 1955, s. 285). Uznając zasługi psychoanalizy, która jego zdaniem wychodziła poza skostniałe struktury psychiatrycznej nozologii, krytykował przywiązanie psychiatrii do statycznych kategorii klinicznych. Ostatecznie Zilboorg “[...] stwierdził, że nie wierzy w istnienie czegoś takiego jak *borderline case*, a gdyby chciał być koniecznym i klasyfikującym, wszystkie przypadki byłyby *borderline*”, ponieważ “każdy przypadek jest w stanie płynnym, wyrusza z jednego punktu i rozwija się w kierunku innego” (Rangell, 1955, s. 287). Ralph Greenson stwierdził, że problemy klasyfikacyjne związane z kategorią *borderline* są konsekwencją trzech faktów: „(1) próbujemy klasyfikować coś, co rozumiemy bardzo słabo; (2) używamy terminu <<*borderline*>> na określenie tranzycji, zwykle między nerwicą i psychozą; (3) używamy tego terminu, określając względnie stabilny obraz kliniczny, gdzie razem występują wskaźniki psychozy, nerwicy, a nawet zdrowe funkcje ego” (Rangell, 1955, s. 288). Zdaniem Elizabeth R. Zetzel termin „*borderline state*” jest niezadowolający z dwóch powodów: “Po pierwsze [...] nie istnieje ostra linia podziału, więc może termin <<*border area*>> byłby bardziej właściwy [...]. Po drugie [...] istnieje tendencja, by używać tej kategorii jako worka na śmieci, by uniknąć konieczności skomplikowanej diagnozy pomiędzy subtelnymi stanami psychotycznymi” (Rangell,

1955, s. 289). Zetzel zaproponowała rozróżnienie pomiędzy „*borderline state*” i „*borderline personality*”. Pierwszy termin miałyby denotować “[...] jawny stan kliniczny, ostry lub chroniczny, który stwarza wyzwanie terapeutyczne już od początku” (Rangell, 1955, s. 289), a drugi dotyczyć “[...] pacjentów z niewielką ilością lub nawet brakiem bezpośrednio upośledzających funkcjonowanie symptomów, ale gdzie konieczna jest wnikliwa ocena trudności, które mogą pojawić się w trakcie psychoanalizy” (Rangell, 1955, s. 290). Jan Frank w próbach konceptualizacji *borderline states* widział odbicie procesów społecznych objawiających się „[...] we wzroście nasilenia przestępczości, śmierci na drogach [...]” oraz „[...] wielkim wzroście częstości występowania acting-out’ów i zachowań alloplastycznych”, co razem wzięte nazwał “schizofrenizacją rodzaju ludzkiego” (Rangell, 1955, s. 290). Kolejny dyskutant, Leo Rangell, “[...] wyraził przekonanie, że istnieje coś takiego, jak *borderline state*, nie koniecznie w cudzysłowie” argumentując, że “jeśli istnieje nerwica i psychoza i <<normalność>>, to istnieją także granice pomiędzy tymi stanami – jednakże z pewnością nie są to linie, a raczej *borderlands*” (Rangell, 1955, s. 291).

Na zjeździe w 1955 roku, który odbył się w Nowym Jorku, głos w sprawie kategorii *borderline* zabrali w swoich odczytach Leo Rangell, Melitta Schmeidler i Gustaw Bychowski, a w dyskusję z nimi weszli Robert Knight, Samuel D. Lipton, Otto Fleischman, Jan Frank i Lewis Robbins (Robbins, 1956). Rangell zaprezentował historię rozwoju kategorii *borderline* w obrębie psychoanalizy, Schmeidler podzieliła się wskazówkami odnośnie terapeutycznej postawy w pracy z pacjentami *borderline*, a Gustaw Bychowski przedstawił swoje rozumienie kategorii schizofrenii latentnej.

W roku 1956 Irving Kaufman zaproponował, by kategorię *borderline* rozumieć jako rodzaj struktury osobowości – swój artykuł zatytułował *Some considerations of the “borderline” personality structure and the psychodynamics of the therapeutic proces*. Kaufman (1956, s. 7) wyliczył następujące symptomy charakterystyczne dla “Grupy klinetów *borderline* [...]”: 1) jawne depresje; 2) nieumiejętność radzenia sobie w codziennym życiu; 3) zachowania acting-out, przestępczość, alkoholizm, uzależnienia od narkotyków; 4) reakcje psychosomatyczne [...]; 5) reakcje bliskie psychotycznym, ale niewymagające hospitalizacji, np. schizoidalne, paranoidalne lub hipomaniakalne”. Natomiast „struktura osobowości” przez Kaufmana (1956, s. 9) była rozumiana jako charakterystyczna „organizacja ego” (*ego organization*) obejmująca: poważne zaburzenia testowania rzeczywistości; zaburzenia związane z nasiloną omnipotencją lub podporządkowaniem; problemy z regulacją popędów agresywnych.

Tendencja do rozumienia kategorii *borderline* jako szczególnej struktury osobowości nasiliła się w latach sześćdziesiątych, a zaświadczać o tym artykuły *Psychotic Character* John'a Frosch'a (1964) i wpływowy *Borderline Personality Organization* Otto Kernberga (1967), a także książka *The Borderline Syndrome* Grinkera, Werble i Drye (1968).

Frosch (1964) na początku artykułu przystąpił do krytyki praktyki mnożenia kategorii dotyczących przypadków pogranicznych przez amerykańskich psychiatrów, które to kategorie, jego zdaniem, „są klinicznymi wariacjami w zasadzie jednorodnego syndromu” (Frosch, 1964, s. 82). Jako antidotum zaproponował kolejne pojęcie – psychotycznego charakteru – które, jak twierdził, nie miało na celu „[...] jedynie dodania kolejnego terminu do wystarczająco już przeładowanej nomenklatury nozologicznej” (Frosch, 1964, s. 82), ale pomóc zredukować użycie innych kategorii i zastąpić je kategorią psychotycznego charakteru. Frosch zwracał uwagę, że zaburzenia te opisywane były w kontekście funkcjonowania ego i jego stosunku do rzeczywistości, relacji z obiektem i innych struktur psychicznych. Jego zdaniem różnice w tych obszarach pomiędzy psychotycznym charakterem a psychozą są następujące: 1) „[...] zdolność do testowania rzeczywistości, jakkolwiek często osłabiona i wykazująca prymitywizm, jest stosunkowo zachowana”; 2) „natura relacji z obiektem psychotycznego charakteru, jakkolwiek skłonna czasem do prymitywizacji i okazjonalnej regresji do archaicznych, bezobiektałnych poziomów, jest na relatywnie wyższym poziomie rozwoju [...]. Osoby te są zdolne do relacji z obiektem, jednak na infantylnym poziomie” (Frosch, 1964, s. 95). Na koniec Frosch zastrzegł, że kategoria psychotycznego charakteru nie ma denotować wczesnej fazy rozwoju psychozy: “Ważne jest, by podkreślić, że mamy tutaj do czynienia z identyfikowalnymi cechami, które są integralną częścią struktury charakteru tych jednostek, a nie z fazą wstępną lub remisją psychozy” (*ibidem*).

Otto Kernberg (1967) w pracy *Borderline Personality Organization* postawił sobie za cel “[...] systematyczny opis symptomatycznych, strukturalnych oraz genetyczno-dynamicznych aspektów tak zwanych <<*borderline*>> *personality disorders*” (s. 641). Kernberg wychodzi od spostrzeżenia, że grupa pacjentów identyfikowanych jako *borderline* charakteryzuje się spójną i charakterystyczną strukturą ego, która różni się z jednej strony od nerwic i mniej poważnych zaburzeń charakteru, a z drugiej od psychoz. Zauważył, że jakkolwiek z tego właśnie powodu „[...] ci pacjenci postrzegani są jako mieszczący się w obszarze *borderline* pomiędzy nerwicą a psychozą” (Kernberg, 1967, s. 641) to jednak pamiętać należy, że właśnie

dlatego zdecydował się użyć terminu „*borderline personality organization*”, a nie innych będących w użyciu kategorii, ponieważ „[...] bardziej precyzyjnie opisuje tych pacjentów, którzy charakteryzują się specyficzną, stabilną, patologiczną organizacją osobowości; ich osobowość nie jest przejściowym stanem fluktuującym pomiędzy nerwicą a psychozą” (s. 642). Pojęciowe zamieszanie wokół kategorii *borderline* zdaniem Kernberga (1967, s. 643) było spowodowane „[...] faktem, że termin <<*borderline*>> używany był w odniesieniu do zarówno ostrych, przejściowych manifestacji pacjentów nagle przechodzących od symptomatologii neurotycznej do jawnie psychotycznej reakcji, a także pacjentów funkcjonujących w stabilny sposób na poziomie *borderline* pomiędzy nerwicą a psychozą”. Kernberg (1967, s. 643) oddał zasługi Bychowskiemu, który jego zdaniem “[...] opisał ważne charakterystyki strukturalne tych pacjentów, takie jak utrzymywanie się zdysocjowanych prymitywnych stanów ego oraz rozdział (*cleavage*) obrazów rodzicielskich (*parental images*) na dobre i złe obiekty” oraz Deutsch, która jego zdaniem jako pierwsza przyczyniła się do zrozumienia struktury osobowości pacjentów *borderline*. Symptomatologię organizacji osobowości *borderline*, opisaną szczegółowo na kartach artykułu, Kernberg (1967, s. 682) wyłuszczył skrótowo w podsumowaniu:

Sugeruję, że pacjentów tych łączą: (i) konstelacje symptomów, takie jak lęk uogólniony (*diffuse*), określone formy polisymptomatycznych nerwic oraz “prepsychotyczna” i “niższego poziomu” patologia charakteru; (ii) określone konstelacje obron ego, a konkretnie kombinacja niespecyficznych manifestacji słabości ego (*ego weakness*) i zwrot w kierunku procesu pierwotnego, jeśli chodzi o myślenie, a także specyficzne prymitywne mechanizmy obronne (rozszczerzenie, prymitywna idealizacja, wczesne formy projekcji, zaprzeczenie, omnipotencja); (iii) szczególnego rodzaju patologia relacji z obiektem; oraz (iv) charakterystyczne losy popędów, czyli określonego rodzaju patologiczna kondensacja pregenitalnych i genitalnych dążeń pod wpływem dominującego wpływu pregenitalnych potrzeb agresywnych.

Rok później Kernberg (1968) opublikował pierwszą pracę na temat psychoterapii pacjentów z organizacją osobowości *borderline*.

W przedmowie do książki *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Functions* Roy Grinker, Beatrice Werble i Robert Drye (1968, s. v) napisali: “Książka ta zawiera pierwsze rezultaty długotrwałego programu badawczego hospitalizowanych pacjentów *borderline*, których funkcje ego były studiowane poprzez wielokrotnie powtarzane obserwacje ich codziennych zachowań”. Badacze, opierając się

na przesłankach psychologii ego, zoperacjonalizowali pojęcia dotyczące funkcji ego, skonstruowali skale obserwacyjne i procedury kodowania, a wyniki przeanalizowali statystycznie przy pomocy analizy skupień (Grinke, Werble, Drye, 1968). Analiza pozwoliła im wyróżnić cztery podgrupy w kategorii głównej, którą nazwali syndromem *borderline* (*The Borderline Syndrome*): I Grupę stanowiły osoby najbliższe granicy z psychozą; II Grupę reprezentowały osoby przejawiające, zdaniem badaczy, najbardziej typowe procesy charakteryzujące *borderline*, czyli niestabilność w relacjach interpersonalnych widoczną w naprzemiennym zbliżaniu i oddalaniu od innych; III Grupa obejmowała pacjentów przystosowujących się do otoczenia, uległych i z problemami tożsamościowymi – autorzy zwracają uwagę na podobieństwo tej grupy do opisanej przez Helenę Deutsch postaci „jak-gdyby” („*as-if*”); IV Grupa wykazywała największe funkcjonowanie najbliższe neurotycznemu, wykazując dążenie do podporządkowanych, „przylegających” („*clingy*”) związków i rozwijających objawy depresyjne przy ich braku (Grinker, Werble, Drye, 1968). Jak widać, mimo tego, że poszukiwali zestawu funkcji ego charakteryzującego funkcjonowanie pacjentów określanych jako *borderline*, kategorię tę rozumieli jako syndrom, czyli zespół objawów, a nie strukturę osobowości, jak choćby Otto Kernberg. Jak twierdzili, jednym z głównych celów badania była odpowiedź na pytanie „What is Borderline?”. Przyznają, że celu tego nie udało się im osiągnąć. Na podstawie badania nie można również według autorów wyciągnąć żadnych wniosków dotyczących etiologii „syndromu *borderline*” (Grinker, Werble, Drye, 1968).

W roku 1968 opublikowana została druga edycja klasyfikacji DSM. Wyróżniono 11 grup zaburzeń, w tym: Psychozy nie spowodowane zaburzeniami fizycznymi (*Psychoses not attributed to physical conditions*), Nerwice (*Neuroses*) oraz Zaburzenia osobowości i niektóre nie-psychotyczne zaburzenia psychiczne (*Personality disorders and certain non-psychotic mental disorders*) (APA, 1968). W grupie psychoz zrezygnowano z meyerowskiej kategorii „reakcji” i wyróżniono następujące kategorie: schizofrenia (typy: prosty, hebefreniczny, katatoniczny, paranoidalny, ostry epizod schizofreniczny, latentny, rezydualny, schizo-afektywny, dziecięcy, przewlekły niezróżnicowany), główne zaburzenia afektywne (*major affective disorders*), inaczej psychozy afektywne (*affective psychoses*; podkategorie: melancholia okresu dojrzewania, psychozy maniako-depresyjne) oraz stany paranoidalne. Do grupy nerwic zaliczono: nerwicę lękową, histeryczną, fobiczną, obsesyjno kompulsywną, depresyjną, depersonalizacyjną i hipochondryczną. Jeśli chodzi o zaburzenia osobowości, zrezygnowano z podziału na zaburzenia wzorca i cech osobowości, i zdefiniowano

tę grupę zaburzeń następująco: „[...] charakteryzuje się głęboko zakorzenionymi, dezadaptacyjnymi wzorcami zachowania, które są zauważalnie różne pod względem jakości od objawów psychotycznych i nerwicowych. Zazwyczaj są to wzorce towarzyszące całe życie, często zauważalne już w okresie dojrzewania lub wcześniej” (APA, 1968, s. 41). Do zaburzeń osobowości zaliczono: osobowość paranoidalną, cyklotymiczną, schizoidalną, eksplozywną (epilteptoidalne zaburzenie osobowości), obsesyjno-kompulsywną (anankastyczną), histeryczną (histrioniczne zaburzenie osobowości), asteniczną, antyspołeczną, bierno-agresywną oraz nieodpowiednią.

Na lata siedemdziesiąte przypada koniec hegemonii psychologii ego w amerykańskiej psychiatrii (Gifford, 2008; Wallerstein, 2002). Po pierwsze szybki rozwój psychofarmakologii oraz metod neuroobrazowania przywrócił znaczenie nurtowi psychiatrii biologicznej uśpionemu przez kilka dekad (Gach, 2008). Po drugie pojawiać się i zyskiwać na znaczeniu zaczęły alternatywne nurty psychoanalizy – głównie psychologia self Heinza Kohuta (1971, 1977) umniejszająca znaczenie konfliktu wewnętrznego i jego rozwiązania, a podkreślająca wczesny relacyjny deficyt i potrzebę jego zaspokojenia, a także teorie relacji z obiektem i podejścia interpersonalne wyrastające z waszyngtońskiej neo-psychoanalizy (Wallerstein, 2002).

W latach siedemdziesiątych badacze koncentrowali się na próbach klinicznej uniformizacji kategorii *borderline*. W rozważaniach teoretycznych, próbach operacjonalizacji kryteriów diagnostycznych i ich weryfikacji empirycznej przewodzili John Gunderson, Jean Endicott, Otto Kernberg oraz Robert Spitzer.

W 1975 roku John Gunderson i Margaret Singer opublikowali artykuł zatytułowany *Defining borderline patients: an overview*. Na początku pracy odnotowali wyraźny wzrost zainteresowania kategorią *borderline* sobie współczesnych, który poparli następującą statystyką: “Do 1955 roku ukazało się około 25 artykułów na temat pacjentów *borderline*, a liczba ta wzrosła dwukrotnie w przeciągu ostatnich tylko 10 lat” (Gunderson i Singer, 1975, s. 2). Na podstawie przeglądu literatury dotyczącej kategorii *borderline* zaproponowali sześć kryteriów pozwalających na diagnozę pacjentów *borderline* we wstępnym wywiadzie (Gunderson i Singer, 1975):

- 1) obecność intensywnego afektu, zwykle depresyjnego lub wrogiego.
- 2) historia zachowań impulsywnych.
- 3) względny stopień adaptacji społecznej.
- 4) przejściowe doświadczenia psychotyczne.

- 5) problemy z myśleniem w nieustrukturyzowanych sytuacjach.
- 6) relacje interpersonalne oscylujące pomiędzy powierzchownością a zależnością.

James Masterson i Donald Rinsley (1975) podjęli próbę nakreślenia możliwej etiologii „syndromu *borderline*”. Opierając się na pracach Margaret Mahler, doszli do wniosku, że czynnikiem etiologicznym może być wczesna (według periodyzacji Mahler mająca miejsce w subfazie powtórnego zbliżenia fazy separacji-indywiduacji, czyli między 16 a 25 miesiącem życia) relacja z matką, a dokładniej matczyzna zmienność pomiędzy libidinalną dostępnością a wycofaniem (Masterson i Rinsley, 1975). Prowadzić to ma, w opinii autorów, do rozszczepienia reprezentacji ego i reprezentacji obiektu i problemu integracji tych struktur intrapsychoicznych skutkując zaburzeniami w testowaniu rzeczywistości.

Jeszcze w tym samym roku John Gunderson, William Carpenter i John Strauss (1975) opublikowali wyniki badań porównawczych pomiędzy grupą pacjentów *borderline* i tych z diagnozą schizofrenii w artykule *Borderline and schizophrenic patients: A comparative study*. Zdaniem autorów pacjenci *borderline* różnią się od tych ze schizofrenią nieobecnością długotrwałych epizodów psychotycznych, intensywniejszymi doświadczeniami dysocjacyjnymi, silniejszym nasileniem złości i niższym poziomem lęku. Jednocześnie jednak systematyczny przegląd funkcjonowania sprzed hospitalizacji i dwuletniego okresu po hospitalizacji nie wykazał znaczących różnic pomiędzy dwoma badanymi grupami (Gunderson, Carpenter, Strauss, 1975).

W latach siedemdziesiątych Otto Kernberg (1975a, 1975b, 1976, 1978, 1979a, 1979b) kontynuował publikowanie artykułów dotyczących psychoterapii pacjentów z organizacją osobowości *borderline*. W 1977 roku w pracy *The structural diagnosis of borderline personality organization* Kernberg (1977) zaproponował tak zwane podejście psychostrukturalne do diagnozy organizacji osobowości *borderline*. Wyróżnił trzy organizacje osobowości: neurotyczną, *borderline* i psychotyczną. Jako nadrzędne charakterystyki pozwalające na diagnozę organizacji osobowości Kernberg (1977) zidentyfikował: 1) integrację *versus* dyfuzję tożsamości; 2) prymitywne *versus* dojrzałe mechanizmy obronne; 3) zdolność *versus* niezdolność do testowania rzeczywistości. Osoba o strukturze osobowości *borderline*, według Kernberga (1977), cechują się: 1) zaburzeniami tożsamości; 2) przewagą prymitywnych mechanizmów obronnych, głównie rozszczepienia (*splitting*); 3) w pewnym stopniu zachowaną zdolnością do testowania rzeczywistości, podlegającą jednak zaburzeniom.

W roku 1978 Gunderson i Kolb (1978) opublikowali wyniki empirycznego badania mającego wskazać różnice pomiędzy grupą pacjentów *borderline* a grupą pacjentów schizofrenicznych, depresyjnych pacjentów neurotycznych oraz z innymi diagnozami. Wyróżnili 7 kryteriów wyróżniających pacjentów *borderline* wśród tych z innymi diagnozami klinicznymi (Gunderson i Kolb, 1978, s. 794-795):

- 1) Niski poziom osiągnięć życiowych – mimo posiadanych możliwości.
- 2) Impulsywność – przejawiająca się głównie w formie uzależnień lub „dewiacji” seksualnych.
- 3) Manipulacyjne zachowania samobójcze – nieudane próby samobójcze lub akty samookaleczeń obliczone na uzyskanie uwagi i opieki osób znaczących.
- 4) Nasiloną intensywność afektu – głównie w postaci złości.
- 5) Łagodne doświadczenia psychotyczne – niewywołane stosowaniem substancji psychoaktywnych wyobrażenia paranoidalne, doświadczenia derealizacji lub silnej regresji.
- 6) Wysoka potrzeba socjalizacji – nie są samotnikami, bycie samotnym jest dla nich wręcz nie do zniesienia.
- 7) Zaburzenia w bliskich relacjach międzyludzkich – powodowane przez dewaluację, manipulacje, nadmierną zależność czy masochizm.

Pod koniec lat sześćdziesiątych i w latach siedemdziesiątych prowadzono również badania nad genetycznymi uwarunkowaniami schizofrenii i jej potencjalnymi powiązaniem z *borderline schizophrenia*, w paradygmatach badań adopcyjnych (*adoptive studies*), studiów rodzinnych (*family studies*) oraz badań bliźniąt (*twin studies*)²⁰. Natomiast Donald Klein (1977) badał skuteczność farmakoterapii w grupie pacjentów *borderline*. Badania adopcyjne prowadzili: Kety i in. (1968, 1971, 1975, 1976), Rosenthal i in. (1968, 1971) oraz Wender i in. (1968, 1971, 1974, 1977). Studia rodzinne przeprowadzali m.in. Lidz, Fleck, Cornelison (1975), Waring i Ricks (1965), Wynne i Singer (1963), Grinker i Werble (1977), Stone (1977), a badania bliźniąt Gottesman i Shields (1972) oraz Essen-Moller (1970). Siever i Gunderson (1979, s. 78-80), podsumowując te badania wyciągnęli z nich następujące wnioski:

²⁰ Po szczegółowy opis paradygmatów badawczych z dziedziny genetyki zachowania zob. Strelau (2014, s. 50-59).

- 1) Niektóre zaburzenia *borderline* mają istotne uwarunkowania genetyczne.
- 2) Te genetyczne uwarunkowania są w niektórych przypadkach wspólne z chronicznymi schizofrenikami.
- 3) Pacjenci *borderline* powiązani genetycznie z chronicznymi schizofrenikami mają niektóre wspólne charakterystyki kliniczne.
- 4) Pacjenci *borderline* mogą być genetycznie pokrewni innym zaburzeniom psychiatrycznym, konkretnie zaburzeniom afektywnym.
- 5) Chroniczni schizofrenicy dzielą większą pulę genetycznych predyspozycji ze sobą nawzajem niż z pacjentami *borderline*.
- 6) Jednostki nie-*borderline* (*nonborderline individuals*) również mogą dzielić genetyczne podobieństwo z chronicznymi schizofrenikami.

W roku 1978 Perry i Klerman (1978) porównali ze sobą cztery zestawy kryteriów diagnostycznych pozwalających na rozpoznanie „pacjenta *borderline*” (*the borderline patient*): zaproponowane przez Roberta Knighta, Otto Kernberga, Roya Grinkera i in. oraz Johna Gundersona i Margaret Singer. Różnorodność sposobów rozumienia kategorii *borderline* oraz proponowanych kryteriów diagnostycznych, zdaniem Perry’ego i Klermana (1978, s. 150), może mieć trzy możliwe wyjaśnienia: “Pierwszą możliwością jest to, że koncept *borderline* jest iluzją [...]”; “druga możliwość jest taka, że koncept *borderline* najlepiej zdefiniować przy pomocy wspólnych kryteriów, które pojawiają się najczęściej w wielu monografiach [...]” “wreszcie, możliwe, że istnieje pewna liczba podtypów wewnątrz grupy pacjentów *borderline*”. Perry i Klerman (1978) opowiedzieli się za trzecią możliwością – ich zdaniem przyszłe badania powinny rozwijać kierunek badawczy Grinkera i in. (1968).

W roku 1979, rok przed publikacją DSM-III, Spitzer, Endicott i Gibbon (1979) opublikowali artykuł *Crossing the Border Into Borderline Personality and Borderline Schizophrenia*, w którym na podstawie przeglądu literatury wyróżnili dwa główne znaczenia, w których kategoria *borderline* bywała stosowana: 1) jako pogranicze ze schizofrenią (*borderline schizophrenia*) lub 2) jako zaburzenie osobowości (*borderline personality*). Dodatkowo w badaniach empirycznych porównali grupę 808 pacjentów *borderline* z 808 pacjentami z innymi diagnozami psychiatrycznymi. Wyniki pozwoliły, ich zdaniem, wyróżnić w grupie pacjentów *borderline* dwie podgrupy odpowiadające podziałowi na *borderline schizophrenia* i *borderline personality*. Na podstawie tego

badania zaproponowali wyróżnienie dwóch nowych kategorii w nadchodzącej klasyfikacji DSM-III: schizotypowego zaburzenia osobowości (*schizotypal personality disorder*) oraz zaburzenia osobowości *borderline* (*borderline personality disorder*) (mimo tego, że w badaniu używali etykiety „*unstable personality*”). W badaniu wykorzystali zestaw kryteriów dla obu kategorii, które potem zaproponowali jako oficjalne kryteria diagnostyczne w DSM-III – w nieco zmienionej kolejności.

W tym samym roku ukazał się specjalny numer czasopisma *Schizophrenia Bulletin* poświęcony *The Borderline Syndrome*. Swoje opinie na temat tego, czy kategorię *borderline* można uznać za niezależną jednostkę nozologiczną i jak ją rozumieć, opublikowali w nim tacy badacze jak John Gunderson (1979), Michael Liebowitz (1979), Ronald Rieder (1979), Roy Grinker (1979), Otto Kernberg (1979c), Siever i Gunderson (1979) czy wreszcie Robert Spitzer i Jean Endicott (1979). Co warte wspomnienia, jako załączniki do swojego artykułu Spitzer i Endicott (1979) dołączyli szkic kryteriów diagnostycznych dwóch nowych kategorii, które planowano włączyć do nadchodzącej klasyfikacji DSM-III: *Borderline Personality Disorder* oraz *Schizotypal Personality Disorder*. Są to te same kryteria, których Spitzer, Endicott i Gibbon (1979) użyli w swoim badaniu, ale ułożone w innej kolejności. By postawić diagnozę schizotypowego zaburzenia osobowości, cztery z poniższych kryteriów muszą być spełnione (Spitzer i Endicott, 1979, s. 102):

- 1) Myślenie magiczne, np. przesądność, jasnowidzenie, telepatia, „szósty zmysł”, „inni potrafią wyczuwać moje uczucia”.
- 2) Idee odniesienia, myśli ksobne.
- 3) Izolacja społeczna, czyli brak bliskich przyjaciół, a kontakty społeczne ograniczone do koniecznych codziennych zadań.
- 4) Powracające iluzje, przeczucie obecności siły lub osoby, która naprawdę nie istnieje (np. „czułem jakby moja zmarła matka była ze mną w pokoju”), depersonalizacja lub derealizacja nie wywołane atakiem paniki.
- 5) Dziwaczny sposób mówienia [...] np. mowa dygresyjna, niejasna, zbyt rozbudowana, metaforyczna.
- 6) Nieadekwatny kontakt w interakcjach twarzą w twarz z powodu ograniczonego lub niewłaściwego afektu, np. obojętności, dystansu, chłodu.
- 7) Podejrzliwość i paranoidalne wyobrażenia.
- 8) Nieuzasadniony lęk społeczny lub nadwrażliwość na rzeczywistość lub wymaginowaną krytykę.

By zdiagnozować zaburzenie osobowości *borderline* przynajmniej pięć z poniższych kryteriów musi być spełnionych (Spitzer i Endicott, 1979, s. 103-104):

- 1) Impulsywność i nieprzewidywalność w przynajmniej dwóch sferach, które są potencjalnie zagrażające dla samego siebie, np. nadmierne wydawanie pieniędzy, seks, używanie alkoholu lub narkotyków, kradzieże, nadmiar jedzenia, samookaleczenia.
- 2) Niestabilne relacje z innymi przechodzące od idealizacji do dewaluacji.
- 3) Nieadekwatnie intensywny gniew i trudności w jego kontroli.
- 4) Problemy tożsamościowe objawiające się niepewnością, co do wielu kwestii związanych z tożsamością, takich jak obraz Ja, tożsamość płciowa, długoterminowe cele i decyzje dotyczące kariery, wzorce przyjaźni, wartości, lojalności [...].
- 5) Niestabilność afektywna: widoczne nagłe przejścia z normalnego nastroju do depresji, irytacji lub lęku, zwykle trwające kilka godzin, rzadko dłużej niż kilka dni, a potem następuje powrót do normalnego nastroju.
- 6) Problemy ze znośaniem samotności, gorączkowe wysiłki, by uniknąć bycia samemu.
- 7) Czyny prowadzące do samouszkodzeń, np. próby samobójcze, samookaleczenia, częste wypadki, bójk.
- 8) Przewlekłe poczucie pustki lub znudzenia.

W szkicu Spitzer i Endicott (1979) podkreślili, że dany pacjent może spełniać kryteria więcej niż jednego zaburzenia osobowości – wtedy powinno zostać postawionych kilka diagnoz.

John Gunderson (1979) w redakcyjnym wprowadzeniu do omawianego numeru *Schizophrenia Bulletin*, zatytułowanym *The Relatedness of Borderline and Schizophrenic Disorders* omówił relację kategorii *borderline* do innych kategorii psychopatologicznych. Liebowitz (1979) w artykule *Is Borderline a Distinct Entity?* przekonywał, że dostępne dane nie pozwalają jeszcze stwierdzić, czy kategorię *borderline* można za niezależną jednostkę nozologiczną, a do tego potrzebne jest więcej badań empirycznych oraz dalsza praca nad potencjalną diagnozą różnicową między *borderline* a schizofrenią oraz zaburzeniami afektywnymi. Ronald Rieder (1979) pisał o kategorii *Borderline Schizophrenia*, twierdząc, że uzasadnione jest włączenie jej, obecnej w DSM-II pod nazwą *latent schizophrenia*, do nadchodzącej klasyfikacji DSM-III. Co do propozycji włączenia do klasyfikacji schizotypowego zaburzenia osobowości Rieder (1979, s. 39) sądził, że jest to “[...] akceptowalna alternatywa dla *borderline schizophrenia*, ale ze względu na ewidentne genetyczne związki ze schizofrenią i fakt, że mamy do czynienia raczej z podatnością na epizodyczne symptomy niż cechami

osobowości, preferujemy poprzedni termin”. Akcentował więc raczej wątek podatności na psychozę niż stabilności struktury osobowości. Podkreślał również, że z badań odziedziczalności płynnie wniosek, że „[...] jest to ewidentne, że *borderline schizophrenia* jest <<rodzinna>>, a więc spełnia kryterium zasadności jednostki klinicznej” (Rieder, 1979, s. 45). Roy Grinker (1979) przekonaniom Liebowitza oraz Riedera przeciwstawił pogląd, że kategoria *borderline* jest niezależną jednostką, w dodatku znacząco różniącą się od schizofrenii. Pisał:

[...] w naszych przypadkach pacjenci *borderline* nie rozwijali w późniejszym czasie schizofrenii [...]. Nie zdradzali ruchu w kierunku schizofrenii, ale pozostawali <<społecznie niezręczni>>. A w naszych badaniach rodzin pacjentów *borderline* zidentyfikowano choroby psychiczne, ale nie rodzinne przekazywanie schizofrenii; więc nie można z tego wnioskować o genetycznym związku ze schizofrenią (Grinker, 1979, s. 51)

Otto Kernberg (1979c) również podjął dyskusję ze stanowiskami Liebowitza oraz Riedera. Pracy Liebowitza, podkreślając jednocześnie jej wartość, zarzucał wyolbrzymienie wyróżnionego przez Donalda Kleina problemu diagnozy różnicowej między *borderline* a zaburzeniem afektywnym (*affective disorder*). Z Riederem Kernberg (1979c) zdecydowanie się nie zgadzał, twierdząc, że obstawanie przy kategorii *borderline schizophrenia* wprowadza z powrotem diagnostyczny chaos tam, gdzie badacze dołożyli starań, by diagnozę różnicową pomiędzy syndromem *borderline* a schizofrenią uczynić jak najbardziej klarowną. Kernberg (1979c, s. 57) uważał, że „[w]yróżnione przez Spitzera, Endicott i Gibbon podgrupy osobowości schizotypowej i *borderline* mogą stać się znaczącym krokiem w kierunku klaryfikacji podgrup w obrębie syndromu *borderline*”. Widać więc, że Kernberg rozumiał kategorie osobowości *borderline* i osobowości schizotypowej jako podgrupy nadrzędnej kategorii syndromu *borderline*. Wnioski Kernberga (1979c, s. 57) dotyczące statusu nozologicznego kategorii *borderline* były następujące:

Podkreślam potrzebę badań różnicujących podgrupy. Jednocześnie kwestia podstawowych charakterystyk syndromu *borderline* (i jego prognostycznych i terapeutycznych implikacji) również wymaga dalszych badań. Wierzę, że połączenie podejścia Gundersona i jego grupy, podkreślających opisowe cechy charakteru, z podejściem psychostrukturalnym skoncentrowanym na integracji tożsamości,

organizacji obronnej i testowaniu rzeczywistości jako podstawowych charakterystykach *borderline* [...] jest drogą w kierunku osiągnięcia tych celów.

Siever i Gunderson (1979, s. 82), podsumowując dotychczasowe badania genetycznych determinant „*borderline conditions*”, doszli do wniosku, że „[...] nie dysponujemy wystarczającymi dowodami z badań genetycznych, by definitywnie rozwiązać kwestię zasadności i specyficzności diagnozy *borderline*”. Ich zdaniem propozycja Spitzera, Endicott i Gibbon (1979) wyróżnienia nowej kategorii schizotypowego zaburzenia osobowości jest „[...] oparta na słabym i zróżnicowanym związku genetycznym, jest uwikłana w skomplikowane trudności naukowe oraz potencjalnie poważne problemy etyczne”, toteż stwierdzają, że “[...] wyróżnienie pacjentów *borderline* genetycznie powiązanych z chronicznymi schizofrenikami w formie niezależnej jednostki jest przedwczesne” (Siever i Gunderson, 1979, s. 83). Wyrazili przekonanie, że argumenty Spitzera, Endicott i Gibbon (1979) są oparte o zbyt ubogie dane z badań o wadliwej metodologii, a także zarzucili im, że kategorie zaburzenia osobowości *borderline* oraz schizotypowego zaburzenia osobowości w dużym stopniu pokrywają się ze sobą (Siever i Gunderson, 1979). Ponadto Siever i Gunderson (1979, s. 83) zarzucili kategorii schizotypowego zaburzenia osobowości, że jest „zorientowana głównie na symptomy ze sfery poznawczej i nie opisuje zaburzenia osobowości”.

Spitzer i Endicott (1979) odpowiedzieli na zarzuty Sievera i Gundersona w artykule *Justification for Separating Schizotypal and Borderline Personality Disorders*, który ukazał się w tym samym numerze *Schizophrenia Bulletin*. Po pierwsze stwierdzili, że nigdy nie zakładali, że istnieje genetyczne powiązanie pomiędzy pacjentami z diagnozą schizotypowego zaburzenia osobowości a chronicznymi schizofrenikami (Spitzer i Endicott, 1979). Po drugie na zarzut, że kategorie zaburzenia osobowości *borderline* i schizotypowego zaburzenia osobowości pokrywają się, odpowiedzieli, że „[...] wyraźnie unikali implikacji jakoby tak zwane <<zaburzenia osobowości>> reprezentowały wzajemnie wykluczające się i niezależne kategorie diagnostyczne” (Spitzer i Endicott, 1979, s. 96). Na zarzut, że kategoria schizotypowego zaburzenia osobowości nie jest właściwie zaburzeniem osobowości, Spitzer i Endicott (1979, s. 98) przytoczyli definicję zaburzenia osobowości z przygotowywanego DSM-III: „głęboko zakorzenione, nieelastyczne, dezadaptacyjne wzorce odnoszenia się, postrzegania i myślenia o środowisku i samym sobie, które są na tyle poważne, by powodować znaczne upośledzenie funkcjonowania lub subiektywne cierpienie” oraz

stwierdzili, że "[...] nie rozumieją, dlaczego idiosynkratyczne style myślenia, postrzegania i odnoszenia się do świata przez jednostki ze schizotypowymi cechami nie konstytuują zaburzenia osobowości”.

W 1980 roku opublikowana została klasyfikacja DSM-III. Oryginalnymi członkami grupy roboczej (*task force*), która przygotowywała klasyfikację od roku 1974 byli: Robert Spitzer (psychiatra) jako przewodniczący oraz Nancy C. Andreasen (psychiatra), Theodore Millon (psycholog), Donald F. Klein (psychiatra), Henry Pinsker (psychiatra), Jean Endicott (psycholożka), George Saslow (psychiatra), Robert A. Woodruff (psychiatra) oraz Morton Kramer (biometra) (Davies, 2017; Decker, 2013). Spitzer jako przewodniczący miał otrzymać od APA wolność wyboru członków grupy roboczej (Davies, 2017, s. 3; Decker, 2013, s. 148). Ostatecznie grupa robocza liczyła 19 osób. W klasyfikacji DSM-III wprowadzono 80 nowych kategorii zaburzeń psychicznych, w tym zaburzenie osobowości *borderline* oraz schizotypowe zaburzenie osobowości. Kryteria diagnostyczne pozostały niezmienione w stosunku do tych opublikowanych w załączniku do artykułu Spitzera i Endicott (1979). Zaburzenia osobowości zostały podzielone na trzy wiązki. Schizotypowe zaburzenie osobowości razem z paranoidalnym i schizoidalnym przypisano do wiązki pierwszej mającej klasyfikować „osoby [...] <<dziwaczne>> lub ekscentryczne” (APA, 1980, s. 307). Schizotypowe zaburzenie osobowości zdefiniowano następująco: “Podstawową cechą [...] są różne przejawy dziwaczności w myśleniu, percepcji, mowie i zachowaniu, które nie są dość poważne, by spełniać kryteria schizofrenii” (APA, 1980, s. 312). Zaburzenie osobowości (ZO) *borderline* razem z narcystycznym ZO, histrionicznym ZO oraz antyspołecznym ZO tworzyły wiązkę drugą, kategoryzującą osoby, które “[...] przedstawiają się jako dramatyczne, emocjonalne lub chaotyczne” (APA, 1980, s. 307). Podstawową cechą zaburzenia osobowości *borderline* miała być „[...] niestabilność w wielu różnych sferach, między innymi zachowaniach interpersonalnych, nastroju, a także obrazie Ja” (APA, 1980, s. 321). Nowością w klasyfikacji DSM-III było również wprowadzenie diagnozy wieloosiowej, czyli pewnego rodzaju logiki diagnozy, która kazała: na Osi I oznaczać zaburzenia psychiczne (prócz zaburzeń osobowości i specyficznych zaburzeń rozwojowych); na Osi II oznaczać zaburzenia osobowości i/lub specyficzne zaburzenia rozwojowe; na Osi III opisywać zaburzenia fizyczne; na Osi IV określać nasilenie stresorów psychospołecznych; na Osi V określić najwyższy poziom adaptacyjnego funkcjonowania (jeśli to możliwe dla diagnosty) (APA, 1980, s. 8).

James Davies (2017) na podstawie eksploracji nieopublikowanych materiałów archiwalnych APA oraz wywiadów z członkami i konsultantami grupy roboczej odsłania kulisy pracy nad klasyfikacją DSM-III. Z jego badania wynika, że o wprowadzeniu nowych kategorii diagnostycznych, w tym oczywiście schizotypowego zaburzenia osobowości i zaburzenia osobowości *borderline*, decydował proces negocjacji i głosowania oraz konsensus wąskiej – wybranej przez Roberta Spitzera – grupy specjalistów, a nie ewaluacja materiału empirycznego, który mógłby świadczyć za lub przeciw przyjęciu danej kategorii jako oficjalnej etykiety diagnostycznej. Warto tutaj przytoczyć kilka wypowiedzi członków grupy roboczej na czele z Robertem Spitzerem, który w wywiadzie z Daviesem (2017, s. 6) stwierdził:

Definicje bardzo niewielu zaburzeń były rezultatem specyficznych danych z badań. Jeśli chodzi o zaburzenie osobowości *borderline*, było parę badań (*some research*) podejmujących próbę ewaluacji i proponujących różne definicje tego zaburzenia. My wybraliśmy definicję, która wydawała się nam najbardziej uzasadniona (Wywiad z autorem, 2012).

Davies (2017) sugeruje, że stwierdzenie „parę badań” („*some research*”) odnosi się głównie do kryteriów zaproponowanych przez Johna Gundersona i Margaret Singer (1975) na podstawie przeglądu literatury, wiemy jednak, że badania empiryczne dotyczące wartości kategorii klinicznej *borderline* prowadził m.in. Grinker i in. (1968), Gunderson i in. (1975) czy sam Spitzer i in. (1979). Badań takich w każdym razie, zgodnie z tym co powiedział Spitzer, nie było wiele. Więcej o procesie definiowania kategorii zaburzenia osobowości *borderline* i jej kryteriów diagnostycznych mówi Henry Pinsker (Davies, 2017, s. 7):

Po prostu dyskutowaliśmy o tym, dopóki nie byliśmy wszyscy usatysfakcjonowani, na podstawie tego, co każdy z nas z osobna wiedział i rozumiał na ten temat. Było to dość prymitywne w porównaniu do tego, jak to robi się teraz – no wiesz, czytasz o tej grupie roboczej DSM-V, która ma wszystko zorganizowane wokół danych i badań statystycznych czy genetycznych, i uzgadnianiu jednych danych z innymi. My o czymś takim nie wiedzieliśmy. Całą wiedzę czerpaliśmy z doświadczenia klinicznego i lektur. To tyle. Decyzje podejmowano w wyniku konsensusu ekspertów, co obecnie byłoby widziane jako bardzo trywialne podejście, ale to było najlepsze na co było nas stać (Wywiad z autorem, 2013).

W podobnym do Pinskera tonie mówił Donald Klein (Davies, 2017, s. 7): „Mieliśmy bardzo niewiele, jeśli chodzi o dane z badań, więc byliśmy zmuszeni polegać na konsensusie klinicznym, co, oczywiście, jest bardzo kiepskim sposobem podejmowania decyzji. Ale to było lepsze niż cokolwiek inne, czym dysponowaliśmy (Wywiad z autorem, 2012)”.

W latach osiemdziesiątych pojawiały się pierwsze prace historyczne dotyczące kategorii *borderline* (Aronson, 1985, Stone, 1986), dalsze próby odgraniczenia kategorii zaburzenia osobowości *borderline* od innych jednostek nozologicznych (Akiskal, 1981; Akiskal, Chen, Davis, Puzantian, Kashgarian, Bolinger, 1985; Andrulonis, Glueck, Stroebel, Vogel, 1982; Clarkin, Widiger, Frances, Hurt, Gilmore, 1983; Gunderson i Elliott, 1985; Liebowitz i Klein, 1981; Zanarini, Gunderson, Frankenburg, Chauncey, 1989), opracowania wywiadów klinicznych do diagnozy pacjentów *borderline* (Gunderson, Kolb, Austin, 1981; Kernberg, 1981; Kolb i Gunderson, 1980) oraz propozycje podejść psychoterapeutycznych dostosowanych do pacjentów zdiagnozowanych z zaburzeniem osobowości *borderline* (Campbell, 1982; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, Appelbaum, 1989; Linehan, 1987; Stone, 1987; Waldinger i Gunderson, 1989). Jak zauważa Davies (2017, s. 10) światowa ekspansja i globalny wpływ na obszar zdrowia psychicznego klasyfikacji DSM-III zostały ugruntowane do końca lat osiemdziesiątych, podczas gdy „główne mechanizmy, które doprowadziły do jej ustanowienia pozostawały w przeważającym stopniu nieznane zarówno profesjonalistom, jak i społeczeństwu”. I dalej za Daviesem (2017, s. 10): “W miarę upływu czasu rosła niepewność dotycząca tego, czy rzeczywiście dowody biologiczne i rzetelne badania stały za definicjami wprowadzonych zaburzeń, włącznie z zasadnością samych zaproponowanych kategorii i progami symptomów, które ludzie musieli spełnić, by otrzymać diagnozę”. Sam Spitzer w wywiadzie z Daviesem (2017, s. 11) odniósł się do tej linii krytyki nowych kategorii wprowadzonych w DSM-III następująco: „[...] to absolutnie prawda. To była rewolucja, tak naprawdę. Przeprowadziliśmy ją, ponieważ mieliśmy władzę”.

2.4. Kategoria *borderline* we współczesnej psychopatologii amerykańskiej

W 1992 roku opublikowana została klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10. Grupę „Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych” zdefiniowano jako „[...] skrajne lub istotne odchylenia od standardowych w danej kulturze sposobu odbioru,

myślenia, odczuwania, a zwłaszcza kontaktów z innymi osobami” (WHO, 1992/2008, s. 238). W klasyfikacji wyróżniono „osobowość chwiejną emocjonalnie”, która opisana jest następująco:

Cechuje się wyraźną tendencją do działań impulsywnych bez przewidywania konsekwencji tych działań. Nastroj zmienny i nie dający się przewidzieć. Występuje też skłonność do wybuchów emocjonalnych, niezdolność do kontrolowania działań impulsywnych, tendencja do zachowań zaczepnych i konfliktów z innymi, szczególnie wtedy, gdy te zachowania są potępiane lub kończą się niepowodzeniem (WHO, 1992/2008, s. 239).

Wyodrębniono dwa typy „osobowości chwiejnej emocjonalnie”:

[...] typ impulsywny, którego cechą dominującą jest niestabilność emocjonalna i brak kontroli działań impulsywnych oraz typ „borderline”, w którym dodatkowo zaburzony jest obraz samego siebie, swoich celów i preferencji, stałe uczucie pustki wewnętrznej, skłonność do wchodzenia w intensywne i nietrwałe związki z innymi oraz tendencja do działań samouszkodzających, w tym do gróźb i prób samobójczych (WHO, 1992/2008, s. 239).

W klasyfikacji ICD-10 w grupie zaburzeń osobowości nie wyróżniono schizotypowego zaburzenia osobowości – kategoria ta pojawia się w grupie „Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (F20–F29)” pod nazwą „Zaburzenia schizotypowe (F21)”.

W roku 1994 ukazała się klasyfikacja DSM-IV (APA, 1994), która nie przyniosła zmian w kategoryzacji zaburzeń osobowości w stosunku do DSM-III.

W latach dziewięćdziesiątych kategoria zaburzenia osobowości *borderline* zaczęła być coraz częściej krytykowana jako zbyt inkluzywna oraz nieprecyzyjnie zdefiniowana (Tyrrer, 1994, 1999). Nasilenie tej krytyki w XXI wieku tylko wzrosło (Tyrrer, 2002, 2009; Tyrrer, Mulder, Kim, Crawford, 2019; Zandersen, Henriksen, Parnas, 2018).

W roku 2013 opublikowana została najnowsza, aktualna dotychczas, klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V (APA, 2013). W klasyfikacji tej zarzucono ideę diagnozy wieloosiowej, a także wprowadzono alternatywę dla kategoryjnego modelu zaburzeń osobowości, czyli możliwość wykorzystania modelu dymensjonalnego, polegającego na: 1) określeniu poziomu funkcjonowania osobowości

na podstawie w funkcjonowania w sferze *Self* (w obszarach Tożsamości i Samosterowności) i sferze Interpersonalnej (w obszarach Empatii i Intymności) – poziom 0 (funkcjonowanie zdrowe/adaptacyjne), poziom 1 (lekkie zaburzenie), poziom 2 (umiarkowane zaburzenie), poziom 3 (poważne zaburzenie); 2) określeniu patologicznych cech osobowości – Negatywnej Emocjonalności (*Negative Affectivity*), Izolacji (*Detachment*), Wrogości (*Antagonism*), Rozhamowania (*Detachment*), Psychotyczności (*Psychoticism*); 3) określeniu stabilności i rozpowszechnienia zaburzeń w różnych sferach funkcjonowania; 4) diagnozie różnicowej i opisie potencjalnych interakcji zaburzeń osobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi (APA, 2013, s. 761-781).

Jeszcze przed publikacją DSM-V, w 2010 roku, pracę rozpoczęła grupa robocza (*working group*) przygotowująca klasyfikację ICD-11 (Tyrer, Mulder, Kim, Crawford, 2019). Pracom przewodził Peter Tyrer, jeden z najgłośniejszych krytyków kategorii zaburzenia osobowości *borderline*. Rewolucyjne zmiany w klasyfikacji zaburzeń osobowości, czyli całkowite odejście od kategoryjnego na rzecz dymensjonalnego modelu diagnozy, były zapowiadane przez serię artykułów publikowanych przez członków grupy roboczej ICD-11 (Tyrer i in., 2011; Tyrer i in., 2014).

W 2019 roku opublikowano klasyfikację ICD-11 (WHO, 2019). Zrezygnowano w niej z wyróżniania kategorii zaburzeń osobowości na rzecz oceny głębokości zaburzenia: lekkiego, umiarkowanego, głębokiego. Jeśli danej osoby nie można uznać za kwalifikującą się do diagnozy zaburzenia osobowości, ale identyfikuje się pewne trudności w codziennym funkcjonowaniu, można rozpoznać tzw. trudność osobowościową (*personality difficulty*). Diagnoza głębokości zaburzenia osobowości następuje na podstawie oceny nasilenia zaburzeń w dwóch sferach: spójności tożsamości oraz funkcjonowania interpersonalnego. Następnie diagnoza uzupełniana jest przez domeny cech zaburzenia osobowości, do których należą: Negatywna Emocjonalność (*negative affectivity*), Izolacja (*detachment*), Dysocjalność (*dissociality*), Rozhamowanie (*disinhibition*), Anankastia. Jak widać, wiele pomysłów zaczerpnięto z modelu dymensjonalnego DSM-V, jednocześnie je modyfikując. Zdaniem Tyrera i in. (2019, s. 15) ocena poziomu zaburzenia osobowości uzupełniona adekwatnymi domenami cech daje szeroki, zróżnicowany i wyczerpujący opis kliniczny funkcjonowania osoby diagnozowanej: “Struktura domen cech na podstawie ICD-11 sugeruje, że charakterystyki związane z zaburzeniem osobowości *borderline* rozkładają się wzdłuż trzech cech – negatywnej emocjonalności, rozhamowania i dysocjalności – i nie istnieje

odrębny specyfikator *borderline*“. W ICD-11 (WHO, 2019) jednak zdecydowano się wprowadzić jako dodatkowy specyfikator kategorię „wzorzec *borderline*” (*borderline pattern*). Wzorzec *borderline* definiuje się następująco:

Specyfikator „wzorzec *borderline*” można zastosować do jednostek, których wzorzec problemów osobowościowych charakteryzuje się utrzymującą się niestabilnością w relacjach interpersonalnych, obrazie Ja i funkcjonowaniu afektywnym oraz wyraźną impulsywnością, na co wskazują następujące objawy: Podejmowanie nieustannych wysiłków na rzecz uniknięcia prawdziwego lub wyobrazonego opuszczenia; Niestabilne i intensywne wzorce relacji interpersonalnych; Zaburzenia tożsamości przejawiające się znaczącym i trwałym brakiem stabilności obrazu i poczucia „ja”; Tendencja do impulsywnego działania w stanach negatywnego afektu, prowadząca do potencjalnie samouszkodzających zachowań; Nawracające epizody samookaleczeń; Niestabilność emocjonalna z powodu reaktywności emocjonalnej; Utrzymujące się poczucie pustki; Nieadekwatna do sytuacji silna złość lub wyraźne trudności z jej opanowaniem; Przemijające objawy dysocjacyjne lub objawy podobne do psychotycznych w sytuacjach wysokiego pobudzenia afektywnego. (pobrano 27.08.2024r. z: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#2006821354>)

Jak widać, objawy będące podstawą do rozpoznania wzorca *borderline* to tak naprawdę kryteria diagnostyczne zaburzenia osobowości *borderline* z DSM-V.

Zdaniem Tyrera i in. (2019) temat kategorii *borderline* jest kwestią polityczną obrazującą sztywne przywiązanie klinicystów do tej etykiety diagnostycznej. Krytyka planowanego przez grupę roboczą ICD-11 zarzucenia kategorii *borderline* wysunięta została przez stowarzyszenia: ESSPD (*European Society for the Study of Personality Disorders*) oraz ISSPD (*International Society for the Study of Personality Disorders*). Oficjalnie propozycjom grupy roboczej zarzucono:

[...] brak opisu dobrze funkcjonującej osobowości, brak adekwatnych badań ogólnej kategoryzacji zaburzeń osobowości, brak definicji kategorii cierpienia w opozycji do funkcjonowania, fakt, że to specyfikatory cech będą decydowały o postępowaniu klinicznym, zignorowanie dynamiki relacyjnej oraz pominięcie tego, że klinicyści preferują model prototypów w odniesieniu do zaburzeń osobowości (Tyrer i in., 2019, s. 13).

Według członków grupy roboczej ICD-11 głównym powodem sporu było właśnie planowane zarzucenie kategorii *borderline*. Zdaniem Tyrera i in. (2019, s. 14):

Najpoważniejszym problemem związanym z zaburzeniem osobowości *borderline* jest ograniczona ilość badań dotyczących jej zasadności. Dotyczy to jej od zarania i, mimo szerokiego stosowania kryteriów operacyjnych klasyfikacji DSM, nie podjęto próby ich niezależnej weryfikacji, a nawet, w rzeczy samej, weryfikacji samej diagnozy. Trzeba podkreślić, że mimo całego poparcia dla zaburzenia osobowości *borderline* jako koncepcji lub jako użytecznej klinicznie diagnozy, mamy do czynienia z wyraźnym brakiem rzetelnych dowodów naukowych na to, że jest to jednolity syndrom.

Mimo tego braku dowodów – diagnoza została powołana do życia tylko i wyłącznie przez komitet ekspertów – koncept zaburzenia osobowości *borderline* silnie pociąga klinicystów. Mimo tego, że *borderline* jest jawnie heterogeniczną diagnozą, istnieje pokusa by dysponować diagnozą, która wszędzie pasuje. Może być stosowana do wyjaśnienia takich zachowań jak samookaleczenia, do wykluczania pacjentów ze standardowych procedur leczenia innych zaburzeń, aby móc zastosować specjalnie skrojone dla niej terapie, a także, by rekrutować pacjentów do prób badawczych lub różnych usług, ponieważ jest tak rozpowszechniona i ma wystarczająco rozwiniętą bazę interwencji, by umożliwić firmom ubezpieczeniowym podpisywanie kontraktów na jej leczenie.

Wprowadzenie do klasyfikacji ICD-11 wzorca *borderline* było więc kompromisem w sporze pomiędzy grupą roboczą ICD-11 a badaczami i klinicystami stającymi w obronie etykiety *borderline*. Ostateczną decyzję uzasadniono następująco:

Pomimo włączenia kategorii *borderline* do klasyfikacji wszyscy zgodzili się, że jest to wyjątek, którego nie można rozszerzyć na inne grupy zaburzeń osobowości. Pozwalając na ten wyjątek, zgodziliśmy się, że ważne jest, by podtrzymać impet badawczy i rozwój kliniczny zasilane przez koncept *borderline* oraz ułatwić identyfikację osób, które mogą odnieść korzyści z określonych form psychoterapii (Tyrer i in. 2019, s. 15).

Również duńscy badacze Zandersen, Henriksen i Parnas (2018) krytykują kategorię *borderline* w obecnym kształcie. W tekście zatytułowanym *A Recurrent Question: What Is Borderline?*, w którym analizują historię rozwoju kategorii *borderline* oraz wyniki badań empirycznych dotyczących klinicznej użyteczności kategorii zaburzenia osobowości *borderline*, dochodzą do wniosku, że „[...] diagnoza zaburzenia osobowości *borderline* jest niejasna, nadmiernie inkluzywna i trudna lub nawet niemożliwa do odróżnienia od zaburzeń ze spektrum schizofrenii” (Zandersen, Henriksen, Parnas, 2018, s. 22).

Wielu badaczy krytykuje kategorię zaburzenia osobowości *borderline* także za jej stygmatyzujący wpływ na podmiot (Ahmed, Newman, Yalch, 2021; Amestoy, Best, Ruocco, Uliaszek, 2024; Aviram, Brodsky, Stanley, 2006; Klein, Fairweather, Lawn, 2022; Kling, 2014; Masland i Null, 2022; Masland i in., 2023; Nehls, 1998; Ring i Lawn, 2025) oraz za jej związek ze stereotypami płciowymi dotyczącymi kobiet (Amestoy, Best, Ruocco, Uliaszek, 2024, Bjorklund, 2006; Masland i Null, 2022; Nehls, 1998; Oredsson, 2023). Na przykład Ron Aviram, Beth Brodsky i Barbara Stanley (2006) piszą o przejawach stygmatyzacji pacjentów *borderline* przez psychoterapeutów i ich potencjalnych konsekwencjach, a Sara Rose Masland i in. (2023) wskazują na stygmatyzujący język i stereotypy dotyczące osób z diagnozą BPD nie tylko wśród klinicystów, ale i w publikacjach naukowych badaczy z obszaru psychologii, i nawołują do zmian sposobu mówienia i pisanie o zaburzeniu osobowości *borderline*.

W ostatnich kilkunastu latach zaobserwować można również wzrost zainteresowania badaczy próbami empirycznego i statystycznego, opartego na analizie czynnikowej lub analizie skupień, wyróżnienia podtypów (*subtypes*) zaburzenia osobowości *borderline*²¹ (zob. Lewis, Caputi, Grenyer, 2012; Oladottir i in., 2022; Smits i in., 2017; Wolf i in., 2023). Wolf in. (2023) na przykład dzięki analizie skupień wyróżnili trzy podtypy BPD: internalizujący (*internalizing*), eksternalizujący (*externalizing*) oraz mieszany (*mixed*) – rozwiązanie z trzema podtypami uznali za bardziej wartościowe z punktu widzenia szansy na różnicowanie terapeutycznych

²¹ W psychologii polskiej próby uporządkowania konceptualnego chaosu związanego z kategorią zaburzenia osobowości *borderline* podjęli Piotr Brud i Jan Ciecuch (Brud, 2021; Brud i Ciecuch, 2023, 2024). Brud (2021) na podstawie analizy teoretycznej wybranych 37 typologicznych „modeli *borderline*”, wyodrębnił 11 grup „spójnych jednostek znaczeniowych (domen)”, które ostatecznie Brud i Ciecuch (2023) sprowadzili do dwóch aspektów: internalizacji i eksternalizacji. Badając empirycznie temperamentalne podłoże zaburzenia osobowości *borderline*, korzystając z Kołowego Modelu Metacech Osobowości (Strus, Ciecuch, Rowiński, 2014; Strus i Ciecuch, 2017, 2021), modelu temperamentu Strusa, Ponikiewskiej i Ciecucha (2022) oraz domen cech ICD-11 (WHO, 2019), Brud i Ciecuch (2024), dochodzą do następujących wniosków: w zakresie osobowości, Ogólny Czynniki Borderline koreluje z metacechą Alfa-Minus (oznaczającą Rozhamowanie); w zakresie domen cech ICD-11 Negatywny Afekt, Dysocjalność, Rozhamowanie i Izolacja (czyli cztery z pięciu domen cech) korelują z Ogólnym Czynnikiem Borderline – Negatywny Afekt i Izolacja koreluje z aspektem Internalizacji, a Rozhamowanie i Dysocjalność z aspektem Eksternalizacji; w zakresie temperamentu, Reaktywność (wysoki poziom Wrażliwości) i Aktywność (wysoki poziom Dynamizmu) korelują z Ogólnym Czynnikiem Borderline – Reaktywność z aspektem Internalizacji, a Aktywność plus Reaktywność z aspektem Eksternalizacji.

oddziaływań, mimo tego, że analiza statystyczna wykazała, że to rozwiązanie z dwoma podtypami (internalizacyjnym i mieszanym) wyjaśnia największy procent wariancji ($\eta^2=0,8$). Kilka lat wcześniej Smits i in. (2017) wyróżnili następujące podtypy: ekstrawertyczny/eksternalizujący (*extravert/externalizing*), jądrowe BPD (*core BPD*), schizotypowa/paranoidalna (*schizothypal/paranoid*).

Warto nadmienić również, że współcześnie w diagnozie w paradygmacie psychoanalitycznym/psychodynamicznym wciąż bardzo ważne miejsce zajmuje kernbergowska kategoria organizacji osobowości *borderline* (Caligor, Clarkin, Kernberg, Yeomans, 2018; McWilliams, 2011).

2.5. Podsumowanie

Propozycję periodyzacji rozwoju kategorii *borderline* w psychopatologii amerykańskiej przedstawia *Tabela 2.2* znajdująca się poniżej. W wyniku rekonstrukcji rozwoju kategorii *borderline* w jej kontekście źródłowym wyróżniono cztery okresy rozwojowe:

- 1) *Borderline* jako pogranicze normalności i szaleństwa (lata 1884-1918).
- 2) *Borderline* jako pogranicze nerwic i psychoz (lata 1919-1955).
- 3) *Borderline* jako zaburzenie osobowości (1956-1979).
- 4) *Borderline* jako oficjalna kategoria kliniczna (1980-obecnie).

Tabela 2.2. Periodyzacja rozwoju kategorii *borderline* w psychopatologii amerykańskiej.

| LATA | NAZWA OKRESU | KATEGORIE | DESYGNATY KATEGORII |
|-------------|-------------------------------------|---|--|
| 1884 – 1918 | Pogranicze normalności i szaleństwa | <i>Borderland of insanity</i> (Russell, 1884; Rosse, 1890; Coe, 1901; Ferris, 1909) | „[...] niemożliwa do zdefiniowania [...] linia oddzielająca dziwactwa, namiętności miłości i nienawiści, fanatyzm religijny i wiele innych przejawów psychiki od szaleństwa” (Russell, 1884, s. 2). |
| 1919 – 1955 | Pogranicze nerwic i psychoz | <i>Borderland neuroses and psychoses</i> (Clark, 1919) | Pacjenci z psychozą maniakalno-depresyjną nie reagujący na standardową terapię psychoanalityczną. |
| | | <i>Borderline mental states</i> (Moore, 1921) | Pacjenci nie pasujący do znanych, opisanych w literaturze prototypowych kategorii psychiatrycznych. |
| | | <i>Borderline cases</i> (Oberndorf, 1930) | Pacjenci, u których „Znajdujemy reakcje schizofreniczne (<i>schizophrenic reactions</i>) w nerwicach kompulsyjnych; stany lękowe mieszają się z depresją, a symptomy konwersyjne występują w depresjach, podnieceniu maniakalnym, jak i w histeriach” (Oberndorf, 1930, s. 649, cyt. za: Stone, 2005, s. 4). |
| | | <i>Border line group of neuroses</i> (Stern, 1938) | „[...] duża grupa pacjentów nie pasujących ani do psychotycznej, ani psychoneurotycznej grupy [...]” (Stern, 1938, s. 467). Charakteryzują się specyficznymi objawami klinicznymi. |
| | | <i>Ambulatory schizophrenia</i> (Zilboorg, 1941) | Duża grupa osób, które nie rozwijając pełnoobjawowej choroby psychicznej i nie |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | | wymagając hospitalizacji, charakteryzuje się pewnym stopniem psychopatologii utrudniającej jej funkcjonowanie w relacjach i wypełnianie ról społecznych. |
| | | <i>As-if personality</i> (Deutsch, 1942) | „Pacjenci ci reprezentują pewne warianty w serii zaburzonych osobowości. Nie należą do zwyczajowo akceptowanych form nerwicy, a są zbyt dobrze przystosowani do rzeczywistości, by nazwać ich psychotykami” (Deutsch, 1942, s. 320). |
| | | <i>Borderline patients</i> (Schmideberg, 1947) | Pacjenci, którzy „[...] nie cierpią ani na klasyczną nerwicę, ani definitywną psychozę [...]. Osobiście zwykłam myśleć, że większość z nich to przypadki wczesnej schizofrenii (<i>early schizophrenia</i>) albo przypadki około-schizofreniczne (<i>near-schizophrenia</i>)” (Schmideberg, 1947, s. 45). |
| | | <i>Pseudoneurotic forms of schizophrenia</i> (Hoch i Polatin, 1949) | Problematyczni pacjenci, którzy należą do grupy schizofrenii, ale objawiającej się często symptomatologią charakterystyczną dla nerwic. |
| | | <i>Borderline schizophrenia</i> (Douglas, 1952) | Pacjenci w dużym stopniu pokrewni pacjentom z diagnozą schizofrenii, jednak pod maską dużej ilości objawów neurotycznych. |
| | | <i>Borderline states</i> (Knight, 1953) | „Termin << <i>borderline state</i> >> nie doczekał się oficjalnego statusu w nomenklaturze |

| | | | |
|-------------|-----------------------|---|---|
| | | | <p>psychiatrycznej i nie mówi nam niczego poza tym, że pacjent jest bardzo zaburzony, ale nie jawnie psychotyczny” (Knight, 1953, s. 203)</p> |
| | | <i>Latent psychosis</i> (Bychowski, 1953) | <p>Obrazy kliniczne przypominające psychozę na poziomie struktury osobowości: słabe ego oraz obecność prymitywnych, rozszczepionych stanów Ja i obrazów rodzicielskich.</p> |
| 1956 – 1979 | Zaburzenie osobowości | <i>Borderline personality structure</i> (Kaufman, 1956) | <p>Pacjenci o charakterystycznej „organizacji ego” (<i>ego organization</i>) obejmującej: poważne zaburzenia testowania rzeczywistości; zaburzenia związane z nasiloną onnipotencją lub podporządkowaniem; problemy z regulacją popędów agresywnych.</p> |
| | | <i>Psychotic character</i> (Frosch, 1964) | <p>Pacjenci o „wykryształizowanej osobowości <i>borderline</i>”, charakteryzującej się „[...] identyfikowalnymi cechami, które są integralną częścią struktury charakteru tych jednostek, a nie z fazą wstępną lub remisją psychozy” (Frosch, 1964, s. 95).</p> |
| | | <i>Borderline personality organization</i> (Kernberg, 1967) | <p>Kategoria ta „[...] opisuje tych pacjentów, którzy charakteryzują się specyficzną, stabilną, patologiczną organizacją osobowości; ich osobowość nie jest przejściowym stanem fluktuującym pomiędzy nerwicą a psychozą” (Kernberg, 1967, s. 642)</p> |

| | | | |
|-------------|-------------------------------------|---|--|
| | | <i>Borderline syndrome</i> (Grinker, Werble, Drye, 1968) | Syndrom kliniczny, charakteryzujący pacjentów z niejednorodnymi zaburzeniami funkcjonowania ego, który można podzielić na cztery grupy. |
| | | <i>Borderline patients</i> (Gunderson i Singer, 1975) | Pacjenci spełniający kryteria stworzone przez autorów na podstawie wywiadu opracowanego przez nich na podstawie przeglądu literatury, |
| | | <i>Borderline Personality Disorder</i> (Spitzer i Endicott, 1979) | Pacjenci spełniający określoną liczbę wyróżnionych kryteriów diagnostycznych. |
| 1980 – 1989 | Oficjalna kategoria kliniczna | <i>Borderline Personality Disorder</i> (APA, 1980) | DSM-III: Zaburzenie osobowości, które charakteryzuje głównie, „[...] niestabilność w wielu różnych sferach, między innymi zachowaniach interpersonalnych, nastroju, a także obrazie Ja” (APA, 1980, s. 321) |

Źródło: opracowanie własne.

Na problemy zakwalifikowania niektórych postaci choroby psychicznej do kategorii nerwicy lub psychozy zwrócił uwagę jako pierwszy w 1919 roku Leon Pierce Clark. Przed rokiem 1918, amerykańscy alieniści dyskutowali problem pogranicza pomiędzy zdrowiem a chorobą psychiczną, posługując się terminem „*borderland of insanity*”. W 1921 roku Thomas Verner Moore po raz pierwszy użył określenia *borderline* dla nazwania stanów niemieszczących się w kategoriach nerwicy ani psychozy. Problem przypadków granicznych między nerwicą a psychozą długo nie przykuwał szerszej uwagi psychiatrycznego środowiska w Stanach Zjednoczonych. Dyskusja wokół przypadków z pogranicza nerwic i psychoz rozpoczęła się w środowisku amerykańskich psychoanalityków i psychiatrów dopiero po artykule Adolpha Sterna z 1938 roku. W latach czterdziestych punktem odniesienia w dyskusjach na ten temat były takie kategorie, jak schizofrenia ambulatoryjna Zilboorga oraz schizofrenia

pseudoneurotyczna Hocha i Polatina. Zainteresowanie kategorią *borderline* ugruntował swoim tekstem w 1953 roku Robert Knight. W latach pięćdziesiątych kategoria *borderline* była szeroko dyskutowana w amerykańskim środowisku psychoanalitycznym, zwłaszcza nowojorskim. Do rozwoju kategorii *borderline* przyczyniło się dwoje klinicystów polskiego pochodzenia: Helena Deutsch i Gustaw Bychowski. Deutsch jest autorką kategorii osobowości jak-gdyby, którą opisała po raz pierwszy w 1942 roku, a Gustaw Bychowski w 1953 roku wprowadził kategorię psychozy latentnej. Od drugiej połowy lat pięćdziesiątych, a wyraźnie już w latach sześćdziesiątych, sposób rozumienia *borderline* stopniowo przesunął się z pogranicza pomiędzy nerwicą a psychozą w kierunku zaburzeń osobowości. Ten sposób rozumienia kategorii *borderline* jako pierwszy zaproponował Irving Kaufmann w 1956 roku, a ugruntowały szczególnie wpływowe prace Froscha, a zwłaszcza Kernberga z lat sześćdziesiątych. Ogromny wpływ na rozumienie kategorii *borderline* wywarły również prace Grinkera, Werble i Drye, Gundersona i Singer oraz Spitzera i Endicott. W 1980 roku wraz z wydaniem DSM-III zaburzenie osobowości *borderline* stało się oficjalną kategorią diagnostyczną, co poskutkowało jej światową ekspansją. Echa koncepcji *borderline* z lat czterdziestych i pięćdziesiątych rozumiejących psychopatologię z pogranicza jako blisko spokrewnioną ze spektrum schizofrenii znalazły wyraz w konstrukcji kryteriów schizotypowego zaburzenia osobowości, również wprowadzonego w DSM-III. Dzisiaj zaburzenie osobowości *borderline* jest jedną z najpopularniejszych kategorii diagnostycznych, a równocześnie jedną z najbardziej kontrowersyjnych. Kontrowersje dotyczą głównie niewielkiej ilości rzetelnych badań uzasadniających jej istnienie jako niezależnej jednostki nozologicznej, a także okoliczności jej ogłoszenia jako oficjalnej kategorii klinicznej – o czym zdecydował *de facto* konsensus wąskiej grupy ekspertów zrzeszonych w grupie roboczej DSM-III.

Jako główne czynniki, które przyczyniły się do rozwoju i ekspansji kategorii *borderline* w Stanach Zjednoczonych, można wyróżnić:

- 1) Psychobiologię Adolfa Meyera i dominację psychoanalizy w amerykańskiej psychiatrii połowy XX wieku: Meyer zakorzenił w amerykańskiej psychiatrii podejście idiograficzne, skupione na analizie pojedynczych przypadków i powiązań przebiegu zaburzeń psychicznych, zakładając ich psychogenezę, z historią życia i osobowością pacjentów, lekceważąc jednocześnie kwestie nozologii; podejście to w naturalny sposób uzupełniała, a później kontynuowała

psychoanaliza, wnosząc i rozbudowując nowy aparat pojęciowy do analizy osobowości różnorodnych pacjentów.

2) Ruch higieny psychicznej: spowodował wyjście psychiatrii poza mury szpitali psychiatrycznych w celu identyfikacji czynników predysponujących do chorób psychicznych i ich prewencji, w wyniku czego zaczęto na dużą skalę zajmować się mniej jednoznacznymi przypadkami zaburzeń i poszukiwać charakterystyk tak zwanych „osobowości przedchorobowych”.

3) Wpływ imigrantów z Europy: Europa przed II Wojną Światową była intelektualnym centrum psychiatrii i psychoanalizy, więc psychiatrzy i psychoanalizyści, którzy wyemigrowali do Stanów Zjednoczonych, byli na bieżąco z Europejską nozologią, znali, w przeciwieństwie do większości amerykańskich psychiatrów, w oryginale prace Kraepelina i Bleulera, a przede wszystkim Freuda, którego wielu z nich było analizantami, i innych wiodących psychoanalizyści, do których również sami należeli.

4) Władzę i interesy grupy roboczej DSM-III – zwłaszcza Roberta Spitzera, który w latach siedemdziesiątych pracował nad ukształtowaniem kategorii schizotypowego zaburzenia osobowości i, przede wszystkim, zaburzenia osobowości *borderline*.

Interakcja powyższych czynników stanowiła o specyfice rozwoju kategorii *borderline* w jej kontekście źródłowym, czyli psychopatologii amerykańskiej.

Rozdział 3. Kategoria *borderline* w polskiej psychopatologii dwudziestolecia międzywojennego i II Wojny Światowej

Niniejszy rozdział rozpocznie krótka rekonstrukcja kontekstu społeczno-kulturowego rozwoju psychopatologii w Polsce dwudziestolecia międzywojennego i czasów II Wojny Światowej, następnie zrekonstruowany zostanie rozwój kategorii *borderline* w tym okresie. Rozdział zakończy podsumowanie.

3.1. Kontekst społeczno-kulturowy rozwoju psychopatologii w Polsce dwudziestolecia międzywojennego i czasów II Wojny Światowej

W 1918 roku Polska odzyskała niepodległość i zaczęła organizować swoje instytucje społeczne, medyczne i naukowe. Głównym problemem dla II Rzeczypospolitej Polskiej w tej sferze była integracja trzech różnych systemów prawnych, monetarnych i zdrowotnych odziedziczonych po rozbiorach. Jak pisze Norman Davies (2005, s. 298): „[...] w obiegu było sześć walut; pięć regionów [...] utrzymywało odrębne administracje; w wojsku obowiązywały cztery języki dowodzenia; trzy kodeksy prawne; oraz dwie różne skrajnie kolejowe; osiemnaście zarejestrowanych partii politycznych walczyło o władzę”.

Sytuacja polityczna w międzywojennej Polsce była niestabilna. Zabójstwo pierwszego polskiego prezydenta Gabriela Narutowicza w 1922 roku dało początek brutalnej walce o władzę między dwoma głównymi partiami politycznymi – ND (Narodowa Demokracja) i PPS (Polska Partia Socjalistyczna) (Davies, 2005, s. 315). Davies (2005, s. 298) stwierdza, że „postawa polityczna czołowych kręgów była bezwstydnie nacjonalistyczna”. Priorytetem dla obu wiodących partii, ND i PPS, była integracja podzielonego w wyniku zaborów narodu polskiego.

Problemy gospodarcze, takie jak hiperinflacja, upadek gospodarki wiejskiej i wysokie bezrobocie, były przyczyną wielu strajków robotników przemysłowych i rolników, które wybuchły w latach 1922-1923 i 1933-1937 (Davies, 2005, s. 307). Złą sytuację polskiego przemysłu w okresie międzywojennym ilustruje fakt, że w 1929 r. stopień uprzemysłowienia Polski (13,2%) był niższy niż w Kongresówce w 1900 r. (17,6%) (Davies, 2005, s. 308). Dzięki inwestycjom rządowym, takim jak Centralny Okręg Przemysłowy (COP), elektrowni wodnej w Rożnowie czy hucie stali w Stalowej

Woli, katastrofalna sytuacja gospodarcza nieco się poprawiła w ostatnich dwóch latach przed II Wojną Światową (Davies, 2005, s. 308-309).

Wśród wielu problemów społecznych do najpoważniejszych należały pijaństwo, lichwa, bieda, nierówny dostęp do edukacji oraz narastający antysemityzm i nacjonalizm (Davies, 2005, s. 291-321). Sytuacja mniejszości etnicznych była trudna. Pomimo zagwarantowanych przez Konstytucję marcową równych praw i ochrony osoby należące do mniejszości były konsekwentnie dyskryminowane. Norman Davies (2005, s. 300) zwraca uwagę, że „ich odrębne aspiracje były zasadniczo nie do pogodzenia z celami jedności narodowej, jakie promowały polskie sfery rządzące”.

W początkach II RP tylko 44% Polaków było oficjalnie piśmiennymi, ale dzięki reformom państwowym do końca roku szkolnego 1928/1929 do szkoły uczęszczało 96% dzieci w wieku od 7 do 14 lat (Davies, 2005, s. 310). Problem analfabetyzmu polskich dzieci do końca okresu międzywojennego został skutecznie zredukowany, ale wykształcenie wyższe było dostępne praktycznie tylko dla klas wyższych. Chłopi i mniejszości narodowe nie byli traktowani na równi z Polakami z klas wyższych, pomimo gwarantujących to zapisów konstytucyjnych (*ibidem*).

Równocześnie kwitło polskie życie intelektualne. Renesans przeżywała muzyka, literatura, sztuka, a także nauka. Wśród najwybitniejszych polskich ośrodków naukowych centralne miejsce zajmowała Szkoła Matematyki Uniwersytetu Lwowskiego oraz Szkoła Filozofii Analizy w Warszawie (Davies, 2005, s. 316). Według Bilikiewicza i Gallusa (1962) także polscy psychiatrzy w okresie międzywojennym aktywnie rozwijali i organizowali dziedzinę naukową psychiatrii.

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne powstało w 1920 r. Wydawało ono oficjalne czasopismo *Rocznik Psychjacyjny*²² i co roku zwoływało Zjazd Psychiatrów Polskich, na którym dyskutowano najważniejsze dla polskiej psychiatrii zagadnienia. Najważniejszym zadaniem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego u jego zarania, było ujednoczenie polskiej nomenklatury psychiatrycznej i rozwój niezależnej polskiej nauki wysokiej jakości (Mazurkiewicz, 1923a; 1923b). Początki niezależnej polskiej psychiatrii były bardzo trudne. Pilna była potrzeba zintegrowania trzech różnych systemów administracyjnych, ale także trzech różnych „kultur psychiatrycznych”

²² Pierwszy numer *Rocznika Psychjacyjnego* ukazał się w 1923 r. Innymi ważnymi polskimi czasopismami publikującymi artykuły z zakresu psychiatrii były m.in.: *Nowiny Psychjacyjne*, *Gazeta Lekarska* i *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*.

(Bilikiewicz i Gallus, 1962, s. 179). W zorganizowaniu spójnego systemu opieki medycznej nie pomagały również różne systemy prawne – według Bilikiewicza i Gallusa (1962, s. 179) chaos legislacyjny w tej dziedzinie utrzymywał się przez cały okres międzywojenny. Na początku zadania organizacji opieki psychiatrycznej podejmowały różne organizacje ochotnicze, następnie zadania te przejęła Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i wreszcie, do wybuchu II Wojny Światowej Departament Zdrowia w Ministerstwie Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia (*ibidem*). Zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczną było bardzo duże, biorąc pod uwagę wyżej wymienione problemy społeczne i ekonomiczne, takie jak bezrobocie, bieda, pijaństwo i wiele innych. Według statystyk z 1925 r. na 26 866 311 mieszkańców 80 600 wymagało opieki psychiatrycznej (Bilikiewicz i Gallus, 1962, s. 180). Dla pacjentów psychiatrycznych było tylko 10 216 łóżek (1 łóżko na 2630 mieszkańców/8 potencjalnych pacjentów) (*ibidem*). Stan opieki psychiatrycznej stopniowo się poprawiał, jednak w obliczu kryzysu gospodarczego system opieki psychiatrycznej pozostawał mocno niedofinansowany, a w konsekwencji nieefektywny. Mimo to Bilikiewicz i Gallus (1962, s. 181) chwalą wkład naukowy polskich psychiatrów – zarówno teoretyczny, jak i praktyczny – w rozwój oryginalnych metod diagnostycznych i terapeutycznych, nowych koncepcji i teorii. Choć pochwały tej nie można uznać za obiektywną – bo sam Tadeusz Bilikiewicz był czynnym współtwórcą spuścizny naukowej polskiej psychiatrii okresu międzywojennego – warto o niej wspomnieć. Warto odnotowania jest także inne zdanie Bilikiewicza i Gallusa, w którym próbują wyjaśnić, dlaczego nazwiska polskich psychiatrów nie pojawiają się w międzynarodowych podręcznikach: „jeśli nazwiska [polskich – przyp. J. K.] psychiatrów nie są, tak często jak na to zasługują, cytowane w literaturze międzynarodowej, to głównie z powodu problemów językowych i naszej własnej niezdolności do należytego popularyzowania naszych odkryć naukowych” (Bilikiewicz i Gallus, 1962, s. 181).

Według statystyk Bernasiewicza i Łuniewskiego (1930), najczęściej stawianymi diagnozami w polskich szpitalach psychiatrycznej były: schizofrenia (47,8%), oligofrenia (9,8%), epilepsja (7,6%), psychoza maniakalno-depresyjna (5,5%), psychopatia ustrojowa (4%).

W połowie lat trzydziestych Stefan Borowiecki (1935) podjął próbę opisanie obecnego stanu i możliwych kierunków polskiej psychiatrii. Przeprowadził ankietę, pytając polskich psychiatrów, jakie podejście do psychiatrii reprezentują: biologiczne czy psychologiczne. Zebrał 27 odpowiedzi: 5 opowiadało się za podejściem

psychologicznym, 4 opowiadało się za równym znaczeniem obu podejść, 18 za podejściem biologicznym/somatycznym. Zapytał również o opinię innych psychiatrów na temat tego, czym według nich jest polska psychiatria. Cytował i odpowiadał wpływowemu psychiatrze Janowi Mazurkiewiczowi, który wyraził opinię, że polska psychiatria tak naprawdę nie istniała, ponieważ polscy psychiatrzy nie wnieśli oryginalnego, ważnego wkładu do międzynarodowej wiedzy. Mazurkiewicz postrzegał psychiatrię polską jedynie jako echo psychiatrii niemieckiej (Borowiecki, 1935, s. 31). Borowiecki nie zgadzał się z Mazurkiewiczem – jego zdaniem można było mówić o polskiej psychiatrii jako o zbiorowym, narodowym przedsięwzięciu naukowym (Borowiecki, 1935, s. 31-32). Biorąc pod uwagę wyniki ankiety oraz opinie kolegów, Borowiecki (1935, s. 32-36) doszedł do następujących wniosków:

- 1) Polska psychiatria ma orientację jednostronnie somatyczną.
- 2) Polska psychiatria powinna zachować swoją tożsamość, nie dać się wtopić w neurologię.
- 3) Polska psychiatria powinna przywiązywać równą wagę do wszystkich podejść do badań psychiatrycznych.
- 4) Polska psychiatria powinna zorganizować lepszy system kształcenia psychiatrów.

Poszukując początków instytucjonalnej psychologii klinicznej w Polsce, należy najpierw sięgnąć do korzeni polskiej psychologii w ogóle. Początki polskiej psychologii sięgają końca XIX wieku. Za jej ojca uznajesię Kazimierza Twardowskiego, profesora Uniwersytetu Lwowskiego wykształconego na Uniwersytecie Wiedeńskim, ucznia Franza Brentano. Psychologia uprawiana w Szkole Lwowskiej przez Twardowskiego i jego uczniów opierała się na: introspekcji jako metodzie badania aktów psychicznych; założeniu o intencjonalności aktów psychicznych; przekonaniu, że przedmiotem psychologii powinna być świadomość (Citlak, 2019; Rzepa, 1997; Rzepa i Dobroczyński, 2009). Polskie Towarzystwo Psychologiczne założono w 1907 roku, jednak ciągle problemy finansowe organizacyjne doprowadziły w roku 1927 do jego połączenia z Instytutem Filozoficznym, z której to fuzji powstało Warszawskie Towarzystwo Filozoficzne (Rzepa i Dobroczyński, 2009, s. 141-150). Polskie Towarzystwo Psychologiczne, które przetrwało do dziś, zostało założone przez Stefana Błachowskiego dopiero w 1948 roku. W międzywojennej Polsce nie powstało tym samym żadne

towarzystwo zrzeszające psychologów o klinicznych zainteresowaniach. Jako pioniera psychologii klinicznej w tym okresie uważa się Stefana Błachowskiego (Rzepa i Dobroczyński, 2009; Sęk, 2000). Interesował się on psychologiczną charakterystyką objawów psychopatologicznych, szczególnie halucynacji oraz urojeń religijnych. Razem z psychiatrą Stefanem Borowieckim opublikował w 1928 roku artykuł poświęcony zbiorowej psychozie religijnej, którą nazwali „epidemią psychiczną w Słupi pod Środą” (Błachowski i Borowiecki, 1928).

Istotnym zjawiskiem dla międzywojennej polskiej psychopatologii był ruch higieny psychicznej, który rozwijał się w latach trzydziestych w związku z aktywnością psychiatry i psychologa Kazimierza Dąbrowskiego. Dąbrowski doprowadził w 1935 roku do powstania Polskiej Ligi Higieny Psychiczej, a potem Instytutu Higieny Psychiczej (Rzepa, 1999). Pojęcie higieny psychicznej definiował następująco:

Higiena psychiczna jest to nauka o zdrowiu psychicznym indywidualnym lub grupy społecznej. Można mówić również o higienie psychicznej jako umiejętności ugruntowanej na poznaniu warunków zdrowia psychicznego jednostki lub grupy, i dążącej do zachowania tego zdrowia, zapobiegania możliwym zaburzeniom lub pogorszeniu zaburzeń już istniejących. Jest to zatem w pierwszym rzędzie umiejętność zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Ażeby móc zapobiegać, trzeba przede wszystkim wszechstronnie znać warunki zdrowia i warunki choroby. Dlatego też higiena psychiczna musi opierać się na dorobku szeregu takich nauk, jak: biologia, fizjologia, psychologia, eugenika, psychopatologia itp., oraz na medycynie, pedagogice i psychotechnice itd., jako naukach stosowanych (Rzepa, 1999, s. 89).

Jak podaje Teresa Rzepa (1999, s. 90): „Zasadniczym celem IHP było prowadzenie badań naukowych w zakresie higieny psychicznej i krzewienie jej idei poprzez praktyczne stosowanie wyników tych badań”.

Warto zaznaczyć w tym miejscu, że instytucje mające na celu zapewnienie opieki psychologicznej w trybie ambulatoryjnym dla osób z problemami psychologicznymi zaczęły powstawać w Polsce jeszcze przed rozpoczęciem działalności Dąbrowskiego i Instytutu Higieny Psychiczej. Przykładem jest założona przez Władysława Stryjeńskiego w 1929 roku w Krakowie Poradnia dla Psychicznie Chorych, która była drugą tego rodzaju placówką po poradni zorganizowanej w Warszawie przy szpitalu Jana Bożego (Brożek i Herczyńska, 2006).

3.2. Kategoria *borderline* w praktykach badawczych polskiej psychopatologii dwudziestolecia międzywojennego i czasów II Wojny Światowej

W celu strukturyzacji niniejszego przeglądu i ułatwienia poszukiwania różnic i podobieństw w zakresie rozwoju kategorii *borderline* w psychopatologii amerykańskiej i podobnych jej kategorii lokalnych w psychopatologii polskiej, w oparciu o rekonstrukcję periodyzacji rozwoju kategorii *borderline* w Stanach Zjednoczonych (patrz s. 81-84 niniejszej rozprawy) oraz podział zaproponowany przez Spitzera, Endicott i Gibbon (1979) poniżej zostanie zaprezentowany przegląd kategorii *borderline* (i/lub podobnych jej kategorii lokalnych) w praktykach badawczych w polskiej psychopatologii dwudziestolecia międzywojennego i czasów II Wojny Światowej rozumianej jako: 1) pogranicze nerwic i psychoz i 2) zaburzenie osobowości.

3.2.1. Pogranicze nerwic i psychoz²³

Głównymi punktami odniesienia dla nozologii psychoz w Europie w pierwszej połowie XX wieku były klasyfikacje Emila Kraepelina i Eugena Bleulera. Różnica między kontekstem amerykańskim a europejskim polegała na tym, że w Europie ani kategoria *dementia praecox*, ani schizofrenia od zarania nie były wolne od krytyki, a z ich zasadnością dyskutowało wielu wpływowych psychiatrów jak Oswald Bumke czy Joseph Berze. Inną różnicą jest wpływ psychopatologii fenomenologicznej Karla Jaspersa (1963/1913), którego zdaniem głównym celem psychiatrycznego opisu psychopatologii powinno być subiektywne doświadczenie pacjenta i jego zmiany w przebiegu różnych chorób. Przyjmując pozycję fenomenologiczną, głównym zadaniem psychiatry było zrozumienie i opis podmiotowości osób chorych psychicznie. Jaspersowskie podejście do psychopatologii psychoz było deskryptywne i skoncentrowane na subiektywnych relacjach pacjentów w tu-i-teraz, w przeciwieństwie do freudowskiego nacisku na przyczynowe aspekty psychopatologii. W Stanach Zjednoczonych fenomenologiczna psychopatologia zaczęła rozwijać się dopiero w latach pięćdziesiątych w związku z działalnością Rollo May'a (Spiegelberg, 1972).

²³ Po skrótowne opracowanie tematu pogranicza nerwic i psychoz w polskiej psychiatrii dwudziestolecia międzywojennego zob. Kornaj (2024a).

Nerwice, jak sama nazwa wskazuje, w XIX wieku były domeną neurologów, jako że podział nerwice-psychozy, oryginalnie znaczył „choroby układu nerwowego-choroby mózgu” (Beer, 1996). Podział zaczął się komplikować w drugiej połowie XIX wieku, kiedy Jean-Martin Charcot i Pierre Janet we Francji, a później Josef Breuer i Sigmund Freud w Austrii, zaczęli opisywać i konceptualizować przypadki wskazujące na psychologiczne, a nie neurologiczne podłoże niektórych nerwic. Ukuto więc termin „psychonerwice” na określenie psychogennych obrazów klinicznych symptomatologicznie przypominających nerwice (Beer, 1996, s. 280). Kategoria ta stała się przedmiotem kontrowersji i podział na nerwice „prawdziwe” (*actual neuroses*) i psychonerwice przez część klinicystów został przyjęty, a przez innych odrzucony.

W 1922 roku Maurycy Bornsztajn opublikował pierwsze wydanie swojego podręcznika psychiatrii zatytułowanego *Zarys psychiatrii klinicznej*. 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. Od 1908 roku pracował w warszawskim Szpitalu Starozakonnych na Czystem²⁴. Był jednym z najbardziej zagorzałych promotorów psychoanalizy w polskim środowisku psychiatrycznym. Jednak nie był ortodoksyjnym freudystą – inspirował się również fenomenologią Karla Jaspersa i Eugeniusza Minkowskiego (Dybel, 2016; Prot-Klinger, 2017). W podręczniku Bornsztajn (1922a) zaproponował klasyfikację chorób psychicznych w oparciu o kryterium zmian osobowości. Wyróżnił następujące kategorie ogólne (Bornsztajn, 1922a, s. 142-143):

- A. Choroby psychiczne, w których osobowość nie jest rozwinięta dostatecznie (osobowości niepełnowartościowe pod względem intelektualnym lub uczuciowym).
- B. Choroby psychiczne, w których osobowość jest najczęściej pełnowartościowa w sensie intelektualnym, ale w których istnieje dysharmonia w dziedzinie afektywnej. Niektóre z tych stanów mogą istnieć całe życie bez zmiany, w innych następują nasilenia, ostre schorzenia, w których cechy zasadnicze konstytucji

²⁴ O rozwoju koncepcji psychozy w Szpitalu Starozakonnym na Czystem zob. Kornaj (2024c).

są tylko podkreślone, wyolbrzymione lub które stanowią jedynie dalszy ciąg rozwoju osobowości [...].

C. Grupa psychoz, w których osobowość ulega specyficznemu rozszczepieniu (schizophreniae).

D1. Grupa psychoz, w których osobowość ulega zmianom poważnym [...].

D2. Psychozy, w których osobowość ulega całkowitemu i bezpowrotnemu zniszczeniu [...].

W grupie schizofrenii (grupa C) Bornsztajn wyróżnił następujące typy: prosta, somatopsychiczna, schizotypiczna, hebefreniczna, paranoidalna, katatoniczna. O ile jego definicje typów schizofrenii prostej, hebefrenicznej, paranoidalnej i katatonicznej pokrywały się z bleulerowskimi, to kategorie schizofrenii somatopsychicznej i schizotypicznej, a właściwie *schizothymia reactiva*, były oryginalnymi pomysłami Bornsztajna.

Kategorię *schizothymia reactiva* (wtedy jeszcze w rozszerzonej nazwie: *schizthymia reactiva circumscripta*) Bornsztajn zaprezentował już w 1916 roku w pracy zatytułowanej *O odrębnym typie rozszczepienia psychicznego (Schizothymia reactiva circumscripta)*. Rozpoczął ją od krytyki tradycyjnego podejścia klinicznego reprezentowanego przez Emila Kraepelina za nadmierne skupienie się na biologicznych aspektach chorób psychicznych (Bornsztajn, 1916). Podejście psychologiczne Bornsztajna opierało się na freudowskiej psychoanalizie i jaspersowskiej fenomenologii. Według niego psychoanaliza umożliwia klinicyście wyjaśnienie genezy chorób psychicznych, fenomenologia natomiast zrozumienie subiektywnego doświadczenia osób chorych psychicznie. W kolejnych rozdziałach Bornsztajn przedstawił trzy studia przypadków wraz z ich analizami, co doprowadziło go do zaproponowania kategorii *schizothymia reactiva circumscripta*. Bornsztajn (1916, s. 83–84) wyróżnił następujące cechy tej formy schizofrenii: jest to postać reaktywna, ponieważ rozwija się jako reakcja na niemożliwe do zniesienia doświadczenie emocjonalne, a treść objawów psychotycznych jest zawsze związana z tym doświadczeniem; nie występują zaburzenia procesów skojarzeniowych ani halucynacje; urojenia są pozbawione elementów prześladowczych, a ich treść ogranicza się do traumatycznego doświadczenia, które wywołało psychozę; urojenia mogą być korygowane i zniknąć po pewnym czasie, ale *schizothymia* powoduje trwałą zmianę osobowości. Bornsztajn zakończył swoją książkę próbą zaproponowania nowej klasyfikacji różnych form choroby zwanej

dementia praecox. Wyróżnił trzy kategorie: schizotymię, schizofrenię i *dementia schizophrenica*. Zdaniem Borsztajna (1916) istniały dwie główne różnice między schizotymią a schizofrenią: podczas gdy schizotymia jest zawsze reaktywna, schizofrenia może być zarówno reaktywna, jak i niezależna od doświadczenia afektywnego; schizofrenia zawsze składa się z objawów bleulerowskich, czyli zaburzeń procesów skojarzeniowych, stopienia afektu, a także halucynacji i urojeń. Zarówno schizotymia, jak i schizofrenia miały powodować trwałe zmiany osobowości. *Dementia schizophrenica* miała według Borsztajna opisywać pacjentów z najcięższym rozszczepieniem osobowości prowadzącym do ostrego pogorszenia stanu psychicznego.

W podręczniku jednak Borsztajn (1922a) zrewidował swoje poglądy na *schizothymia reactiva* jako odrębną jednostkę, uznając ją jednak za typ schizofrenii. Podstawowym symptomem schizofrenii, według Borsztajna (1927a, s. 84-85), był bowiem autyzm, którym dla niego była „[...] 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 negowania ich całkowitego i stwarzania sobie własnego świata [...]”. Zaburzenia schizofreniczne Borsztajn postrzegał jako spektrum – od jednostek normalnych o schizoidalnej konstytucji przez postacie reaktywne do pełnoobjawowych schizofrenii. Autyzm, w różnym nasileniu, miał być objawem charakterystycznym dla całego spektrum. Borsztajn (1922a, 1927c) uznał, że autyzm jest podstawowym objawem również *schizothymia reactiva*, ale w znacznie mniejszym nasileniu niż w pełnoobjawowej schizofrenii. *Schizothymia reactiva* jako reaktywna postać schizofrenii stała zatem na pograniczu między jednostkami normalnymi o schizoidalnej konstytucji, a pełnoobjawowymi pacjentami schizofrenicznymi. Słowami Borsztajna (1927c, s. 191) kategoria *schizothymia reactiva* określa „[...] przypadki psychozy ostrej, występującej po jakimś ciężkiem przeżyciu afektywnem”, które „[...] stanowi zawsze osnowę i treść objawów psychotycznych [...]” oraz charakteryzowana jest przez objawy swoiste: „1) urojenia [...] polegające na anulowaniu dawnych krzywd, zawodów i nieszczęść [...]; 2) uczucie pewności, że coś się dzieje [...]; 3) ograniczenie treści psychozy wyłącznie do przeżyć, które były przyczyną wybuchu choroby”.

Kategoria somatopsychicznej, czy, jak czasem ją określał, hipochondrycznej schizofrenii w wielu punktach przypominała *schizothymia reactiva*. Również była postacią reaktywną, charakteryzującą się obecnością autyzmu, nagłym wybuchem, będącym konsekwencją psychologicznej traumy zwykle charakteru seksualnego, a także

ciężkim przebiegiem (Bornsztajn, 1927b, 1936). Różnica dotyczyła treści urojeń. Obraz kliniczny somatopsychicznej schizofrenii zdominowany był przez urojenia dotyczące ciała i organizmu pacjenta. Nie występowały urojenia i halucynacje innej treści oraz zaburzenia procesów skojarzeniowych. Przypadki hipochondrycznej schizofrenii, według Bornsztajna, zwykle kończyły się remisją, chociaż zdarzali się pacjenci chorujący przewlekłe. Patomechanizm schizofrenii, w tym dwóch zaproponowanych przez siebie typów reaktywnych, Bornsztajn wyjaśniał przy pomocy psychoanalitycznej koncepcji regresji libido do stadium narcyzmu.

W latach trzydziestych somatopsychicznej schizofrenii poświęcił jeszcze dwa artykuły (Bornsztajn, 1933, 1936). W pierwszym na podstawie analizy przypadku 32-letniej pacjentki zauważył, że schizofrenia somatopsychiczna jest poronną formą schizofrenii paranoidalnej, w której nie zadziały mechanizmy projekcyjne, a co więcej, posiada specyficzne cechy, czyli jednoczesną obecność zaburzeń organicznych (w przypadku opisanym przez Bornsztajna – brak miesiączki u pacjentki) i psychonerwicznych (przymus rytmicznych oddechów) które pozwalają rozumieć ją jako kategorię pograniczną pomiędzy nerwicami a psychozami:

[...] jeżeli zastanowić się chwilę przez chwilę nad obrazem klinicznym, z jakim mamy tu do czynienia, to nie można zaprzeczyć, że jeszcze przed 15-20 lat nie zawahalibyśmy się zakwalifikować go jako histerię [...]. Dziś, z jednej strony dzięki temu, że inaczej, głębiej, ujmujemy nerwice, niż wówczas, że szukamy w nich nasamprzód i przede wszystkim psychorodnego ich pochodzenia i specyficznego dla każdej nerwicy podłoża konstytucjonalnego, zaś z drugiej strony, dzięki przewartościowaniu pojęcia dawnej dementia praecox [...] doszliśmy do zrozumienia, że mimo wielu cech, jakie zbliżają schizofrenję do cierpienia organicznego, istnieją postaci tej samej choroby, które są znacznie bliższe psychonerwicy, niż sprawy organicznej. Do takich należą wyodrębniona przeze mnie w 1916 r. postać schizofrenji, którą nazwałem schizotymia reactiva circumscripita, dalej te postaci, które opisałem w 1922 r., jako schizofrenję, rozpoczynające się od typowych objawów psychonerwicy natręctwa i wreszcie tę postać, [...] schizofrenję somatopsychiczną (Bornsztajn, 1933, s. 8).

Jeśli chodzi o postaci schizofrenii opisane w 1922 roku, do których w powyższym cytacie odnosi się Bornsztajn, ma na myśli pewne obrazy kliniczne podobne do schizofrenii, jednak o symptomatologii nerwicy natręctw, które opisał w artykule *Nerwica natręctwa a schizofrenia* (Bornsztajn, 1922b) – nie nadał im jednak specjalnej nazwy i nie poświęcił im później kolejnych opracowań.

W drugim artykule z lat trzydziestych poświęconym schizofrenii somatopsychicznej Borsztajn (1936), wykorzystując idee Eugeniusza Minkowskiego (1870/1933), urodzonego w Polsce francuskiego psychiatry o fenomenologicznej orientacji, analizował subiektywne doświadczenia zaburzeń czasu i przestrzeni pacjentów cierpiących na schizofrenię somatopsychiczną.

W skrócie, według Borsztajna, schizofrenia somatopsychiczna to „odrębna postać kliniczna schizofrenii”, która „[...] zaczyna się zazwyczaj ostro [...]”, a „[...] na pierwszy plan występują urojenia somatopsychiczne t. j. urojenia, dotyczące własnego ciała” (Borsztajn, 1933b, s. 1).

W 1925 roku w pracy zatytułowanej *O postaciach niedorozwiniętych schizofrenii*, ordynator Szpitala Starozakonnych na Czystem Adam Wizel zaproponował wprowadzenie kategorii schizofrenii niedorozwiniętej. 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 Charcot. W 1898 roku został ordynatorem oddziału psychiatrycznego Szpitala Starozakonnych na Czystem – stanowisko to piastował do śmierci w 1928 roku (Marcinów, 2017)

Terminem schizofrenii niedorozwiniętej proponował klasyfikować „[...] te przypadki schizofrenji, w których objawy kliniczne nie dochodzą do pełnego rozwoju, a niekiedy występują jedynie w formie zarodkowej” (Wizel, 1928, s. 194). Propozycję swoją wywiódł z krytyki pojęcia schizoidu Bleulera i Kretschmera, wysuniętej przez niemieckich psychiatrów Bumkego i Berzego, których zdaniem schizoid był raczej poronną postacią schizofrenii niż typem charakteru (Wizel, 1925). 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. Zdaniem Wizla marzenia powstają „[...] na gruncie afektywnym, na gruncie pewnych życzeń – z tego samego źródła afektywnego rodzą się i urojenia” (Wizel, 1928 s. 194). W jego rozumieniu funkcji marzeń i urojeń jako spełnienia życzeń widać inspiracje psychoanalizą. Właściwe dla dotkniętych schizofrenią niedorozwiniętą miało być także wycofanie z aktywności społecznych i realizowanie swoich dążeń w formie fantazji i marzeń (Wizel, 1925, 1928). Wizel zwrócił również uwagę na to, że proces marzeniowej realizacji życzeń zachodził czasami w formie symbolicznej, podobnie jak w marzeniach sennych. Mimo tego, że rozwój tego rodzaju

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.

W połowie lat dwudziestych zwłaszcza w środowisku psychiatrów Krajowego Zakładu Psychiatrycznego Dziekanka zaczęły pojawiać się głosy krytyki kategorii schizofrenii w takiej postaci, w jakiej zdefiniował ją Bleuler²⁵. Dyrektor placówki Aleksander Piotrowski uważał schizofrenię za jednostkę heterogeniczną i nadmiernie inkluzywną: „Znajdujemy w schizofrenji postacie chorobowe, które dawniej uważano za psychopatie, za stany degeneratywne [...], spotykamy chore osoby niezdolne do przystosowania się do otoczenia [...]. Do najłżejszych z tych postaci psychopatycznych należą i przypadki, które Bleuler określił mianem <<schizophrenia latens>> [...]” (Piotrowski, 1925, s. 182-183). Jego zdaniem wręcz „[...] mamy do czynienia nie z jednolitą postacią czy nawet grupą chorobową, lecz z szeregiem odmiennych chorób” (Piotrowski, 1925, s. 184). Optował za tym by z grupy schizofrenii wyłączyć kategorie katatonii oraz parafrenii jako mające najwięcej uzasadnienia w badaniach anatomopatologicznych, czyli w przeciwieństwie do schizofrenii kwalifikujące się do bycia nazwanymi jednostkami chorobowymi. Nie zgadzał się z ideą, by uznawać autyzm jako objaw pierwotny schizofrenii – jego zdaniem był to objaw wtórny, wynikający z postępującej izolacji chorego od otoczenia społecznego, do czego przyczyniał się również tradycyjny sposób traktowania chorych w szpitalach psychiatrycznych. Piotrowski (1925) oddał zasługi Maurycemu Bornsztajnowi za początkowe wyróżnienie kategorii *schizthymia reactiva* z grupy schizofrenii, jednak jego zdaniem badacz popełnił błąd zaliczając później tę postać do grupy schizofrenii, jeszcze rozszerzając jej zakres. Również zdaniem innego psychiatry z Dziekanki Oskara Bielawskiego (1925) schizofrenia zdefiniowana była zbyt szeroko, obejmując wiele jednostek klinicznych, które można było rozróżnić. Przedmiotem jego krytyki była również heterogeniczność, niejasność i różnorodność kryteriów stosowanych przez różnych badaczy i różne placówki psychiatryczne. Opierając się na analizie literatury europejskiej na temat klasyfikacji psychoz, Bielawski (1925) doszedł do wniosku, że w obliczu braku zadowalającej nozologii dla prawidłowej diagnozy kluczowe jest precyzyjne rozróżnienie lepiej zdefiniowanych kategorii klinicznych od schizofrenii.

²⁵ Po więcej informacji dotyczących koncepcji psychozy i jej leczenia w polskiej psychiatrii dwudziestolecia międzywojennego zob. Kornaj (2023a).

Formy schizofrenii, które Bielawski uznał za najbardziej spójne, precyzyjne i użyteczne, to hebefrenia Morela i katatonia Kahlbauma. Zaproponował również wyróżnienie nowej formy klinicznej „[...] którą niektórzy autorzy opisują, jako melancholję schizofreniczną, a której zasadniczymi cechami fenomenologicznymi są: inadekwatność uczucia do myślenia i <<protopotyczna>>, pierwotna natura zaburzeń w dziedzinie uczucia. Proponujemy nazywać tę postać kliniczną – obłąkaniem bolesnym” (Bielawski, 1925, s. 292).

W 1928 roku Gustaw Bychowski opublikował artykuł *W sprawie psychoterapii schizofrenji*²⁶, w którym opisał przypadki schizofrenii, „[...] w których obrazie klinicznym dużą rolę odgrywają elementy neurotyczne” (Bychowski, 1928a, s. 64). Nie zaproponował jednak w tym artykule żadnej specyficznej nazwy na określenie tych postaci schizofrenii.

W 1935 roku Jan Nelken opisał kategorię łagodnej schizofrenii. Nelken urodził się w 1876 roku we wsi Skomroszki niedaleko Kijowa. Ukończył medycynę w 1902 roku na Cesarskim Uniwersytecie w Kazaniu. Znany był 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 Wyszakolenia Sanitarnego Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Ujazdowskiego.

Jan Nelken (1935) kategorię łagodnej schizofrenii zaczerpnął z psychiatrii rosyjskiej, a konkretnie moskiewskiej szkoły Rosensteina. Podkreślając pograniczny charakter tej kategorii, swój artykuł z 1935 roku *Łagodna schizofrenja*, Nelken (1935, s. 87) rozpoczyna pisząc, że:

Formy schizofrenji łagodnej czy ukrytej [...] można obserwować w dwóch kierunkach: albo posuwając się w dół od wyraźnych form schizofrenji prostej przez psychopatję do nerwic — albo też odwrotnie, wschodząc w górę od podejrzanych nerwic i form psychopatycznych do coraz wyraźniejszych objawów schizofrenicznych, tworzących już proces psychotyczny.

²⁶ Artykuł ten w jego wersji niemieckojęzycznej, opublikowanej przez Bychowskiego w tym samym roku w czasopiśmie *Nervenarzt* (Bychowski, 1928b), Michael H. Stone (1989, 1999) wskazuje jako jeden z pionierskich tekstów na temat psychoterapii schizofrenii.

We wspomnianym artykule Nelken przeanalizował europejskie koncepcje dotyczące pogranicza psychoz i nerwic, i jego zdaniem to właśnie moskiewscy psychiatrzy najtrafniej opisali specyfikę tego rodzaju psychopatologii. Zwrócił uwagę na to, że systematyczne naukowe zainteresowanie rosyjskich psychiatrów łagodnymi formami schizofrenii było ściśle związane z radziecką organizacją psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Rozwinięty ruch higieny psychicznej – „wyjście psychjatrii poza ściany zakładów psychiatrycznych” słowami Nelkena (1935, s. 91) – pozwolił na zajęcie się przez psychiatrów ambulatoryjnymi przypadkami zaburzeń psychicznych nie wymagającymi 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 (1935, 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 itd.). 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”, używając określenia Nelkena (1935, 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)” (Nelken, 1935, s. 96). Przedchorobowa osobowość pacjentów z łagodną schizofrenią zwykle kwalifikowała się „[...] do tego lub innego typu psychopatii (psychastenicznej, schizoidalnej)” (Nelken, 1935, s. 97). Interakcja pomiędzy 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: „[c]ały ruch chorobliwego procesu ma charakter jakby perjodycznie następujących stanów kompensacji i dyskompensacji,

zjawiających się często pod wpływem momentów zewnętrznych, ale też i bez nich” (Nelken, 1935, s. 96).

W podsumowaniu Nelken zwrócił uwagę na to, że systematyczne badanie kliniczne przypadków łagodnej schizofrenii jest na bardzo wczesnym etapie, więc kategoria ta daleka jest od bycia przyjętą za użyteczną w psychopatologii. Wskazywał na problem nadmiernego rozszerzania granic kategorii schizofrenii w przypadku włączenia w jej obręb wszystkich łagodnych i utajonych jej form. Za uzasadnione uważał podstawowe pytanie: czy łagodna schizofrenia jest w ogóle schizofrenią? Dylemat dotyczył tego, czy tej postaci nie należałoby uznać raczej za formę psychopatii.

Ten dylemat klasyfikacyjny rozpoznał prawie dekadę przed artykułem Nelkena, Jan Mazurkiewicz – profesor i rektor Uniwersytetu Warszawskiego, a także prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Mazurkiewicz (1926, s. 127) z jednej strony brał pod uwagę przypadki „lekkich schizofrenii”, które „[...] żyją jak inni ludzie, tylko tu i ówdzie uderza u nich jakaś anormalność”, gdzie „chorzy często zmieniają stanowisko i zawód, albo bez powodu nagle nie przychodzą do pracy, są drażliwi, kapryśni, skłonni do kłótni i wymyślań”, i w których „[...] takie zachowanie się istotnie nieraz w ciągu długich lat poprzedza wystąpienie wyraźnych objawów schizofrenicznych”. Z drugiej strony zauważył, że „[...] istnieje wielka kategoria ludzi z konstytucją psychopatyczną, która może również nie doprowadzić do schizofrenii i pozostawać mniej więcej w tym samym stanie nawet do późnej starości” (Mazurkiewicz, 1926, s. 127). W związku z tym Mazurkiewicz (1926, s. 127) zadawał pytanie: „Czy jest rzeczą uzasadnioną zaliczać ich do lekkich postaci schizofrenji, jak to robią niektórzy autorowie?”.

W 1936 roku w pracy *O psychozach mieszanych* Julian Dretler, psychiatra pracujący w Szpitalu Psychiatrycznym w Kobierzynie zaproponował wprowadzenie do nozologii kategorii psychozy mieszanej. Zwrócił uwagę na trudność w jednoznacznym odgraniczeniu schizofrenii i psychozy maniakalno-depresyjnej²⁷. Problemem, który poruszył, była zatem nie kwestia pogranicza psychozy i nerwicy, ale pogranicza pomiędzy dwoma głównymi grupami psychoz. W oparciu o przegląd europejskiej literatury psychiatrycznej dotyczącej przypadków pogranicznych między schizofrenią a psychozą maniakalno-depresyjną, a także badania dziedziczności, argumentował, że postać, którą nazwał psychozą mieszaną, jest niezależną od schizofrenii i psychozy

²⁷ Zamiast terminu „psychoza maniakalno-depresyjna” Dretler używał określenia „psychoza szałowo-posepnicza”.

maniakalno-depresyjnej jednostką kliniczną, odgraniczającą od siebie te dwie grupy (Dretler, 1936). Ku takiemu wnioskowi skłoniły Dretlera przede wszystkim wyniki badań dziedziczności, które wskazywały na to, że, psychoza mieszana występuje w rodzinach, w których nie odnotowano obecności ani schizofrenii, ani psychozy maniakalno-depresyjnej, a w rodzinach, w których stwierdzono występowanie zarówno schizofrenii i psychozy maniakalno-depresyjnej, nie odnotowano większej częstości pojawienia się psychoz mieszanych. Psychoza mieszana, jak rozumował Dretler, nie mogła być zatem jedynie postacią objawową będącą mieszkanką heterogenicznych elementów schizofrenii i psychozy maniakalno-depresyjnej. Pisał, że „[...] 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” (Dretler, 1936, s. 190).

W roku 1937 pracujący w Szpitalu Starozakonnym na Czystem psychiatra o psychoanalitycznych i fenomenologicznych zainteresowaniach (a więc podobnego profilu co Maurycy Bornsztajn) Władysław Matecki przedstawił swoją kategorię schizofrenii nerwicopodobnej w artykule zatytułowanym *Nerwicopodobne (rzekomonerwicowe) postacie schizofrenii jako zagadnienie rozpoznawcze i lecznicze*. Przedmiot swojej pracy oraz motywy podjęcia tematu, Matecki (1937, s. 113) przedstawił następująco: „Przedmiotem zainteresowań psychiatry są wszelkie przejawy życia psychicznego, leżące na granicy pomiędzy psychiką normalną a zupełnie już ukształtowaną psychozą, a więc także obrazy niepełne, poronne, łagodne, psychopatie i psychonerwice itp.” Następnie odniósł się do wyróżnionej za Rosenstemem przez Nelkena kategorii „łagodnych schizofrenii”, wśród których „[...] zasługują na szczególną uwagę nerwicopodobne względnie rzekomoneurotyczne postacie schizofrenii” (Matecki, 1937, s. 113). Matecki (1937) widział schizofrenię nerwicopodobną jako specyficzną grupę schizofrenii niedorozwiniętej charakteryzującą się znaczną ilością objawów nerwicowych w obrazie klinicznym, które stanowiły jednak niejako fasadę dla rozwijającego się procesu schizofrenicznego. 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.

Zdaniem Mateckiego 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 miała być 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 podlegać miało nie tylko libido, ale i destrudo (popęd śmierci). Stąd poczucie nadchodzącej śmierci oraz nacechowane agresją urojenia somatopsychiczne i paranoidalne. Natomiast reakcją części ego pozostającej świadomą był lęk.

Władysław Matecki zaproponował kategorię schizofrenii nerwicopodobnej (rzekomonerwicowej) 12 lat przed ukazaniem się pracy Hoch'a i Polatin'a (1949). Amerykańscy psychiatrzy nie odnosili się w swoim artykule do pracy Mateckiego i istnieje niewielkie prawdopodobieństwo, by mogli znać pracę polskiego psychiatry. Tym niemniej fakt, że to Matecki 12 lat przed amerykańskimi psychiatrami zaproponował kategorię schizofrenii rzekomonerwicowej/nerwicopodobnej, jest wart odnotowania.

3.2.2. Zaburzenie osobowości

Od lat dziewięćdziesiątych XIX wieku w psychiatrii europejskiej nieprawidłowości osobowościowe określano pojęciem psychopatii (w liczbie mnogiej). Słowo „psychopatia” składa się z greckich wyrazów *psyche* i *pathos* i oznacza w dosłownym tłumaczeniu „cierpienie duszy”. Wielu historyków psychopatologii dopatruje się korzeni pojęcia psychopatii w kategorii *manie sans délire* (szaleństwa bez urojeń) wprowadzonym przez Phillipe'a Pinel'a na początku XIX wieku (Arrigo i Shipley, 2001; Hare, Neumann, Widiger, 2012; Hervé, 2017; Millon, Simonsen, Birket-Smith, 2003, Sass i Felthous, 2014). Początkowo termin „psychopatia” był stosowany na określenie choroby psychicznej w ogólności, często jako synonim psychozy (Beer, 1996; Burgy, 2008). W 1891 roku niemiecki psychiatra Julius Koch zaproponował kategorię „psychopatycznych małowartościowości” (niem.: *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*; Koch, 1891). Koch rozumiał psychopatię jako biologiczny defekt determinujący wadliwy rozwój charakteru. Pod pojęciem psychopatycznej niższości

Koch uwzględnił „[...] wszelkie nieprawidłowości psychiczne, wrodzone lub nabyte, które wpływają na człowieka w jego życiu osobistym i sprawiają, że nawet w najbardziej sprzyjających przypadkach nie rozwija on w pełni normalnych zdolności umysłowych” (Koch, 1891, s. 67, cyt. za: Millon i in., 2003, s. 8).

Jeden z najbardziej wpływowych poglądów na psychopatię, utrzymujący swą siłę oddziaływania jeszcze w okresie międzywojennym, został przedstawiony przez Emila Kraepelina w kolejnych wydaniach jego podręcznika psychiatrii. W piątym wydaniu *Psychiatrie: Ein Lehrbuch*, opublikowanym w 1896 roku, Kraepelin „[...] po raz pierwszy odniósł się do <<stanów psychopatycznych>>, twierdząc, że to zaburzenia konstytucjonalne ujawniające się jako niezbywalne chorobliwe osobowości” (Millon i in., 2003, s. 9). W siódmym wydaniu podręcznika, opublikowanym w 1904 roku, Kraepelin zamienił termin stany psychopatyczne na „osobowości psychopatyczne”, przez które rozumiał „[...] te osobliwe chorobliwe formy rozwoju osobowości, które mamy podstawy uważać za degeneracyjne. Cechą charakterystyczną degeneracji jest trwała chorobliwa reakcja na stresy życiowe” (Kraepelin, 1904, s. 547, cyt. za: Millon i in., 2003, s. 9-10). Kraepelin zidentyfikował cztery kategorie osobowości psychopatycznych: „patologiczni kłamcy i oszuści”, „przestępcy z impulsu”, „zawodowi przestępcy” i „patologiczni włóczędzy” (Millon i in., 2003, s. 10). Ostateczne poglądy w kwestii psychopatii Kraepelin przedstawił w ósmym wydaniu *Psychiatrie: Ein Lehrbuch* (Kraepelin, 1915). W tej pracy, wedle Millona i in. (2003, s. 10), Kraepelin:

[...] opisał psychopatów jako zubożonych w sferze afektywnej lub wolicjonalnej. Wyodrębnił dwie grupy: tych o chorobliwym usposobieniu, składającą się z obsesyjnych, impulsywnych i dewiantów seksualnych; oraz tych wykazujących osobliwości osobowości. Ta ostatnia grupa została podzielona na siedem typów: pobudliwych (*Erregbaren*), niestabilnych (*Haltlosen*), impulsywnych (*Triebmenschen*), ekscentrycznych (*Verschobenen*), kłamców i oszustów (*Luegner i Schwindler*), antyspołecznych (*Gesellschaftsfeinde*) i kłótliwych (*Streitsuechtige*).

W 1921 roku niemiecki psychiatra Ernst Kretschmer opublikował swoją pracę *Körperbau und Charakter* (Budowa ciała i charakter). Kretschmer (1925/1921) badał korelacje między typami budowy ciała a typami charakteru. Wyróżnił cztery typy budowy ciała: asteniczny (szczupły, mały, słaby), atletyczny (umięśniony), pykniczny (otyły), dysplastyczny (nieproporcjonalny); oraz dwa typy konstytucjonalne (temperamentalne): schizotypiczny (dzielący się na wrażliwe i zimne charaktery;

podatny na rozwój schizofrenii) i cyklotymiczny (charakteryzujący się okresowymi zmianami nastroju między podwyższonym a obniżonym; podatny na rozwój psychozy maniakalno-depresyjnej) (Kretschmer, 1925/1921).

W okresie międzywojennym jedną z najbardziej wpływowych prac na temat psychopatii była *Die Psychopatischen Personalitäten* (Osobowości psychopatyczne), opublikowana w 1923 roku przez niemieckiego psychiatrę Kurta Schneidera. Schneider (1923) rozumiał osobowości psychopatyczne jako jednostki, które odbiegają od średniej w nasileniu pewnych cech i albo same cierpią z powodu tych odchyłeń, albo powodują cierpienie innych. Wyróżnił dziesięć typów osobowości psychopatycznych: hipertymiczne, depresyjne, niepewne, nieufne wobec siebie, fanatyczne, poszukujące uwagi, chwiejne, wybuchowe, pozbawione uczuć, o słabej woli oraz asteniczne.

Autorem kolejnego wpływowego w Europie sposobu rozumienia psychopatii był Eugen Kahn. W swojej pracy *Psychopatischen Personalitäten*, opublikowanej początkowo jako rozdział w podręczniku Oswalda Bumkego *Handbuch des Geisteskrankheiten* w 1928 roku, Eugen Kahn użył terminu psychopatyczny, aby „[...] określić dużą liczbę cech lub stanów, które leżą w szerokiej strefie między zdrowiem psychicznym a chorobą psychiczną (psychozą)” (Kahn, 1931, s. 55, cyt. za: Berrios, 1993, s. 22). Kahn (1931) uważał, że osobowość składa się z trzech komponentów: impulsów, temperamentu i charakteru. Uważał, że psychopatię należy rozpatrywać nie tylko pod kątem zaburzeń charakteru, ale także jako zakłócenie w sferze impulsów i temperamentu. Pojęcie charakteru oznaczało dla Kahna strukturę celów osobowości, które dotyczyć mogą własnego „ja” lub otoczenia. Termin „impulsy” dotyczył zaspokajania popędów, a zaburzenia w tej sferze nazywał niemiecki psychiatra perwersjami. Kategoria „temperamentu” dotyczyła sfery emocjonalnej, a jej zaburzenia nazwał Kahn dystymiami. Psychopatie były zatem dla niego zaburzeniem osobowości, a więc wszystkich trzech sfer. Kahn popierał również pogląd Schneidera, że istotą psychopatii jest cierpienie osoby psychopatycznej lub jej środowiska społecznego.

Oprócz psychiatrii klinicznej, również psychoanaliza nie stroniła od zainteresowania osobowością, czy raczej charakterem, ponieważ tego pojęcia częściej używali psychoanalitycy. Jak podkreślają Millon i in. (2003), w międzywojennej europejskiej psychoanalizie zainteresowanie badaniem charakteru zostało rozbudzone

przez pracę Freuda *Some Character-Types Met With in Psycho-Analytic Work*²⁸ (Freud, 1957/1916). W latach dwudziestych XX wieku prace innych europejskich psychoanalityków, takich jak Karl Abraham (1925) czy Wilhelm Reich (1925), podążały za spostrzeżeniami Freuda. Abraham (1925) analizował antyspołeczne zachowanie typu osoby, którą nazywał „oszustem” (*impostor*). Wilhelm Reich (1925) opisał „charakter impulsywny”, wyjaśniając, że u takiej osoby superego „nie potrafi wyrazić się pod nieustępliwą kontrolą ego i w konsekwencji nie jest w stanie odpowiednio powstrzymać uwodzenia id, gdy staje w obliczu pokus instynktownych, co skutkuje swobodną ekspresją impulsów” (Millon i in., 2003, s. 15). Psychoanalicy nie używali raczej terminu „psychopatia” – kategoria była stosowana raczej w obszarze psychiatrii – pisano natomiast o „charakterze neurotycznym” (Alexander, 1930; Fenichel, 1945). Pojęcie charakteru neurotycznego miało dotyczyć „[...] grupy ludzi, których problemy manifestują się nie w formie ograniczonego zbioru symptomów, ale w formie charakterystycznego wzorca zachowania, który jest jawnym odchyleniem od normy” (Alexander, 1930, s. 292).

Wracając do polskiej psychopatologii międzywojnia, warto najpierw przypomnieć, przedstawianą już, klasyfikację chorób psychicznych Maurycego Bornsztajna (1922a, s. 142-143):

- A. Choroby psychiczne, w których osobowość nie jest rozwinięta dostatecznie (osobowości niepełnowartościowe pod względem intelektualnym lub uczuciowym).
- B. Choroby psychiczne, w których osobowość jest najczęściej pełnowartościowa w sensie intelektualnym, ale w których istnieje dysharmonia w dziedzinie afektywnej. Niektóre z tych stanów mogą istnieć całe życie bez zmiany, w innych następują nasilenia, ostre schorzenia, w których cechy zasadnicze konstytucji są tylko podkreślone, wyolbrzymione lub które stanowią jedynie dalszy ciąg rozwoju osobowości [...].

²⁸ Nie była to pierwsza praca Freuda na temat charakteru. W pierwszej dekadzie XX wieku Freud (1959/1908) opublikował tekst *Character und anal erotism* (Charakter a erotyka analna), wiążąc niektóre zaburzenia charakteru z pewnymi mechanizmami psychologicznymi związanymi z analną fazą rozwoju psychoseksualnego.

C. Grupa psychoz, w których osobowość ulega specyficznemu rozszczepieniu (schizophreniae).

D1. Grupa psychoz, w których osobowość ulega zmianom poważnym [...].

D2. Psychozy, w których osobowość ulega całkowitemu i bezpowrotnemu zniszczeniu [...].

Do grupy B., Bornsztajn zaliczył „typy i konstytucje psychopatyczne”. Na początku rozdziału o nich traktującego, Bornsztajn (1922a) dokonał wyjaśnień terminologicznych. Odróżnił strukturę psychiczną, czyli formalne cechy osobowości od jej cech jakościowych, czyli „popędów, dążeń, pragnień, uczuć” (Bornsztajn, 1922a, s. 34), czyli, inaczej mówiąc, treści. Według niego „struktura psychiki ludzkiej daje odpowiedź na pytanie, jak i w jaki sposób człowiek reaguje na zjawiska zewnętrzne, na przeżycia wewnętrzne: szybko czy powoli, trwale czy przemijająco, żywo, intensywnie, czy obojętnie, słabo”²⁹ (Bornsztajn, 1922a, s. 34). Oprócz tego charakterystykami struktury miał być nastrój oraz „[...] formalne właściwości przejawów woli: aktywność natury ludzkiej, inicjatywę, energię [...]” (*ibidem*).

Bornsztajn (1922a, s. 36-37) wyróżnił następujące „typy normalne”:

- 1) Wrażliowcy – „Są to nasamprzód ludzie wrażliwi, uczuciowi (niem. *Gefuhlsmenschen*), których cechą charakterystyczną jest łatwiejsze, aniżeli w normie, poddawanie się wrażeniom, szybsza i intensywniejsza reakcja uczuciowa [...]” (s. 36).
- 2) Nastrojowcy – „Tym ludziom brak owej harmonii nastroju, w której pierwiastki pogody i powagi są ze sobą odpowiednio i trwale zespolone; tutaj drobna względnie okoliczność zewnętrzna może już tą równowagę zachwiać i lekkie, wesołe podniecenie przeobrazić w przygnębienie” (s. 36).
- 3) Typ ludzi, których charakteryzuje „[s]łaba wola, brak inicjatywy i energii, trudności i wahania w raz rozpoczętej pracy [...] Ci ludzie przynoszą z sobą

²⁹ Rozumienie „struktury psychicznej” Bornsztajna wydaje się przypominać pojęcie „temperamentu” tak jak definiował go Jan Strelau w swojej Regulacyjnej Teorii Temperamentu, czyli jako „podstawowe, względnie stałe cechy osobowości odnoszące się przede wszystkim do formalnych charakterystyk (energetycznych i czasowych) reakcji i zachowań” (Strelau, 2001, s. 184).

na świat pewien zasadniczy brak – nieumiejętność życia, pewną niezdolność przystosowania się do jego potrzeb realnych [...]” (s. 37).

- 4) Typ opisywany przez polskiego psychiatrę jako „[...] ludzie których wrażliwość psychiczna jest nieco przytłumiona, stąd reagowanie na podniety świata zewnętrznego powolniejsze, leniwsze, kontakty ze wszystkim co ich otacza, mniej żywy, natomiast, natomiast większa skłonność do odosobniania się, do zacieśniania się w wąskim kole własnych interesów, własnego <<ja>>” (s. 37)
- 5) Typ ludzi „[...] nie tyle egoistyczny co egotyczny, sprowadzający wszystko do siebie, do swego własnego <<ja>>” (s. 37).

Następnie wyróżnił osiem „typów psychopatycznych” (Bornsztajn, 1922a, s. 38-43):

- 1) Typ ludzi „[...] bezwolnych, słabych, pozbawionych wewnętrznego oporu (niem. *Haltlose*), których „[...] cechuje przede wszystkim brak woli, niemożność oparcia się pobudzeniom, płynącym z zewnątrz lub chwilowym zachciankom własnym, dlategoż łatwo podlegają wpływom, w których sferę działania wpadają” (s. 38).
- 2) Typ „[...] którego cechą zasadniczą jest niepohamowana moc popędów biorących górę nad czynami rozważnymi” (s. 38).
- 3) Patologiczni kłamcy i oszuści.
- 4) Pieniacze rzekomymi.
- 5) Hysteryczne podłoże psychiczne – „nie zaś histerja, jako zespół kliniczny z całą jego kalejdoskopowością objawów psychicznych i cielesnych [...]” (s. 40).
- 6) Konstytucja psychopatyczna depresyjno-maniakalna.
- 7) Typ „[...] psychopatów z wrodzonym zahamowaniem uczuć moralnych, z brakiem przydźwięków uczuciowych dla tych wyobrażeń, które dotyczą praw, przynależnych innym ludziom z bliższego lub dalszego otoczenia, z brakiem lub niedorozwojem współczucia dla doli i niedoli współbraci, z niedorozwojem lub brakiem instynktów rodzinnych i społecznych” (s. 43).
- 8) Konstytucja psychasteniczna – „[...] cechą charakterystyczną jest obniżenie napięcia energii psychicznej, specjalnie w dziedzinie woli i płynące stąd takie właściwości, jak brak inicjatywy, chwiejność, wątpliwości, wahania, a jako rezultat trudność w przystosowaniu się do życia, niepraktyczność” (s. 43).

Poniższy, obszerny ustęp, daje wgląd w dymensjonalny sposób myślenia o zaburzeniach psychicznych Maurycego Bornsztajna, który typy psychopatyczne uważał za lokujące się na pograniczu normy i psychopatologii:

[...] pod wieloma względami, zbliżają się one [typy psychopatyczne – przyp. J. K.] do typów ludzkich, stojących dopiero na progu psychopatologii, które z kolei wyrastają niejako z t. zw. normy i łączą się z nią przez szereg niepostrzegalnych często odcieni. Z drugiej strony, omawiając niektóre typy psychopatyczne, zaznaczyliśmy już, że w wielu punktach stykają się one już z chorymi psychicznie, że o ile choroby psychiczne w ogóle warunkują mniejszą lub większą zmianę osobowości, o tyle typ psychopatyczny stanowi już sam przez się wstęp do choroby psychicznej w tym sensie, że dla ukształtowania się psychozy nie potrzeba tu zasadniczej zmiany osobowości, ale tylko nasilenia się, rozwoju pewnych właściwości psychicznych, czy to dotyczących struktury, czy też samego charakteru. Tu więc mówić można raczej o dalszym rozwoju już *de domo* psychopatycznej osobowości, nie zaś o zmianie zasadniczej, o przeobrażeniu się danego osobnika. Istnieje oto cały szereg chorób psychicznych, czy stanów psychotycznych, które wyrastają z danego podłoża psychopatycznego, jako jego dalsze stadium rozwojowe lub nasilenie [...] (Bornsztajn, 1922a, s. 46).

Bornsztajn uważał więc psychopatie za predysponujące w pewien sposób do rozwoju chorób psychicznych, same jednak nie będąc jeszcze zaburzeniem.

W tym samym roku co *Zarys psychiatrii klinicznej* Bornsztajna, w Polsce ukazał się jeszcze jeden podręcznik: *Diagnostyka psychiatryczna w zarysie dla studentów i lekarzy* autorstwa Aleksandra Piotrowskiego (1922). Piotrowski zakwalifikował „zwyrodnienia psychopatyczne” do grupy: „choroby psychopochodne”. Definicja, a raczej po prostu opis, psychopatii Piotrowskiego brzmi następująco: „U psychopatów charakter jest zwyrodniały, podobny do histerycznego. Niestalość, nagła zmienność nastrojów, przedsiębiorczość z jednej strony, zwątpienie z drugiej, objawy skrajnej nerwowości, niezdolność do zachowania miary, brak wytrwałości, przewaga fantazji nad rozważą, nierównomierny rozwój zdolności duchowych, nietolerancja wysokowa [...]” (Piotrowski, 1922, s. 66). Dyrektor Państwowego Zakładu Psychiatrycznego Dziekanka podkreślał również podatność tych osób na rozwój różnych chorób psychicznych: „Życie psychopatów przebiega stale *na pograniczu* [podkr. moje – J. K.] choroby psychicznej, przyczem w każdej chwili życia granica łatwo może być przekroczona. [...] [W]padają w nałogi, są skłonne do alkoholizmu i morfinizmu, zbroczeń płciowych, do zapędów

przewrotnych, do psychozy impulsywnej” (Piotrowski, 1922, s. 66). Piotrowski (*ibidem*) opisał kilka typów psychopatii:

Psychopaci popadają łatwo w rozdrażnienie. Drobnostka może ich wyprowadzić z równowagi. Na nieprzyjemne bodźce zewnętrzne odpowiadają gwałtownym gniewem albo rozpaczliwą trwogą prowadzącą do samobójstwa.

Inni nie mają energii. Charakter ich jest chwiejny. Mimo dobrych chęci nie mogą się utrzymać na prostej drodze, bo nie są wytrwali: każdej pokusie ulegają bez najmniejszego oporu [...].

Osobny typ psychopatów przedstawiają osoby namiętne, które ślepo idą za popędami swoimi – oddają się bezwzględnie pijaństwu [...] i morfinizmowi, uprawiają namiętne gry hazardowe [...].

Niektórzy psychopaci mają wybujałą fantazję, której nie umieją utrzymać na wodzy, bez dostatecznego autokrytycyzmu tworzą barwne obrazy fantastyczne, opowiadają o sobie nieprawdziwe rzeczy [...].

Psychopaci z przytępieniami uczuciami wyższego porządku mimo dobrej inteligencji i dobrego wychowania od najmłodszych lat miewają konflikty z władzami.

Z sądami mają często do czynienia piniacze [...]. Są to osoby psychopatyczne, drażliwe, kłótlive, przekonane o swojej wyższości [...].

Rozumienie psychopatii jako kategorii z pogranicza zdrowia i choroby było szeroko podzielane w polskim środowisku psychiatrycznym (Kornaj, 2024b). Zofia Rosenblum (1929, s. 21) twierdziła, że „[p]od nazwą psychopatii ustrojowej lub konstytucji psychopatycznej określa się *stany pograniczne* [podkr. J. K.] pomiędzy chorobą psychiczną a zdrowiem psychicznym, czyli stany, które same przez się nie oznaczają rozwiniętej choroby umysłowej, stoją z niektórymi jednostkami klinicznymi w pewnym powinowactwie”. Julian Gawroński (1929, s. 276) podkreślał wynikającą z psychopatii podatność na psychozę: „[...] rzesze psychopatów, oscylując stale w pasie granicznym między psychosferą normalną i psychotyczną, zbliżają się pod wpływem coraz trudniejszych warunków życiowych, a więc ciągłej walki wewnętrznej, do psychosfery psychotycznej; z psychopatów stają się psychicznie chorymi”. Władysław Sterling (1929) zaś analizował psychopatię od strony ustrojowej, czyli zakładał, że jest to zaburzenie uwarunkowane biologicznie. Współczesne mu klasyfikacje psychopatii podzielił na dwa rodzaje: kliniczne oraz charakterologiczne. Pierwsze miały koncentrować się na opisie objawów klinicznych, drugie na odniesieniu objawów psychopatii do koncepcji wyjaśniających związanych z pojęciem charakteru. Sterling

przy okazji omawiania różnych typologii psychopatii proponowanych przez europejskich psychiatrów, zwracał uwagę za Schneiderem na to, że „[...] jednakowo brzmiące określenia różnych autorów nie symbolizują bynajmniej jednoznacznych treści klinicznych” i w związku z tym podkreślał „[...] konieczność pewnej standaryzacji pojęć definicyjno-klasyfikacyjnych, która jedynie umożliwić nam może rozwiązanie zagadnienia t. zw. typizacji osobowości psychopatycznych, dążącej do nakreślenia nie sylwetek portretowych o zarysach choćby najbardziej charakterystycznych, na których opierała się dotąd klasyfikacja kliniczna, ale do ustanowienia szeroko zarysowanych typów, któreby dały się zestawzić z innymi typami i uszeregować w naukowy system klasyfikacji” (Sterling, 1929, s. 6). Stworzenie takiej klasyfikacji zdaniem Sterlinga możliwe jest tylko przez pryzmat charakterologii. Mimo tego, że Sterling uważał podejście charakterologiczne za najwłaściwsze w przypadku psychopatii, zwracał uwagę, że wielość klasyfikacji, z których każda ustanowiona jest na odmiennych kryteriach podziału umniejsza ich wartości. Jego zdaniem „[o]wa tendencja do możliwie drobiazgowej selekcji postaci psychopatycznych wynika z ogólnie przyjętego zapatrywania się na psychopatję ustrojową jako na *stan pogranicza* [podkr. moje – J. K.] pomiędzy psychicznym zdrowiem a psychiczną chorobą – a więc dopuszczający nieskończoną ilość wariantów” (Sterling, 1929, s. 18).

W kontekście ryzyka rozwoju psychoz w populacji osób psychopatycznych, Zofia Rosenblum (1929) oraz Julian Gawroński (1929), pod koniec lat dwudziestych przedstawiali szeroko zakrojone plany instytucjonalnej opieki nad osobami psychopatycznymi, zwłaszcza dziećmi i młodzieżą, w celu prewencji rozwoju chorób psychicznych. Zofia Rosenblum (1929) wprost powoływała się na osiągnięcia ruchu higieny psychicznej w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej. W istocie, jej oraz Gawrońskiego idee antycypowały w wielu punktach przedsięwzięcia Kazimierza Dąbrowskiego z lat trzydziestych (Kornaj, 2024b).

W podobnym tonie pisali Gradziński i Stryjeński (1932), którzy jako jeden z głównych celów organizacji pozazakładowej opieki psychiatrycznej, wskazywali na odciążenie przepełnionych szpitali psychiatrycznych. Krakowska poradnia dla psychicznie chorych, założona przez Stryjeńskiego, pomagać miała pacjentom z różnymi problemami, którzy z różnych powodów nie mogli skorzystać z leczenia szpitalnego oraz osobom „[...] z t. zw. *pogranicza zdrowia i choroby* [podkr. moje – J. K.], którzy zazwyczaj nie trafiają w ogóle pod opiekę psychjatryczną” (Gradziński i Stryjeński, 1932, s. 879).

Psychopatie dość obszernie w swoim podręczniku psychiatrii opisał również Jakub Frostig (1933). Jego definicja osobowości psychopatycznych jest następująca:

Jeżeli [...] usposobienie, sposób zachowania się, sposób zaspakajania popędów i właściwości charakteru, cele i tendencje życiowe odbiegają od norm przyjętych w grupie społecznej, tworzą się osobowości, odbiegające od normy. O ile chodzi o osobowości o swoistej, ale nadwartościowej strukturze duchowej, mówimy o osobowościach nadprzeciętnych, względnie genialnych. O ile struktura ta jest wybitnie swoista, ale nieproduktywna, nie dająca grupie społecznej żadnych korzyści, o ile osobowości te wchodzą w konflikt z urządzeniami, celami i zadaniami swej grupy, o ile odbiegają w zachowaniu od zwyczajnego sposobu życia, nazywamy je psychopatami (Frostig, 1933, s. 78).

Frostig (1933, s. 81) twierdził, że „[s]trukturę treści psychicznej można przy pomocy wielowymiarowego badania i rozpoznania zrekonstruować, natomiast objawów niepodobna w systematycznym opisie wyczerpać. Możemy więc mówić jedynie o pewnych typowych właściwościach i obrazach osobowości psychopatycznych [...]”. Pokusił się o wyróżnienie następujących typów osobowości psychopatycznych, jednocześnie zaznaczając, że „[k]lasyfikacja osobowości psychopatycznych nie jest i nigdy nie może być zupełna” (Frostig, 1933, s. 100):

- 1) Typy amoralne (*moral insanity*) – „Najbardziej niespołeczny i najczęśniej w konflikt z społeczeństwem wpada [...]”, „[j]ak wszystkie typy psychopatyczne, tak i ten nie stanowi szczególnej choroby ani też szczególnej jednostki psychicznej [...]” (Frostig, 1933, s. 101).
- 2) Typy historyczne – „U charakterów historycznych uderza brak proporcji pomiędzy zdolnością do realizacji zamierzeń a pragnieniami ideału osobowości. Osobowości te chciałyby <<czemś być>>, coś znaczyć; brak im jednak środków do tego, ażeby mogły wymarzoną sytuację osiągnąć” (s. 103).
- 3) Typy osobowości niestałych – „Niestałych odróżnia od poprzedniego obrazu przede wszystkim ogromna słabość woli, i stąd wpływająca niemożność realizacji.” (s. 107).
- 4) Typy psychasteniczne – „Istotną ułomnością osobowości psychastenicznych jest uczucie niedomogi i niepewności życiowej. Charaktery ich wydają się niewykończone, niepewne, lękliwe” (s. 109).

- 5) Fanatycy – „U pewnej grupy osobowości schizoidnych z wybitną skłonnością do idei nadwartościowych rozwija się szczególna postawa życiowa, która zależnie od nasilenia napędu i od siły wewnętrznej danej osobowości przyjmuje rozmaite formy” (s. 110).
- 6) Obłąkanie pieniacze – „Osobowości pieniacze wykazują w usposobieniu bardzo czynne, ekspansywne nastawienia. Rysy, które cechują charakter pieniaczy, są: silne samopoczucie, uporczywość, fanatyzm, potrzeba zemsty i zadośćuczynienia, mała sugestywność” (s. 117).

Frostig opisał również szereg „reakcji psychopatycznych”, którymi są „[...] patologiczne stany psychiczne, które występują, jako reakcje na pewne przeżycia” (Frostig, 1933, s. 120). Do takich reakcji zaliczał:

- 1) Depresję.
- 2) Reakcje pseudoeforyczne.
- 3) Eksplozje.
- 4) Napady psychogenne.
- 5) Stan pomroczny.
- 6) Hipochondrię.
- 7) Pourazowe reakcje psychogenne.
- 8) Lęk, strach, oczekiwanie.
- 9) Indukcję psychiczną, „zakażenie” psychiczne.
- 10) Ostre psychozy więzienne.
- 11) Symulację.

Stefan Borowiecki (1933, s. 98) przytoczył podział psychopatii w sferze charakteru zaproponowany przez Eugena Kahna, który polski psychiatra uznawał za szczególnie użyteczny, ponieważ opierał się na kryterium sposobu wchodzenia w relacje z innymi:

- 1) psychopaci stawiający siebie wysoko:
 - a) aktywni autyści, dążący do wybicia się kosztem otoczenia;
 - b) egocentrycy, dążący do wybicia się, aby być czymś w oczach innych;
- 2) psychopaci stawiający siebie nisko:

- a) pasywni autyści, zmierzający do zabezpieczenia siebie;
- b) poszukiwacze samych siebie, przeceniający innych, niedoceniający samych siebie;
- 3) psychopaci chwiejni-ambitendentni, stawiający siebie wysoko to znów nisko.

Dla Borowieckiego (1933) istotą psychopatii było zaburzenie relacji między jednostką a jej otoczeniem społecznym. Każda nerwica była dla niego psychopatią, ponieważ w każdej nerwicy występują różne rodzaje zaburzeń relacji z otoczeniem, takie jak wycofanie, lęk, izolacja: „Rodzaj psychopatii zwanej nerwicą przedstawia się w moich oczach jako rodzaj zaburzenia stosunku jednostki do otoczenia [...]” (Borowiecki, 1933, s. 95). Borowiecki omówił tę kwestię szerzej w innym swoim artykule, *Stosunek jednostki do otoczenia w nerwicach* (Borowiecki, 1932). Ponieważ zasadniczo każda choroba psychiczna, czy to nerwica, czy psychoza, ma u podstaw jakiś rodzaj zaburzeń w relacji jednostki z otoczeniem, Borowiecki (1933, s. 99) uważał, że u podłoża każdej choroby psychicznej leży jakaś forma psychopatii: „Czy to gdy idzie o psychozy czy nerwice, wszędzie interesuje nas dzisiaj stosunek tych zaburzeń do całości życia, a więc w znacznej mierze do cech charakterologicznych”.

Jan Nelken i Irena Bobrowska-Nelkenowa (1936) rozważali zasadność, zdobywających popularność w latach trzydziestych także i w Polsce, postulatów eugenicznych dotyczących potencjalnej „przydatności” bądź „nieprzydatności” dla społeczeństwa jednostek określanych jako psychopatyczne. Wspierając się na poglądach Ernsta Kretschmera i socjologa Floriana Znanieckiego, brali pod uwagę dwa pogranicza psychopatii: „od góry”, czyli pogranicze z normą psychiczną, które obejmowało, zdaniem autorów, „[...] formy psychopatii lekkiej, formy nieraz zaznaczone lub przejściowe, bezpośrednio zlewające się w warunkach społecznie unormowanych z normą psychiczną” (Nelken i Bobrowska-Nelkenowa, 1936, s. 369) oraz „od dołu”, gdzie „[...] mamy przede wszystkim wszystkie stałe postacie psychopatyczne, postacie z podręczników psychiatrycznych, ukryte postacie schizofrenji w pojęciu szkoły rosyjskiej Rosensteina, mnogie postacie stanów reaktywnych [...]”. Pisząc w kontekście pogranicza psychopatii o „ukrytych postaciach schizofrenji w pojęciu szkoły rosyjskiej Rosensteina” Nelken i Bobrowska-Nelkenowa (1936) odnosili się do kategorii „łagodniej schizofrenji” opisanej w 1935 roku przez Jana Nelkena i dylematu, który wtedy zasygnalizował Nelken, mianowicie czy łagodną schizofrenię uznać za schizofrenię czy raczej za daleko posunięty rodzaj psychopatii. W podsumowaniu pracy, Nelken i Bobrowska-Nelkenowa sformułowali wniosek,

że społeczeństwa „znormalizowane” lub „wysterylizowane”, pozbawione jednostek w jakiś sposób różniących się od pozostałych, odbiegających od normy, skłonnych do buntu i niezgody, nie byłyby w stanie się rozwijać, ponieważ postęp wymaga pewnej dozy buntu, inności, sprzeciwu.

Warto dodać, że istniały również prace wprowadzające do polskiej psychopatologii psychoanalityczne rozumienie zaburzeń charakteru (Bornsztajn, 1933a; Bychowski, 1935), jednak zainteresowanie tym kierunkiem myślenia o psychopatologii osobowości, w porównaniu z wpływem teorii konstytucjonalnej Kretschmera, czy też koncepcji Eugena Kahna, było niewielkie.

1 września 1939 roku wybuchła II Wojna Światowa. Dla polskiej psychiatrii była to tak wielka katastrofa jak dla całego narodu. Wiele szpitali psychiatrycznych zostało zrujnowanych. Nazistowscy okupanci mordowali personel psychiatryczny, zwłaszcza lekarzy żydowskiego pochodzenia, a także pacjentów szpitali psychiatrycznych, w imię ideologii eugenicznej. Spośród psychiatrów wspomnianych w tym rozdziale, podczas II Wojny Światowej zginęli: Władysław Matecki (zmarł w wyniku zakażenia tyfusem w Getcie Warszawskim w 1941 roku), Jan Nelken (został rozstrzelany w Katyniu w 1940 roku) i Władysław Sterling (został zamordowany przez Gestapo w 1943 roku). Wojnę przeżyli i zostali w kraju: Oskar Bielawski, Maurycy Bornsztajn oraz Zofia Rosenblum (później znana jako Zofia Rosenblum-Szymańska).

3.3. Podsumowanie

Kategorie podobne semantycznie do kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii okresu dwudziestolecia międzywojennego i II Wojny Światowej zebrane zostały w Tabeli 3.1.

Tabela 3.1. Kategorie podobne semantycznie do kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii okresu dwudziestolecia międzywojennego i II Wojny Światowej.

| BORDERLINE JAKO | KATEGORIE | DESYGNETY KATEGORII |
|-----------------------------|--|--|
| Pogranicze nerwic i psychoz | <i>Schizothymia reactiva</i> (Bornsztajn, 1916, 1922, 1927c) | „[...] przypadki psychozy ostrej, występującej po jakimś ciężkim przeżyciu afektywnym”, które „[...] |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| | | stanowi zawsze osnowę i treść objawów psychotycznych [...]” oraz charakteryzowana jest przez określone objawy swoiste (Bornsztajn, 1927c, s. 191) |
| | Schizofrenia somatopsychiczna (hipochondryczna) (Bornsztajn, 1922, 1927b, 1933, 1936) | Postacie schizofrenii, która „[...] zaczyna się zazwyczaj ostro [...]”, a „[...] na pierwszy plan występują urojenia somatopsychiczne t. j. urojenia, dotyczące własnego ciała” (Bornsztajn, 1933, s. 1). |
| | Schizofrenia niedorozwinięta (Wizel, 1925, 1928) | „[...] przypadki schizofrenii, w których objawy kliniczne nie dochodzą do pełnego rozwoju, a niekiedy występują jedynie w formie zarodkowej” (Wizel, 1928, s. 194). |
| | Łagodna schizofrenia (Nelken, 1935) | „Formy schizofrenii łagodnej czy ukrytej”, które „można obserwować w dwóch kierunkach: albo posuwając się w dół od wyraźnych form schizofrenii prostej przez psychopatie do nerwic — albo też odwrotnie, wschodząc w górę od podejrzanych nerwic i form psychopatycznych do coraz wyraźniejszych objawów schizofrenicznych” (Nelken, 1935, s. 87) |
| | Schizofrenia nerwicopodobna (rzekomonerwicowa) (Matecki, 1937) | Postacie schizofrenii o jawnej symptomatologii nerwicowej, ukrywającej schizofreniczny rozpad osobowości pacjenta. |
| Zaburzenie osobowości | Psychopatia (Bornsztajn, 1922; Borowiecki, 1933; Frostig, 1933; Gawroński, 1929; Nelken i Bobrowska-Nelkenowa, 1936; Piotrowski, 1922; Rosenblum, 1929; Sterling, 1929) | „[...] stany pograniczne pomiędzy chorobą psychiczną a zdrowiem psychicznym, czyli stany, które same przez się nie oznaczają rozwiniętej choroby umysłowej, stoją z niektórymi jednostkami klinicznymi w pewnym powinowactwie” (Rosenblum, 1929, s. 21) „[...] stan pogranicza pomiędzy psychicznym zdrowiem a psychiczną chorobą” (Sterling, 1929, s. 18). |

Źródło: opracowanie własne.

Próby identyfikowania i kategoryzowania stwarzających nozologiczne problemy obszarów pogranicznych pomiędzy nerwicami i psychozami, które miały miejsce w polskiej psychopatologii dwudziestolecia międzywojennego – która była w zasadzie tożsama z psychiatrią, ponieważ polska psychologia kliniczna jeszcze instytucjonalnie nie istniała – były próbą poradzenia sobie z konceptualnymi trudnościami, które trawiły całą europejską psychiatrię. Polscy psychiatrzy, krytyczni wobec kategorii schizofrenii latentnej Bleulera oraz uznający niewystarczalność pojęcia schizoidu, poszukiwali własnych rozwiązań nozologicznych. Szczególne zasługi na tym polu należą do psychiatrów Szpitala Starozakonnych na Czystem, czyli Władysława Mateckiego, Adama Wizła, a zwłaszcza Maurycego Bornsztajna. Kategorie schizofrenii niedorozwiniętej, *schizothymia reactiva*, schizofrenii hipochondrycznej oraz schizofrenii nerwicopodobnej, były oryginalnym wkładem polskiej psychiatrii do nozologii przypadków z pogranicza nerwic i psychoz. Jan Nelken natomiast, zaczerpnął z psychiatrii rosyjskiej kategorię łagodnej schizofrenii, przedstawiając ją w kontekście innych europejskich koncepcji i podkreślając jej związek z radziecką organizacją opieki psychiatrycznej szeroko uwzględniającą postulaty ruchu higieny psychicznej. Kategorię psychozy mieszanej Juliana Dretlera można uważać za pewnego rodzaju kategorię pograniczną, nie mieszczącą się jednak w przyjętym podziale, dotyczyła bowiem pogranicza schizofrenii i psychozy maniakalno-depresyjnej, a nie nerwicy i psychozy lub zaburzeń osobowości.

Warto zwrócić uwagę na zagadnienie związku polskich autorów lokalnych kategorii pogranicznych z psychoanalizą. Rozwój kategorii *borderline* w Stanach Zjednoczonych był bowiem ściśle związany z rozwojem i losami amerykańskiej psychoanalizy. Wśród autorów oryginalnych kategorii nozologicznych z pogranicza nerwic i psychoz, do zwolenników psychoanalizy zaliczyć można Bornsztajna, Mateckiego i Wizła. Psychoanalizą inspirował się również Jan Nelken, jednak w artykule *Łagodna schizofrenia* do niej się nie odwoływał. Zatem z psychoanalizą związana była rzeczywiście większość polskich autorów kategorii pogranicznych w dwudziestoleciu międzywojennym.

Warto odnotować, że dyskusja dotycząca pogranicza nerwicy i psychozy w polskiej psychiatrii miała miejsce 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, a kategoria schizofrenii nerwicopodobnej Władysława Mateckiego wyprzedzała o 12 lat opis wpływowy opis kategorii o tej samej nazwie, amerykańskich autorów Hocha i Polatina.

Z perspektywy rozumienia *borderline* jako zaburzenia osobowości, w polskiej psychopatologii posługiwano się kategorią psychopatii, którą uznawano za mieszczącą się na pograniczu normy i patologii – stanowiącą pewien czynnik ryzyka dla rozwoju psychoz, ale samą w sobie nie będącą jeszcze zaburzeniem. Polscy psychiatrzy proponowali rozmaite klasyfikacje psychopatii, inspirując się szczególnie podziałami Kraepelina, Schneidera, Kahna i Kretschmera. Jednocześnie zastrzegali, że nie jest możliwe stworzenie wyczerpującej klasyfikacji typów psychopatii, o wzajemnie rozłącznych, nie nakładających się kategoriach. Kluczem do stworzenia użytecznej klasyfikacji było przyjęcie spójnego kryterium podziału. Takim charakteryzowała się na przykład klasyfikacja Maurycego Bornsztajna, czy też, przytoczona przez Borowieckiego, klasyfikacja Eugena Kahna. Bornsztajn wyróżnił pięć typów normalnych i osiem psychopatycznych. Jakub Frostig natomiast oprócz sześciu typów psychopatycznych wyróżnił listę rozmaitych reakcji na urazowe wydarzenia, które nazwał „reakcjami psychopatycznymi”. Samą osobowość uznawano za złożone zjawisko, kształtowane w wyniku skomplikowanej interakcji genów i środowiska, składające się z takich składowych jak: struktura psychiki i jej treść (Bornsztajn); temperament, charakter, popęd (Borowiecki za Kahnem). W przypadku kategorii łagodnej schizofrenii, Jan Nelken sygnalizował dylemat w klasyfikacji takiego rodzaju psychopatologii pomiędzy zaliczeniem jej do kategorii schizofrenii lub psychopatii.

Rozdział 4. Kategoria *borderline* w polskiej psychopatologii w czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej

Niniejszy rozdział rozpocznie krótka rekonstrukcja kontekstu społeczno-kulturowego rozwoju psychopatologii w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, następnie zrekonstruowany zostanie rozwój kategorii *borderline* w tym okresie. Rozdział zakończy podsumowanie.

4.1. Kontekst społeczno-kulturowy rozwoju psychopatologii w Polsce w czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej

Po II Wojnie Światowej Polska, o zmienionych granicach – bez Lwowa i Wileńszczyzny, za to z Dolnym Śląskiem – znalazła się na wschód od Muru Berlińskiego, a więc w strefie podległości wobec Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich. Nowe Państwo o ustroju komunistycznym przyjęło nazwę Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (PRL). Według Normana Daviesa (2005, s. 413) okres Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej można podzielić na trzy fazy: 1) budowanie polskiej komunistycznej Demokracji Ludowej (do 1948 roku); 2) narzucenie stalinizmu (1948-1956); 3) rodzimy reżim komunistyczny (1956-1989). Jak pisze Tadeusz Nasierowski (2005, s. 395) opisując znaczenie okresu stalinizmu dla polskiej psychiatrii: „Koniec drugiej wojny światowej oznaczał ponowne związanie się psychiatrii polskiej z rosyjską, lecz tym razem na zasadzie pełnej zależności”, ponieważ „[w]raz z wejściem w życie ustawy z 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia zaczęło się centralne zarządzanie psychiatrią poprzez Ministerstwo Zdrowia [...]”. W 1948 roku wznowiono wydawanie Rocznika Psychiatrycznego – oficjalnego organu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Jednak w roku 1951 władze połączyły Polskie Towarzystwo Psychiatryczne z Polskim Towarzystwem Neurologów i Neurochirurgów i powołały do życia wspólne czasopismo *Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska* łącząc *Psychiatrię Polską* i *Neurologię Polską*. Zgodnie ze słowami Nasierowskiego (2005, s. 397), w polskiej psychiatrii „między 1951 a 1956 trwała <<ciemna noc stalinizmu>>”.

W pierwszym wydaniu czasopisma *Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska*, ukazał się artykuł autorstwa Eufemiusza Hermana (1951) pod tytułem *Znaczenie*

nauki Pawłowa dla neurologii klinicznej, będący swego rodzaju manifestem proklamującym pawłowizm, a zatem ścisły materializm jako fundament teoriopoznawczy dla polskiej psychiatrii i neurologii. Jak podaje Nasierowski (2005, s. 396), „[n]a straży poprawności ideologicznej prowadzonych badań naukowych i kształcenia studentów medycyny stanęła nowo powołana instytucja, będąca kopią rozwiązań sowieckich – Instytut Psychoneurologiczny [...]”, a „[z]aleceniu bezwzględnej walki z [...] przejawami <<antysocjalistycznego>> myślenia podporządkowało się wielu psychiatrów”. Jednocześnie w latach pięćdziesiątych wprowadzono zmiany w edukacji medycznej – uniwersyteckie wydziały lekarskie zostały zlikwidowane, a na ich podstawie powstały Akademie Medyczne (Nasierowski, 2005).

Wraz z końcem stalinizmu w Polsce, w 1956 roku, jak podaje Nasierowski (2005, s. 397) „władze odstąpiły od [...] programu skrajnej ideologizacji nauki. Odtąd Instytut Psychiatrii i Neurologii (nazwę zmieniono w 1986 roku) mógł zacząć wypełniać swoje statutowe zadania i stał się resortową placówką naukowo-badawczą w zakresie psychiatrii i neurologii [...]”. Wtedy też reaktywowano niezależne Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Zdaniem Nasierowskiego (*ibidem*) „[o]dtąd psychiatria polska kierowała się ku psychiatrii zachodniej. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne zaczęło nawiązywać coraz ściślejszą współpracę z towarzystwami międzynarodowymi, na czele z World Psychiatric Association (WPA), którego jest członkiem i założycielem (od 1961 roku)”. Wydawanie czasopisma *Psychiatria Polska* wznowiono w 1967 roku.

Po II Wojnie Światowej priorytetem dla polskiego państwa, któremu w przeważającej części podporządkowywano centralnie sterowaną gospodarkę, była odbudowa ogromnej skali zniszczeń (Davies, 2005). Podejmowano również wysiłki w kierunku odbudowy, a nawet poprawy stanu polskiej psychiatrii. Jak podają Bilikiewicz i Gallus (1962)³⁰ oraz Nasierowski (2005), w PRL, na wzór ZSRR, szybko rozwijała się psychiatryczna opieka poza-szpitalna. Stało się to na kanwie dzieła Kazimierza Dąbrowskiego, bowiem, jak podaje Nasierowski (2005, s. 394) „[w] 1949 roku władze zlikwidowały Instytut Higieny Psychiczej, a jego filie przekształciły w wojewódzkie przychodnie zdrowia psychicznego”. W latach sześćdziesiątych przystąpiono do budowy

³⁰ Dzieło *Psychiatria polska na tle dziejowym* Tadeusza Bilikiewicza i Jana Gallusa (1962), będące bogatym źródłem informacji o historii polskiej psychiatrii, w kwestii stanu psychiatrii w okresie PRL należy traktować wyjątkowo krytycznie, ponieważ ukazało się właśnie w tamtym czasie, a w dodatku opublikowane zostało przez Polski Związek Wydawnictw Lekarskich.

nowych szpitali psychiatrycznych, otwierano oddziały psychiatryczne oraz tworzono poradnie zdrowia psychicznego (Nasierowski, 2005).

W roku 1948, z inicjatywy Stefana Błachowskiego, na zjeździe założycielskim w Poznaniu powstało Polskie Towarzystwo Psychologiczne, które istnieje do dziś (Rzepa i Dobroczyński, 2009, s. 149). W 1958 roku odbył się pierwszy zjazd psychologów klinicznych w Polsce. W roku 1960 Andrzej Lewicki założył na Uniwersytecie w Poznaniu pierwszą w Polsce Katedrę Psychologii Klinicznej (Sęk, 2000). W tym samym roku powstały również Zakłady Psychologii Klinicznej w Warszawie i Krakowie, a także Sekcja Psychologii Klinicznej przy Polskim Towarzystwie Psychologicznym (Sęk, 2000). W pierwszym polskim podręczniku psychologii klinicznej, Andrzej Lewicki (1968) zdefiniował psychologię kliniczną jako dziedzinę psychologii zajmującą się „zaburzeniami zachowania”, rozumianymi jako upośledzenia funkcjonowania w zakresie zaspokajania osobistych potrzeb i realizowania zadań stawianych przez kulturę i społeczeństwo. Kategoria zaburzeń zachowania była szeroka, ponieważ obejmowała nie tylko psychopatologię, czyli zaburzenia psychotyczne, nerwice czy „[...] <<zaburzenia osobowości>> określane dość różnorodnie jako psychopatie, socjopatie czy [...] charakteropatie [...]”, ale również „[...] formy zachowania, które występują u osób najzupełniej normalnych i nie podpadających pod żadną kategorię psychopatologiczną” (Lewicki, 1968, s. 19-20). Według Lewickiego (1968, s. 22) zadania praktyczne psychologii klinicznej sprowadzały się „[...] do trzech grup zagadnień – profilaktyki zaburzeń zachowania, ich psychologicznej diagnozy i ich usuwania bądź łagodzenia drogą określonych zabiegów psychokorektywnych”. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych budowano struktury edukacyjne i specjalizacyjne dla psychologów klinicznych i coraz szerzej włączano ich w działalność terapeutyczną (Sęk, 2000).

Jeśli chodzi o psychoanalizę, która zdobyła przed II Wojną Światową grono zwolenników wśród polskich psychiatrów, uznana została przez władze Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej za wrogą komunizmowi i materializmowi burżuazyjną ideologię, a jej stosowanie i promowanie zostało zabronione (Kobylińska-Dehe i Prot-Klinger, 2021; Nasierowski, 2005; Wojciechowska, 2021). Jak piszą Ewa Kobylińska-Dehe i Katarzyna Prot-Klinger (2021, s. 7): „Do lat 60. ubiegłego stulecia psychoanaliza była nieobecna w Polsce zarówno jako teoria, jak i praktyka psychoterapeutyczna [...]”. W 1961 powstała Sekcja Naukowa Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a w 1963 we wsi Rasztów powstał oparty na myśli psychoanalitycznej

Oddział Leczenia Nerwic, którego pierwszym kierownikiem był Jan Malewski, potem Michał Łapiński, a następnie Jerzy Pawlik. Jan Malewski szkolił się w psychoanalizie w Budapeszcie u Imre Hermanna (Malewski, 2021), a Michał Łapiński w Pradze³¹ u Kučery (Łapiński, 2021).

W pierwszej połowie lat siedemdziesiątych, pod rządami Edwarda Gierka, na chwilę zapanowało ożywienie gospodarcze w związku z pożyczkami zaciągniętymi u krajów Zachodu i rządowymi inwestycjami. Jednak niekorzystny splot światowych wydarzeń sprawił, że inwestycje nie zwróciły się, co doprowadziło do głębokiego kryzysu gospodarczego, który nawiedził Polskę w drugiej połowie lat siedemdziesiątych (Czubiński, 2005). Lata osiemdziesiąte były w Polsce czasem burzliwym. Władza Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej – w osobie generała Wojciecha Jaruzelskiego – próbowała zapanować nad kryzysem gospodarczym oraz walczyć z wolnościową organizacją robotniczą NSZZ „Solidarność”. W latach 1981-1983 wprowadzono Stan Wojenny, kiedy rząd próbował uporać się ze strajkami robotniczymi i „Solidarnością”. Kolejne rządy próbowały reformować pogarszającą się sytuację gospodarczą, jednak na próżno (Czubiński, 2005). Represje zastosowane w czasie Stanu Wojennego wobec „Solidarności” osłabiły ją, jednak nie powstrzymały. W wyniku jej działań, 31 grudnia 1989 weszła w życie uchwalona 29 grudnia 1989 ustawa o zmianie Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Na jej mocy między innymi zmieniono nazwę Państwa na Rzeczpospolitą Polską.

4.2. Kategoria *borderline* w praktykach badawczych polskiej psychopatologii w czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej

Poniżej podjęta zostanie próba rekonstrukcji rozwoju kategorii *borderline* (i/lub podobnych jej kategorii lokalnych) w praktykach badawczych w polskiej psychopatologii w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej w podziale na: 1) pogranicze nerwic i psychoz; 2) zaburzenie osobowości.

³¹ W Czechach szkolił się również inny pionier psychoanalizy po II Wojnie Światowej – Zbigniew Sokolik (2021).

4.2.1. Pogranicze nerwic i psychoz

W celu eksploracji lokalnych kategorii z pogranicza nerwic i psychoz w polskiej psychopatologii po II Wojnie Światowej, warto po pierwsze przestudiować powstałe w tym czasie klasyfikacje psychiatryczne. Lata 1946-1989 były bowiem okresem żywego rozwoju tych klasyfikacji, zarówno na świecie, jak i w Polsce. Jak podaje Ryszard Kujawski (2016, s. 39):

Prace nad poprawą klasyfikacji zaburzeń psychicznych w Polsce po drugiej wojnie światowej toczyły się dwutorowo. W odświeżonej, dla celów statystyki medycznej, opierały się na kolejnych rozporządzeniach ministra zdrowia. Natomiast propozycje naukowe cechowały się oryginalnością, podążając za nurtem światowym, a nawet go wyprzedzając.

W Polsce oficjalną klasyfikacją stosowaną do celów statystycznych aż do 1950 roku, była „[...] klasyfikacja chorób z 1932 r., w której zaburzenia psychiczne wymieniono w jednej (!) pozycji: 84/34 – Schizofrenia i inne postacie chorób psychicznych: a) schizofrenia, b) inne postacie chorób psychicznych” (Kujawski, 2016, s. 39).

W latach 1955-1959 zaburzenia psychiczne klasyfikowano według klasyfikacji „Mz-Ps-5”, która była w zasadzie, opartą na niejednorodnych kryteriach, listą 23 kategorii (Kujawski, 2016, s. 41):

1. Niedorozwój psychiczny: debilizm, imbecyizm, idiotyzm
2. Psychopatia
3. Paranoja
4. Padaczka
5. Zaburzenia psychiczne po urazach
6. Zaburzenia psychiczne w guzach mózgu
7. Psychozy wywołane schorzeniem naczyń mózgowych
8. Psychozy inwolucyjne (klimakteryczne, przedstarcze i starcze)
9. Psychozy pochodzenia zakaźnego
10. Porażenie postępujące i inne psychozy kiłowe
11. Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe
12. Zaburzenia psychiczne w zatruciu alkoholem (psychozy alkoholowe, alkoholizm przewlekły)
13. Zaburzenia psychiczne w innych zatruciach (przemysłowych, innych)

14. Psychozy somatogenne
15. Schizofrenia
16. Psychoza maniakalno-depresyjna
17. Nerwice
18. Psychozy reaktywne
19. Przypadki inne chorób psychicznych
20. Inne choroby układu nerwowego (neurologiczne)
21. Bez objawów chorobowych
22. Inne choroby
23. Choroby niedokładnie określone

W latach 1959-1969 obowiązywała klasyfikacja zunifikowana z ICD-7. Zaburzenia psychiczne podzielono na trzy duże grupy – psychozy; zaburzenia psychonerwicowe; zaburzenia charakteru, zachowania się i inteligencji – w obrębie których wyróżniono poszczególne kategorie zaburzeń (patrz *Tabela 4.1.* poniżej).

Tabela 4.1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych w Polsce w latach 1959-1969.

| Rozdział V | Choroby psychiczne, psychonerwice i zaburzenia osobowości |
|---|--|
| Psychozy (300-309) | 300 Zaburzenia schizofreniczne 301 Psychoza maniakalno-depresyjna 302 Melancholia inwolucyjna 303 Paranoja i stany paranoiczne 304 Psychozy starcze 305 Psychozy przedstarcze 306 Psychozy w stwardnieniu tętnic mózgu 307 Psychozy alkoholowe 308 Psychozy o innej etiologii 309 Psychozy inne i BNO |
| Zaburzenia psychonerwicowe (310-318) | 310 Psychoza lękowa bez objawów somatycznych 311 Psychoza histeryczna bez stanów lękowych 312 Stany lękowe (fobie) 313 Stany natręctw i przymusu 314 Depresje. Nerwice ze stanami depresyjnymi 315 Psychonerwica z objawami somatycznymi w zakresie układu krążenia 316 Psychonerwica z objawami somatycznymi w zakresie układu trawiennego 317 Psychonerwica z objawami somatycznymi w zakresie innych układów 318 Psychonerwice mieszane i BNO |

| | |
|--|---|
| Zaburzenia charakteru, zachowania się i inteligencji (320-326) | 320 Osobowość patologiczna 321 Niedojrzałość osobowa 322 Alkoholizm 323 Inne zatrucia nałogowe (narkomanie) 324 Pierwotne zaburzenia zachowania się we wczesnym dzieciństwie 325 Niedorozwój umysłowy 326 Inne i BNO zaburzenia charakteru, zachowania się i inteligencji |
|--|---|

Zródło: Kujawski, 2016, s. 40.

Jeśli chodzi o drugi tor, o którym wspomina Kujawski (2016), czyli oryginalne rodzime klasyfikacje psychiatryczne, już w 1946 roku swój pomysł przedstawił Józef Handelsmann. Jego podział opierać się miał na psychofizjologicznej teorii ewolucji i dyssolucji wyższych czynności nerwowych Jana Mazurkiewicza i zawierał pięć podstawowych kategorii: „trzy grupy dyssolucyjne (psychonerwicowa; schizofreniczna i paranoidalna; deliryjna) oraz grupę dementywną i grupę psychoz maniako-depresyjnych” (Kujawski, 2016, s. 42). Klasyfikacja ta wydaje się dość uboga i trudno znaleźć w niej kategorię z pogranicza nerwic i psychoz.

W 1948 roku Maurycy Bornsztajn, który w 1946 roku został profesorem katedry psychopatologii Uniwersytetu Łódzkiego, opublikował drugie wydanie swojego podręcznika z 1922 roku, które zatytułował *Wstęp do psychiatrii klinicznej dla lekarzy, psychologów i studentów*. Na kartach drugiego wydania w niezmienionej formie znalazła się klasyfikacja zaburzeń psychicznych oparta na kryterium zmian osobowości, w tym kategorie schizofrenii schizotypicznej oraz somatopsychicznej, a także cały psychoanalityczny aparat pojęciowy. Publikacja Bornsztajna została ostro skrytykowana podczas XXIII Zjazdu Psychiatryków Polskich we Wrocławiu, gdzie „[...] Bornsztajnowi zarzucano kosmopolityczne skłonności, <<zachodniomanię>> i nieuzasadnioną krytykę nauki Pawłowa” (Kobylińska-Dehe i Prot-Klinger, 2021, s. 7).

W 1947 roku zarys swojej oryginalnej etioepigenetycznej klasyfikacji zaburzeń psychicznych przedstawił Tadeusz Bilikiewicz (1947). Cztery lata później opublikował pierwszą drukowaną wersję swej klasyfikacji (Bilikiewicz, 1951; Kujawski, 2016). Poprawioną i ostateczną wersję etioepigenetycznego układu nozograficznego opublikował Bilikiewicz w 1969 roku w IV wydaniu podręcznika *Psychiatria kliniczna* (Bilikiewicz, 1969). Klasyfikacja Bilikiewicza zakładała etiologiczne nakładanie się trzech warstw czynników. Pierwszą, ontogenetycznie pierwotną warstwą, miała być warstwa „dziedziczno-konstytucjonalna” – stanowiły ją uwarunkowania osobowościowe, dziedziczne lub nabyte w wyniku interakcji genów i środowiska, oraz organiczne choroby

genetyczne. Warstwę drugą stanowić miały choroby, urazy i procesy organiczne rozwijające się w trakcie życia, a trzecią, najbardziej „powierzchnową”, zespoły objawowe, których obraz kliniczny zależy od układu etiologicznego czynników warstwy pierwszej i drugiej, i które zwykle ustępują pod wpływem interwencji medycznych. Pierwszą i drugą wersję etioepigenetycznego układu nozograficznego Tadeusza Bilikiewicza przedstawia *Tabela 4.2*. W układzie tym próżno szukać kategorii z pogranicza nerwic i psychoz, ponieważ Bilikiewicz zupełnie inaczej niż miało to miejsce w tradycyjnej psychiatrii klinicznej (w modelu klasyfikacji Kraepelina czy Bleulera) rozumiał wzajemny stosunek etiopatogenetyczny tych dwóch kategorii psychopatologicznych. Jedynymi psychozami, którym nadawał rangę prawdziwego procesu chorobowego była schizofrenia prosta i cyklofrenia, czyli psychoza maniako-depresyjna (II warstwa), natomiast resztę psychoz, to jest postaci reaktywne i tradycyjne typy schizofrenii (czy wcześniej *dementia praecox*), czyli hebefrenię, katatonię, paranoję, czy parafrenię, a także wszelkie rodzaje nerwicy, uznawał Bilikiewicz za zespoły objawowe (III warstwa). Nie jest zatem według nozograficznego układu Bilikiewicza niczym niemożliwym do pomyślenia istnienie np. schizofrenii z zespołem objawowym nerwicy natręctw lub hysterii i nie ma potrzeby tworzenia odrębnych kategorii nozologicznych (np. schizofrenii nerwicopodobnej) opisującej takie obrazy kliniczne.

Tabela 4.2. Wersje etioepigenetycznego układu nozograficznego Tadeusza Bilikiewicza z roku 1951 i 1969.

| Układ nozograficzny etioepigenetyczny (1951) | Układ nozograficzny etioepigenetyczny (1969) |
|--|--|
| (I) warstwa dziedziczno-konstytucjonalna, z wpływami środowiskowymi włącznie; (7 grup; dwie na pograniczu warstwy I i II): 1. Schizotypia, 2. Epileptotypia, 3. Cyklotypia, 4. Histertypia (skirtotypia), 5. Inne typy neuro- i psychopatii. <u>Na pograniczu warstw I i II:</u> 6. Różne szkliwości organiczne i psychiczne, których związek z warstwą I wywodzi się z „pojęcia żywotności i odporności”, 7. Płásawica Huntingtona | (I) warstwa (okres) dziedziczno-konstytucjonalny (5 grup): 1. Ontogeneza prawidłowa 2. Odchylenia (powyżej lub poniżej) prawidłowego intelektu 3. Odchylenia od prawidłowego charakteru (Psychopatie) 4. Odchylenia dziedziczno-wrodzone 5. (Prawdziwa) predyspozycja dziedziczna |
| (II) warstwa chorób albo zespołów organicznych (13 grup): | (II) warstwa (okres): Choroby, procesy i defekty psychoorganiczne (15 grup): 1. Encefalopatie z oligofrenią |

| | |
|--|--|
| <p>1. Oligofrenia, 2. Urazy mózgu i stany pourazowe, 3. Okres przedstarczy i starość, 4. Choroby organiczne mózgu a) guz mózgu b) stwardnienie rozsiane itd., 5. Infekcje ogólne i autointoksykacje, 6. Szkodliwości organiczne i psychogenne (należne również do warstwy I) m.in. przemęczenie, pozbawienie snu, przegrzanie, oziębienie, napięcie emocjonalne, konflikt wewnętrzpsychiczny, długotrwałe napięcie emocjonalne, tęsknota, nostalgia, nieregularny tryb życia, wybryki seksualne, nieszczęśliwa miłość, 7. Kiła układu nerwowego ośrodkowego, Zapalenie mózgu śpiączkowe. Stan po zapaleniu mózgu, 9. Płasawica Huntingtona (należy też do warstwy I), 10. Zatrucia, 11. Padaczka, 12. Schizofrenia (schizofrenia prosta, czyli przewlekła), 13. Cyklofrenia (psychoza maniakalno-depresyjna)</p> | <p>2. Stany pourazowe 3. Okres przedstarczy i starość 4. Znaczące uszkodzenie mózgu 5. Uogólnione infekcje ostre i przewlekłe; choroby ogólne 6. Zaburzenia hormonalne (Endokrynopatie) 7. Kiła OUN 8. Stan po zapaleniu mózgu 9. Zatrucia i toksykomanie 10. Encefalopatia z padaczką 11. Schizofrenia przewlekła (proces) 12. Proces podłoża cyklofrenii 13. Hipotetyczne podłożę endogennej paranoi 14. Hipotetyczne podłożę endogennej parafrenii 15. Czynniki psychogenne</p> |
| <p>(III) warstwa zespołów epizodycznych (8 klas): 1. Zespół schizofrenoidalny a) hebefreniczny (hebefrenoidalny), b) katatoniczny (katatonoidalny), c) paranooidalny, d) paranoiczny, parafreniczny. 2. Zespół majaczeniowy lub majaczenie, 3. Zespół zamroczeniowy lub zamroczenie, 4. Zespół depresyjny, czyli depresja, 5. Zespół maniakalny, czyli mania, 6. Zespół amentywny, czyli amencja, 7. Zespół histeryczny, 8. Zespoły reaktywne (psychotyczne i nerwicowe), o ile da się odgraniczyć od hysterii A. Psychotyczne B. Pseudoneurotyczne a) zespół neurasteniczno-hipochondryczny b) nerwice lękowe c) nerwica natręctw (psychastenia) d) skrupulatyzm e) nerwice seksualne f) zespoły dzielone (folie a deux) g) wszystkie zespoły</p> | <p>(III) warstwa (okres) – zespoły czynnościowe (22 klasy): 1. Zespół hebefreniczny 2. Zespół katatoniczny 3. Zespół paranooidalny 4. Zespół ksobno-paranoiczny 5. Zespół paranoiczny (prześladowczy) 6. Zespół parafreniczny 7. Katalepsja woskowata 8. Katalepsja sztywna 9. Majaczenie 10. Stan pomroczny 11. Zespoły drgawkowe 12. Zespół amentywny 13. Zespół depresyjny endogenny 14. Stan maniakalny 15. Stany reaktywne 16. Zespół natręctw 17. Zespół neurasteniczno-hipochondryczny 18. Zespół histeryczny 19. Nerwice seksualne lub zboczenia płciowe psychogenne 20. Nerwice ruchowe 21. Nietrzymanie moczu. Nietrzymanie kału</p> |

W 1957 roku Mieczysław Kaczyński opublikował artykuł *Symptomatologia wczesnej schizofrenii*. Nawiązał w nim do Maurycego Bornsztajna kategorii schizofrenii reaktywnej i somatopsychicznej. Kaczyński (1957) przeprowadził badania kliniczne – wywiad i obserwację – 50 pacjentów z „wczesną schizofrenią” i wyróżnił takie objawy jak: lęk obejmujący „całą osobowość chorego” (Kaczyński, 1957, s. 507); „zmieniona” świadomość (Kaczyński, 1957, s. 509); urojenia prześladowcze i hipochondryczne. Na tej podstawie wyodrębnił zespoły: „zespół lękowy wczesnej schizofrenii, zespół lękowo-hipochondryczny, lękowo-prześladowczy, lękowo-depresyjny, zespół prześladowczy, katatoniczny, hebefreniczny, zaburzeń świadomości i nerwicowy” (Kaczyński, 1957, s. 510). Jednak Kaczyński (1957) nie postulował wprowadzenia osobnej kategorii „wczesnej schizofrenii”, a przymiotnik „wczesna” dotyczył po prostu fazy rozwoju schizofrenii

W 1966 roku, psychiatra z Oddziału Psychiatrii Instytutu Psychoneurologicznego w Pruszkowie, Leszek Welbel, opublikował artykuł w całości poświęcony kategorii schizofrenii latentnej. Rozpoczyna się on następująco: „W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (obowiązującej także w Polsce), w rozdziale dotyczącym schizofrenii, jedną z wymienionych postaci jest *schizophrenia latens* (300.5). Termin ten od wielu lat budzi wątpliwości zarówno z teoretycznego, jak i praktycznego punktu widzenia” (Welbel, 1966, s. 185). Polski psychiatra zauważył również, że podobna kategoria znajduje się w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (czyli DSM-II). Zarzucał twórcy tej kategorii, czyli Eugenowi Bleulerowi, niewystarczająco ostre odróżnienie schizofrenii latentnej od osobowości schizoidalnej. Jako zwolenników odrębności kategorii schizofrenii latentnej Welbel (1966) identyfikował – w Rosji Rosensteina, a w Stanach Zjednoczonych Zilboorga, Bychowskiego, Wolffa i Kaplana. Istotny jest fragment, w którym Welbel (1966, s. 185) wymienia określenia pokrewne schizofrenii latentnej, ponieważ w tym właśnie miejscu po raz pierwszy pojawia się w tym kontekście amerykański termin *borderline* – autor używa go w całym tekście tylko raz, wydaje się więc, że nie uznaje go jako szczególnie godnego uwagi:

Trudne do zróżnicowania i ubogoobjawowe przypadki schizofrenii opisywane są także pod takimi tytułami jak: schizofrenia łagodna (*benigna, mitis*), ambulatoryjna, prepsychotyczna, poronna (*abortiva*), psychasteniczna i szereg innych. Hoch opisuje podobne przypadki pod nazwą schizofrenii pseudonerwicowej [...]. Mayer-Gross omawia podobne przypadki, używając nazwy „schizofrenia o obrazie nerwicopodobnym”. Współcześni autorzy radzieccy (Gurewicz) nadają takim przypadkom nazwę schizofrenii pseudonerwicowej, lecz sprzeciwiają się ujmowaniu ich jako postaci odrębnej (Nadżarow). Podkreślają przy tym niebezpieczeństwo rozszerzenia pojęcia schizofrenii na przypadki nerwicy lub zaburzeń struktury osobowości. Z kwestią zaburzeń struktury osobowości wiążą się takie ujęcia tego problemu, jakie reprezentuje np. Schmiedeberg³², opisując podobne przypadki pod tytułem „**stanu pogranicza**” (*borderline patient*) [pogrubienie moje – J. K.] lub Frosch, określając je jako „charakter psychotyczny”.

O stosunku psychiatrii polskiej do kategorii schizofrenii latentnej, Welbel (1966, s. 186) pisał następująco: „[...] odrębności klasyfikacyjnej schizofrenii utajonej bronił Nelken, Mazurkiewicz wspomina o możliwości takiego rozpoznania, Bornsztajn wymienia dwie postaci, które jego zdaniem stanowią pomost pomiędzy schizoidią i schizofrenią [...]: schizofrenia reaktywna i schizofrenia somatopsychiczna. Bilikiewicz zwalcza pojęcie *schizophrenia latens* [...]”. Welbel rozpoznał zatem wkład Jana Nelkena, Jana Mazurkiewicza i Maurycego Bornsztajna w rozwój konceptualizacji klinicznej problematyki pogranicza nerwic i psychoz, nie był natomiast najwyraźniej zaznajomiony z Adama Wizła kategorią schizofrenii niedorozwiniętej oraz schizofrenii rzekomonerwicowej Władysława Mateckiego.

Welbel (1966, s. 186) uważał, że kryteria rozpoznania schizofrenii latentnej w literaturze są wyłącznie natury „psychopatologiczno-klinicznej”, czyli objawowej, ponieważ „[...] mimo licznych badań w tym zakresie dotychczas nie można uzyskać potwierdzenia ani wykluczenia toczącego się procesu schizofrenicznego za pomocą badań biochemicznych, elektrofizjologicznych lub tp. [...]”. Schizofrenia latentna, jak Welbel wyabstrahował z piśmiennictwa, miała charakteryzować się: „1) podobną strukturą osobowości chorych (schizoidalną lub paranoidalną), 2) podobnymi objawami, występującymi we wszystkich przypadkach, 3) podobnym i charakterystycznym przebiegiem” (Welbel, 1966, s. 186).

³² Najprawdopodobniej błąd w pisowni – autor zapewne miał na myśli Schmiedeberg (Melitté).

Psychiatra z Pruszkowa zwracał również na pewne trudności, nie tyle diagnostyki różnicowej, co klasyfikacji schizofrenii latentnej – trudności, na które zwracał uwagę nieco ponad trzydzieści lat wcześniej Jan Nelken (1935), a mianowicie czym schizofrenia latentna różni się od zaburzeń osobowości:

Pewne trudności może nasuwać odróżnienie schizofrenii utajonej od psychopatii prawdziwej (Cleckley). Jakkolwiek zdaniem niektórych autorów (Kaplan) prawdziwy psychopata wydaje się wykazywać w zachowaniu więcej elementów antysocjalności i agresji niż asocjalności i wycofywania się, a spotkane u niego reakcje zawsze mają dość wyraźny związek z wydarzeniami w otoczeniu, to jednak istota różnicowania leży nie w ocenie adaptacji społecznej pacjenta, która jest niedostateczna w obu stanach. Chory o utajonym procesie wykazuje charakterystyczne dla schizofrenii zaburzenia myślenia i uczuciowości (dziwaczność), czego nie stwierdza się w prawdziwej psychopatii. Natomiast kryteria różnicowania schizofrenii utajonej z zaburzeniami struktury osobowości typu schizoidalnego lub paranoidalnego pozostawiają wiele niejasności. Opisy aktualnie stwierdzanego stanu klinicznego są niemal identyczne. Nie wystarczają także kryteria społeczne, ponieważ i w tym zakresie w obu stanach stwierdza się podobne niedobory (nietowarzyski, podejrzliwy, zdradzający wyraźnie trudności w przystosowaniu się do środowiska). Jedyne, choć mało przekonującym kryterium, pozostaje przebieg. W przypadkach schizofrenii utajonej powinien on wykazywać pewną, aczkolwiek powolną dynamikę, a w przypadkach osobowości paranoidalnej lub schizoidalnej powinien być stacjonarny.

Przykuwa uwagę, że kategorię psychopatii Welbel definiował za Cleckley'em. Harvey Cleckley to amerykański psychiatra, który w swojej książce *The Mask of Sanity* (Cleckley, 1941) wydanej na początku lat czterdziestych wyznaczył sposób rozumienia kategorii psychopatii dominujący od tamtej pory w Stanach Zjednoczonych – czyli zawęził, charakterystyczne dla psychiatrii europejskiej, rozumienie psychopatii jako szerokiej kategorii obejmującej wszelkie zaburzenia osobowości, do charakterystyk związanych z antyspołecznością, zaburzeniami rozwoju moralnego i tendencjami przestępczymi (Berrios, 1993; Crowhurst i Coles, 1989). Zdaniem Welbela schizofrenia latentna jest dość łatwo odróżnialna od tak zdefiniowanej psychopatii, dużo mniej przekonujące są jego zdaniem argumenty na rzecz jej różnicowania od schizoidalnego i paranoidalnego zaburzenia osobowości.

Kończąc artykuł, Welbel (1966, s. 189-190) podał serię argumentów świadczących na rzecz istotności zagadnienia schizofrenii latentnej dla psychiatrii

i potrzeby dalszych wysiłków ku rozwojowi wiedzy na ten temat – warto w tym miejscu przytoczyć obszerny cytat:

Na zakończenie należy wyjaśnić, dlaczego zagadnienie *schizophrenia latens*, mimo że było już przedmiotem zainteresowań psychiatrów w ciągu ostatnich 50 lat, jest nadal aktualne. Przede wszystkim chodzi o sprawy teoretyczne. Mimo licznych i różnokierunkowych badań istota procesu schizofrenicznego pozostaje nadal nieznaną. Nie można tej choroby rozpoznać inaczej, jak na podstawie obrazu psychopatologicznego i przebiegu. W obecnym stanie wiedzy kryteria te muszą być wystarczające w przypadkach w pełni rozwiniętych. Przypadki o niepełnym obrazie z licznymi objawami typu nerwicowego, budzą w tej sytuacji uzasadnione wątpliwości. Istniejące piśmiennictwo nie daje odpowiedzi czy należy je uważać za odrębną grupę schizofrenii (utajonej? pseudonerwicowej?), czy zależnie od przewagi objawów zaliczać do zasadniczych postaci tej choroby, czy może traktować jako przypadki zaburzeń struktury osobowości z okresami wyraźniejszej dekompensacji. Właściwe potraktowanie tego zagadnienia jest jednak konieczne ze względu na konsekwencje praktyczne. Obowiązująca klasyfikacja wpływa na ujęcie tych przypadków w statystyce psychiatrycznej. Ponieważ podobne w zasadzie przypadki są rozpoznawane w sposób niejednolity – statystyka nie odbija rzeczywistości. Innym zagadnieniem praktycznym jest sprawa leczenia. Wśród autorów uznających odrębności tej postaci poglądy są podzielone. Istnieją zwolennicy zarówno wyłącznie psychoterapii, jak i leczenia farmakologicznego [...].

W kwestii nazewnictwa rozważanego w artykule zaburzenia, Welbel (1966, s. 190) nie zaproponował konkretów: „[...] otwartym pozostaje przyjęcie odpowiedniej nazwy, określającej tego rodzaju obraz kliniczny i przebieg”.

Mimo nawoływań Leszka Welbela, poruszony przez niego problem nie przyciągnął uwagi polskiego środowiska psychiatrycznego – jego praca została całkowicie pominięta, a później zapomniana. Trzy lata później Tadeusz Bilikiewicz w czwartym wydaniu podręcznika *Psychiatria kliniczna* opublikował zrewidowany etiopatogenetyczny układ nozograficzny, który odmawiał racji bytu kategoriom w rodzaju schizofrenii latentnej. Od roku 1970 zaczęła w Polsce obowiązywać klasyfikacja ICD-8, a w latach 1980-1994 ICD-9. W obu tych klasyfikacjach nadal znajduje się kategoria „*latent schizophrenia*” (295.5). Mimo tego, po publikacji Welbela, kategorie z pogranicza nerwicy i psychozy praktycznie przestały zaprzętać polską psychopatologię. Jedynym godnym odnotowania wyjątkiem jest Jerzy Perzyński (1979), który w zaledwie pięciostronicowym artykule poruszył temat trudności diagnostycznych

w rozpoznawaniu schizofrenii prezentującej się początkowo pod postacią objawów nerwicowych.

4.2.2. Zaburzenie osobowości

W powojennej psychopatologii polskiej punktem odniesienia w rozważaniach o zaburzeniach osobowości pozostawała przedwojenna kategoria psychopatii, zwłaszcza w jej kretschmerowskim wydaniu.

Zaraz po II Wojnie Światowej, krakowski psychiatra Eugeniusz Brzezicki (1946, 1947) zaproponował autorskie rozszerzenie typologii konstytucjonalnej Kretschmera: czyli podziału na schizotypików (typ normatywny) i schizoidów (typ psychopatyczny) vs cyklotypików (typ normatywny) i cykloidów (typ psychopatyczny). Po pierwsze, stwierdził, że stosunkowo rzadko spotyka się wyraźne, „czyste” typy charakterologiczne, zaproponował więc dołączenie do klasyfikacji „[...] typów syntymiczno-schizotypicznych lub syntymiczno-cyklotypicznych, zaliczając do nich ludzi, których może trudno jest sklasyfikować z powodu ich niezbyt wyraźnych typologiczno-charakterologicznych linii kierunkowych, u których jednak niektóre ich cechy wskazywałyby na pewne niezbyt wyraźne typologiczne tendencje witalne” (Brzezicki, 1946, s. 355). Dodatkowo, uznał, że poza cyklotypikami, którzy „[...] wykazują rzeczywiste cykliczne fazy smutku i wesołości lub cykliczne fazy samego smutku lub samego hypomaniakalnego podniecenia, możemy napotkać ludzi, których cechą witalną jest stała euforia [...]. Są to konstytucjonalni euforycy, typy jeszcze normalne, lub konstytucjonalni hypomaniacy, typy już psychopatyczne” (Brzezicki, 1946, s. 355). Cyklotypików Brzezicki (1946, s. 356) zaproponował zatem podzielić na sześć grup:

- 1) Właściwych syntoników: „towarzyskich, dobrodusznym, przyjaznym, uczuciowym (*gemütlich*)”.
- 2) Euforyków: „wesołych, pełnym humoru, żywym, gorączkującym się”.
- 3) Zadumanych: „cichym, spokojnym, ociężałym, miękkim”.
- 4) Zahamowanych: „z uczuciem niedorównywania innym, z kompleksem niższości, nieswobodnym, płochliwym, z silnie zaznaczoną dominantą hyperprostolinijnego sumienia (super ego)”.
- 5) Zasmuconych: widzących stale wszystko w szarych kolorach, którzy nawet śmieją się przez łzy”.

6) Właściwych fazowców: „indywidualności z chwiejnymi reakcjami uczuciowymi”

Drugą kretschmerowską grupę, czyli schizotypię i schoizdię, proponował Brzezicki (1946, s. 357) rozbić na cztery podtypy, „[p]onieważ każdy schizotypik i schizoid wykazuje zawsze cechy autyzmu oraz swoistego przewrażliwienia pod pewnymi względami, niedowrażliwienia pod innymi, choć w ilościowo różnym stopniu [...]”:

1) Schizotypik mimozowaty: „[o]sobnik taki, to raczej myśliciel niż czynny działacz. To człowiek planujący, teoretyzujący i marzący. Jest wrażliwy, przeczulony, wysuwa jak ślimak ostrożnie, swoje różki i cofa je za lada dotknięciem”.

2) Psychastenik: „[...] pełen wątpliwości, z trudem decydujący się na jakiegokolwiek działanie, często cierpiący na lęki, które w dużej mierze decydują o jego postępowaniu. U ludzi, należących do tego typu, spotyka się natręctwa, fobie w różnym nasileniu i czynności przymusowe”.

3) Paratymicy: „osobnicy drażliwi, podejrzliwi, nieufni, ale samowolni i władczy, typy przewrażliwione na krytykę dotyczącą ich osoby, lecz nie liczące się z niczym, jeśli idzie o ich własne cele lub idee”.

4) Hebetymicy: „[...] ludzie, u których stwierdzamy niejako przedłużony tzw. cielecy wiek. Śmieją się zatem nie bardzo *à propos*, robią głupie dowcipy i kawały, są zmanierowani, przesadni w ruchach, przy tym często interesują się bardzo poważnie zagadnieniami najbardziej abstrakcyjnymi i filozoficznymi.

Oprócz rozbudowy kretschmerowskich kategorii charakterologicznych cyklotymii i schizotypii, Brzezicki (1946, s. 360) wysunął propozycję dołączenia do klasyfikacji własnej, oryginalnej kategorii – skirtotymii i skirtoidii:

Nowy przez mnie wydzielony typ wykazuje trzy podstawowe cechy. Po pierwsze — słomiany ogień uczuć, po drugie — grę życiową z gestem i fantazją „kawalerską”, po trzecie — zwartość i cierpliwość w czasach niekorzystnych, a rozklejalność i lekkomyślność w okresach powodzenia. Ze względu na pierwszą cechę, którą nazwałbym cechą słomianego ognia, dużej chwiejności uczuć zależnych od psychogennych momentów, nazwałem ten typ typem skirtotymicznym, *skirtao* —

skaczą, tańczą, i *thymos* — duch, temperament. Patologiczne zaostrenie tego typu i wykoślawienie jego cech, które odpowiada temu, co nazywamy charakterem histerycznym sensu stricto, nazywam skirtotoidem.

W artykule opublikowanym w 1947 roku, Brzezicki dodał kategorie typu wiskoznego (jako typ normatywny) i eliptydii (jako typ psychopatyczny), rozwinął symptomatologię schizotymii-schizoidii, a także zmodyfikował podział schizotymii zaproponowany przez siebie rok wcześniej. O „typach wiskozno-eliptydalnych” pisał Brzezicki (1947, s. 493-494), że są to „[...] typy nienerwowe, spokojne, psychicznie lepkie (*viscositas*) i uporczywe (*tenacitas*), pedantyczno-ceregielne, wybuchające natomiast wielkim gniewem lub atakiem nienawiści, zwłaszcza przy nadużywaniu alkoholu. Myślą wolno, dokładnie, analitycznie, często persewerują, są ludźmi zawziętymi [...]”. Jeśli chodzi o symptomy schizoidii, wprowadził Brzezicki (1947, s. 493) pojęcie „paragnomen” – mianowicie, do charakterystyk schizotymii-schizoidii wyróżnionych przez Bleulera, czyli autyzmu i rozszczepienia, zaproponował dodać „trzecią zasadniczą cechę, 3) paragnomen (= wbrew oczekiwaniu)”, a cecha ta miała oznaczać obecność „[...] czynności nieoczekiwanych, powstających wbrew poprzedniemu mniemaniu, nadspodziewanych, powstających <<praeter expectationem>>, trudnych do zrozumienia tak dla otoczenia, jak też często dla samego probanda”. W nowym podziale schizotymii Brzezicki (1947, s. 493) oszczędził kategorie „paratymików” i „hebetymików”, natomiast wprowadził kategorię „astenotymików”, którzy dzielić się mają na „astenotymików mimozowatych” (który odpowiada opisowi schizotymika mimozowatego) i „psychostenotymików” (który odpowiada opisowi psychastenika), a także „stenotymików”, których definiuje jako „typ steniczny, dzielny, prawy, dodatni, mimo zaznaczonego autyzmu i rozszczepienia uczuciowego”.

W drugim wydaniu podręcznika Maurycego Bornsztajna (1948) w stosunku do wydania pierwszego nie zmieniło się jego rozumienie zaburzeń osobowości – podtrzymał rozróżnienie na typy normalne i typy psychopatyczne – znajdujące się na pograniczu normy i psychopatologii.

W etioepigenetycznym układzie nozograficznym Tadeusza Bilikiewicza (1948, 1951, 1969) zaburzenia osobowości konstytuują I warstwę etioepigenetyczną. Choć ściśle rzecz biorąc, według Bilikiewicza nie są to zaburzenia, ale pewne odstępstwa od normy w zakresie zachowania, będące wynikiem wrodzonej konstytucji i jej interakcji z wczesnym środowiskiem rozwojowym. W pierwszej wersji układu, Bilikiewicz (1951)

w warstwie „dziedziczno-konstytucjonalnej z wpływami środowiskowymi włącznie” wyróżnił: 1) schizotypię; 2) epileptotypię; 3) cyklotypię; 4) histertypię (skirtotypię); 5) inne typy neuro- i psychopatii; a także, „na pograniczu” warstwy I i II, enigmatycznie brzmiącą kategorię „Różne szkodziłości organiczne, których związek z warstwą I wywodzi się z pojęcia żywotności i odporności” oraz płaswicę Huntingtona. W zrewidowanej wersji układu w I warstwie (okresie) „dziedziczno-konstytucjonalnej”, Bilikiewicz (1969) zawarł następujące kategorie: 1) ontogeneza prawidłowa; 2) odchylenia (powyżej lub poniżej) prawidłowego intelektu; 3) odchylenia od prawidłowego charakteru (psychopatie); 4) odchylenia dziedziczno-wrodzone; 5) (prawdziwa) predyspozycja dziedziczna. Bilikiewicz (1969, s. 572-573) definiował psychopatię następująco:

Przez psychopatię rozumie się najczęściej wrodzone odchylenia struktury osobowości od przeciętnej miary, szczególnie w zakresie charakteru, włącznie z nieprawidłowościami życia uczuciowo-popędowego, uczuciowości wyższej, temperamentu, sposobu reagowania na bodźce oraz napędu psychoruchowego. Jeżeli mówimy o nieprawidłowości, to z wielu zastrzeżeniami; wśród nich zwrócić trzeba uwagę przede wszystkim na trudność zdefiniowania pojęcia normy zdrowia psychicznego [...]. Osobnicze różnice stanowią wychylenie od idealnej przeciętności; stopień tego wychylenia może być rozmaicie duży. O psychopatii mówimy wtedy, gdy nasilenie tych ilościowych wychyleń od przeciętnej miary jest tak duże, że zagraża harmonijnemu współżyciu jednostki ze środowiskiem [...]. Zakładamy, że nagromadzenie różnic ilościowych wprawdzie wychyla się w kierunku **pogranicza z chorobą** [podkr. moje – J. K.], lecz granicy tej nie przekracza, pozostając wciąż jeszcze w obrębie normy. Psychopatia jest więc mimo wszystko stanem prawidłowym, stanem zdrowia.

Kolejno zaprezentował następującą klasyfikację typów psychopatycznych (Bilikiewicz, 1969, s. 577-578):

- 1) Pobudliwi: „reagują ostro i przesadnie na podniety zewnętrzne czy to krótkotrwałymi napadami wściekłości, czy też rozpaczą ze skłonnością do zamachów samobójczych, z lękiem lub ze stanami osłupienia” (s. 577).
- 2) Niestali: „wyróżniają się nietrwałością czynności uczuciowych i w związku z tym przesadną zależnością woli od chwilowych wpływów zewnętrznych i wewnętrznych” (s. 577).

- 3) Żądni ważności: „są próżni, pragną wydawać się czymś więcej, niż naprawdę są. Osiągają to ekscentrycznym zachowaniem, natarczywością, przesadą, symulacją, objawami konwersyjnymi, chełpliwością” (s. 578).
- 4) Sensytywni: „są często niepewni siebie”, a „[b]łache wydarzenia odczuwają łatwo jako chęć upokorzenia ich i upośledzenia w ich prawach życiowych” (s. 578).
- 5) Uczuciowo chłodni: „nie posiadają trwalszej i głębszej więzi afektywnej z otoczeniem” (s. 578).
- 6) Dziwacznicy: „są niejednocliwi i niekonsekwentni psychicznie” (s. 578).

Klasyfikację tę Bilikiewicz (1969, s. 578) skomentował następująco: „Typów takich można by wyliczyć więcej. W czystej postaci trudno je spotkać. Natomiast w typach mieszanych można zazwyczaj wyróżnić pierwiastki poszczególnych postaci”. Potem opisuje jeszcze kilka typów „niespołecznych” i „przeciwspołecznych”, zaliczając tu „chorobliwych kłamców i oszustów” oraz pieniaczy (*ibidem*). W wydanym w 1974 roku podręczniku *Psychiatria*, w rozdziale o psychopatiach, Tadeusz Bilikiewicz i Halina Grabowska (1974, s. 336), pisali: „Najwięcej trudności rozpoznawczych i konsekwencji pociągnęło za sobą stworzenie pojęć **z pogranicza** [pogrubienie moje – J. K.] określonych jednostek nozologicznych i sfery zaburzeń charakterologicznych. Są to takie pojęcia jak schizoidia, cykloidia, epileptoidia, hysteroidia itp.”. O ile w IV wydaniu swojej *Psychiatrii klinicznej*, Bilikiewicz (1969) pisał o kategoriach schizoidii, cykloidii, epileptoidii i hysteroidii w neutralnym tonie, zwracając jedynie uwagę na pewne problemy tej klasyfikacji, to pięć lat później, Bilikiewicz i Grabowska (1974) uznali już zdecydowanie, że te kategorie psychopatii, których nazwy wskazują na podobieństwo do określonych jednostek nozologicznych, nie są w istocie psychopatią, ale poronnymi postaciami owych zaburzeń. Bilikiewicz i Grabowska (1974, s. 337-339) wymienili następujące kategorie, zastrzegając jednak, że robią to „[...] tylko dlatego, że ich znajomość jest lekarzom potrzebna, aby mogli zrozumieć nie dość postępowych dyskutantów” (s. 337):

I. Typ schizoidalny:

- a) Schizoidzi mimozowaci;
- b) Schizoidzi psychasteniczni;
- c) Schizoidzi paranoidalni i paranoiczni;

- d) Heboidzi.
- II. Typ cykloidalny³³.
- III. Typ epileptoidalny.
- IV. Typ hysteroidalny.

Oprócz psychopatii wyróżniona zostaje kategoria charakteropatii, która ma denotować „[...] stany kliniczne do złudzenia podobne do psychopatii, będące jednak wynikiem przebytych uszkodzeń tkanki mózgowej” (Bilikiewicz, 1969, s. 590; Bilikiewicz i Grabowska, 1974, s. 344). W kwestii wzajemnego stosunku kategorii psychopatii do charakteropatii i innych jednostek nozologicznych w akapicie zatytułowanym *Uwagi ogólne o klasyfikowaniu psychopatii*, czytamy:

Powyższy podział psychopatii, który pod stare terminy podstawia nową treść, może budzić zastrzeżenia. Obecnie zdaje się przeważać pogląd, że wszelkie układy klasyfikacyjne muszą zawieść tam, gdzie chodzi o ujęcie czegoś tak różnorodnego, jak typy psychopatyczne. [...] [C]oraz częściej spotkać można pogląd, że schizoidia, cykloidia, epileptoidia i hysteroidia [...] mogą być poronnymi lub ubytkowymi postaciami schizofrenii, cyklofrenii, padaczki lub hysterii [...]. Być może, gdy udoskonala się nasze sposoby badania, wszystkie przypadki epileptoidii, schizoidii, cykloidii i hysteroidii będzie można zaliczyć do poronnych postaci odpowiednich kręgów nozologicznych lub do charakteropatii (Blikiewicz, 1969, s. 585; Bilikiewicz i Grabowska, 1974, s. 340-341).

Przekonanie jakoby postęp psychiatrii miał w przyszłości ograniczyć grupę psychopatii na rzecz charakteropatii, wyrazili jeszcze w 1958 roku Waldemar Sulestrowski i Leonard Wdowiak (1958, s. 265):

Wydaje się, że większość przypadków zaliczanych jeszcze obecnie do grupy psychopatii trzeba będzie, wraz z doskonaleniem się badań klinicznych, które umożliwią wykrycie najbardziej dyskretnych zmian zejściowych po organicznych uszkodzeniach mózgu, zaliczyć do charakteropatii, pozostawiając określenie psychopatii wyłącznie dla zaburzeń charakteru pochodzenia wychowawczo-środowiskowego lub wariantów

³³ Opatrzony komentarzem: „Nazwa ta jest niesłuszna, gdyż nie widuje się tu okresowości, znamiennej dla cyklofrenii” (Bilikiewicz i Grabowska, 1974, s. 338).

charakterologicznych odbiegających od przeciętności, ale mieszczących się jeszcze w granicach tzw. normy zdrowia psychicznego.

W obowiązującej w latach 1970-1980 w Polsce klasyfikacji ICD-8, a także kolejnej rewizji ICD-9, obowiązującej od roku 1980, pojawia się kategoria 301. „Zaburzenia osobowości” (*Personality disorders*), do której należą: osobowość paranoiczna (osobowość paranoidalna); afektywne zaburzenia osobowości; osobowość schizoidalna; osobowość eksplozywna; osobowość anankastyczna; osobowość histeryczna; osobowość asteniczna; osobowość nieprawidłowa z wyraźnymi cechami antysocjalnymi; inne zaburzenia osobowości; niesprecyzowane zaburzenie osobowości (WHO, 1994).

W 1977 roku, Józefa Krystyna Szłykiewicz opublikowała artykuł eksplorujący związek osobowości i schizofrenii, zatytułowany *Retrospektywna ocena osobowości przedpsychotycznej oraz próby ustalenia związku schizoidii ze schizofrenią*. Na początku zaproponowała definicję osobowości: „Osobowość jest pojęciem szerokim, składają się na nią bowiem właściwości charakteru, temperamentu, intelektu, woli, uczuć, a nawet schemat ciała, dzięki któremu człowiek stanowi zwartą, jednostkową, trwającą w czasie całość [...]” (Szłykiewicz, 1977, s. 35). Dalej natomiast, Szłykiewicz (1977) raczej napotyka na wątpliwości i pytania, niż udziela odpowiedzi. Pojawia się problem pogranicza zdrowia i choroby – czy typy odchyień osobowościowych zaliczać do wariantów zdrowia czy uznawać za chorobę:

Istnieje trudność w zdefiniowaniu pojęcia zdrowia psychicznego. Szczególnie trudno jest ocenić osobnicze różnice osobowości będące odchyleniem od przeciętności i przypominające pewne cechy ludzi chorych. Czy należą one do stanu prawidłowego, tj. zdrowia psychicznego, czy są cechami choroby? Dla określenia tych stanów przyjęły się nawet pojęcia wywodzące się od nazw chorób – cykloidii, hysteroidii, epileptoidii i schizoidii. Szczególnie kontrowersyjne stało się pojęcie schizoidii. Określa ono osoby nietowarzyskie, skryte, chłodne uczuciowo, mające trudności w przystosowaniu się do przyjętych norm życia społecznego. Część autorów uważa schizoidię za poronna postać schizofrenii, inni za odmianę typologiczną, stanowiącą przejście pomiędzy zdrowiem a chorobą (Szłykiewicz, 1977, s. 35).

W tym samym roku co artykuł Szłykiewicz, opublikowana została pośmiertnie książka Antoniego Kępińskiego pod tytułem *Psychopatie*. Kępiński (1988/1977, s. 5), wprowadzając wątek społecznego kontekstu kształtowania się psychiatrycznej

nomenklatury, pisał o psychopatiach następująco, podkreślając pewne aspekty ewolucji kategorii psychopatologicznych:

W psychiatrii współczesnej terminu „psychopatia” używa się rzadziej niż przed kilkudziesięciu laty. Nie oznacza to bynajmniej jakoby problem stał się mniej aktualny w psychiatrii; [...] tylko nazywa się ich dziś inaczej. W psychiatrii istnieją mody na pewne określenia i modne niegdyś określenie „psychopatia” lub „neuropsychopatia” zastępuje się dziś często pojęciem „przewlekłej nerwicy”, „nerwicy charakteru”, „dystonii wegetatywnej”, „utrwalonych zmian osobowości”, „niedojrzałości emocjonalnej” itp. Prawdopodobnie ta zmiana w terminologii dokonała się pod wpływem szkół psychodynamicznych, które większą wagę przywiązują do dynamiki rozwoju i wpływów środowiskowych, podczas gdy dawniej popularne szkoły konstytucjonalne kładły nacisk na niezmiennosc natury ludzkiej, wynikłą z działania czynników natury genetycznej.

Kępiński (1988/1977) wyróżniał następujące typy psychopatyczne:

- 1) Typ histeryczny.
- 2) Typ psychasteniczny.
- 3) Typ anankastyczny (obsesyjny).
- 4) Typ epileptoidalny.
- 5) Typ impulsywny.
- 6) Typ paranoidalny (urojeniowy).
- 7) Typ sadystyczno-masochistyczny.

W roku 1981, rok po wydaniu w Stanach Zjednoczonych klasyfikacji DSM-III, czyli narodzinach zaburzenia osobowości *borderline* jako oficjalnej kategorii klinicznej, opublikowany został pierwszy w polskiej psychopatologii artykuł poświęcony amerykańskiej kategorii *borderline*. Mowa o tekście Mirosława Dąbkowskiego z Kliniki Psychiatrii AMG w Bydgoszczy, zatytułowanym *Stany graniczne i ich rozumienie we współczesnej psychiatrii* – poniżej widnieje angielski tytuł: *Borderline states and their interpretation in modern psychiatry*. Dąbkowski (1981) więc importuje kategorię *borderline states* w formie przekładu na polskie określenie „stany graniczne”. Użycie kategorii „*borderline states*” w tytule pracy z roku 1981 z perspektywy psychopatologii amerykańskiej wydaje się anachroniczne – w Stanach Zjednoczonych używano tego określenia do lat pięćdziesiątych (Knight). W języku polskim „stan” to „sytuacja, w której

ktoś lub coś się znajduje” (Słownik Języka Polskiego PWN, 2024) – słowo to podkreśla więc przejściowość i tymczasowość. Artykuł Dąbkowskiego (1981) jest przeglądem amerykańskiej literatury dotyczącej kategorii *borderline*. Autor zaczyna następująco:

Termin stany graniczne (*borderline states*) został zaczerpnięty z psychiatrii amerykańskiej, gdzie w różnych, zbliżonych sformułowaniach lingwistycznych, choć nie zawsze semantycznych istnieje od dawna [...]. Stopniowo termin ten, w różnych odmianach, pomimo braku jednomyślności w definicji pojęcia, jego znaczenia i zakresu, wszedł na stałe do słownika pojęć diagnostycznych w psychiatrii amerykańskiej, a stamtąd począł przenikać do europejskiej (Dąbkowski, 1981, s. 203).

Dalej, Dąbkowski (1981) streszcza wkład w rozwój kategorii *borderline* takich autorów jak Deutsch, Zilboorg, Hoch i Polatin, Knight, Schmideberg, Masterson, Frosch, Grinker, Werble i Drye, a przede wszystkim Kernberg i Gunderson. Co ciekawe, Dąbkowski (1981) wspomina również o doniesieniach dotyczących tego zagadnienia pochodzących z literatury czeskiej i radzieckiej z drugiej połowy lat siedemdziesiątych. Jeśli chodzi o literaturę polską, Dąbkowski (1981, s. 209) odnosi się wprost jedynie do pracy Dominika, Drozdowskiego, Fortuny, Nieniewskiej i Żuchowicza (1981), będącej wtedy w druku, a opublikowanej w kolejnym numerze (3), *Psychiatrii Polskiej*. Dominik i in. (1981), zdaniem Dąbkowskiego (1981, s. 209), „[...] skłonni są przychylić się do koncepcji odrębności nozologicznej stanów granicznych, choć dyskusyjne jest ich stwierdzenie o braku u opisywanych chorych zaburzeń w myśleniu, ambisencji, a dostrzeganie objawów rozszczepienia jedynie w sferze emocjonalnej i napędowej”. Dąbkowski nie odnosi się więc do pracy Leszka Welbela, czy kategorii proponowanych przez Maurycego Bornsztajna, czy autorów przedwojennych jak Adam Wizel, Jan Nelken, czy Władysław Matecki. Wnioski Dąbkowskiego (1981, s. 209) na temat „stanów granicznych” są następujące:

Przytoczone zróżnicowane – czasem diametralnie – wyniki badań nt. stanów granicznych pozwalają wyciągnąć wniosek o niebezpieczeństwie posługiwania się terminem rozumianym wieloznacznie. Brak zgodności w opisach kryteriów różnicujących, psychopatologii, dynamiki przebiegu i pozycji w nozografii świadczy o nieużyteczności tego pojęcia, które bez precyzyjnych dodatkowych danych prowadzi do mylnego interpretowania.

Większość przypadków stanów granicznych – odnosząc je do obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji WHO – można traktować jako schizofrenię utajoną,

zaburzenia osobowości, rzadziej jako nerwice. Wyjątkowo, kierując się dominującym obrazem objawowym rozpoznać można choroby, zakodowane wg IX Rewizji jako 302 do 307, 309, 312, 316³⁴. Wskazuje to jednoznacznie na możliwość poruszania się po całym polu psychopatologii i diagnostyki różnicowej bez potrzeby uciekania się do nowych określeń, zwłaszcza dopóki nie będzie wewnętrznej spójności i niezawodnych kryteriów diagnostycznych dla opisywanych stanów. Brak tych warunków uniemożliwia zrozumienie i weryfikację badań różnych autorów.

Widać więc, że Dąbowski nie uznawał kategorii „stanów granicznych” (*borderline states*) za klinicznie użyteczną. Dąbkowski (1981, s. 209) pokusił się na zakończenie artykułu o postawienie hipotezy wyjaśniającej przyczyny różnic w popularności kategorii *borderline* w Stanach Zjednoczonych i Europie:

Trudności w określeniu przynależności nozologicznej stanów granicznych wpływają częściowo z odmiennego, węższego rozumienia psychopatii w psychiatrii amerykańskiej niż w orientowanej przez psychiatrię niemiecką Europie. Powoduje to szukanie przez Anglosasów nowej terminologii dla powoli postępującej, niedegradującej psychozy o nietypowym przebiegu naśladującym zaburzenia nerwicowe czy osobowość psychopatyczną.

Co ważne, Dąbkowski (1981) nie odnosi się do najbardziej aktualnej w tamtym czasie kategorii ukutej przez amerykańską psychiatrię, czyli zaburzenia osobowości *borderline* z klasyfikacji DSM-III (APA, 1980). Ewidentnie również dla Dąbkowskiego kategorii „stany graniczne” nie można jednoznacznie przyporządkować ani do psychoz, ani zaburzeń osobowości ani nerwic.

Jackiewicz i Marcinów (2014) w części swojego artykułu *Osobowość z pogranicza – ujęcie historyczne w kontekście zmian w DSM-V* zatytułowanej „Zaburzenie osobowości typu *borderline* w piśmiennictwie polskim” odnoszą się do rozdziału Bomby, Mamrota i Orwid (1981) „Schizofrenia” z podręcznika

³⁴ Dąbkowski odnosi się do kategorii: 302 – zaburzeń i dewiacji seksualnych; 303 – uzależnienia od alkoholu; 304 – uzależnienia od narkotyków; 305 – nadużywaniu narkotyków; 306 – fizjologiczne zaburzenia związane z czynnikami psychicznymi; 307 – wyjątkowe symptomy lub syndromy nigdzie indziej nie sprecyzowane; 309 – reakcje związane z przystosowaniem; 312 – zaburzenia prowadzenia się nigdzie indziej nie sprecyzowane; 316 – czynniki psychologiczne związane z chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej (WHO, 1994).

Zaburzenia psychiczne u młodzieży opublikowanego w tym samym roku co artykuł Dąbkowskiego. W podrozdziale zatytułowanym „Borderline syndrom a schizofrenia – problem diagnozy”, autorzy piszą o „stanach z pogranicza” (Bomba, Mamrot, Orwid, 1981). Fragment liczy niewiele ponad dwie strony i odsyła do dwóch amerykańskich tekstów – Mastersona (1972) i Schmeidler (1959). Zagadnienie „przypadków z pogranicza”, Bomba, Mamrot i Orwid (1981, s. 172) wprowadzają następująco:

[...] problemem diagnostycznym są tzw. przypadki z pogranicza (borderline). W literaturze wszyscy autorzy podkreślają, że jest to problem trudny i niejednoznaczny. Opisy tych *stanów* spotyka się już w podręcznikach psychiatrii sprzed 20 lat. W wielu współczesnych podręcznikach i monografiach autorzy pomijają ten problem, co może także świadczyć o wątpliwościach i dużym zamieszaniu, istniejących na ten temat.

Zdaniem autorów „[s]twierdzono również, że borderline syndrome może być na pograniczu z <<normalnością>>, nerwicą, psychogenną psychozą i psychopatią” (Bomba, Mamrot, Orwid, 1981, s. 172-173). Następnie autorzy, zwracając uwagę na trudności w diagnozie stanów z pogranicza u adolescentów, przedstawiają własną propozycję takiej diagnozy:

Jako przypadki stanów z pogranicza diagnozujemy pacjentów z następującym obrazem psychopatologicznym:

- 1) autystyczni i dziwacznicy, ale z zachowanym poczuciem rzeczywistości i bez innych objawów psychotycznych;
- 2) zwiernie pojawiające się urojenia i pobudzenie psychoruchowe (stany te szybko ustępują bez leczenia w okresie obserwacji);
- 3) przejściowe zaburzenia formalne myślenia, przejawiające się w sytuacjach życiowych powodujących szczególne napięcie emocjonalne, a trudne do uchwycenia w chwili badania psychiatrycznego czy psychologicznym badaniu testowym;
- 4) głęboka dezadaptacja wyrażająca się we wszystkich obszarach aktywności psychicznych i nasilenie intrapsychicznych i ekstrapychicznych konfliktów (Bomba, Mamrot, Orwid, 1981, s. 173-174).

Autorzy nie odwołują się do żadnej polskiej pracy związanej z kategorią *borderline*. Określenie „stanów”, podobnie jak w przypadku Dąbkowskiego (1981), wskazuje na rozumienie kategorii *borderline* w kategoriach przejściowości i tymczasowości.

Kolejny artykuł dotyczący kategorii *borderline*, zatytułowany *Pograniczne zaburzenia osobowości – współczesny rozwój koncepcji* (po angielsku: *Borderline personality disorders – modern development of the concept*) ukazał się na łamach *Psychiatrii Polskiej* pięć lat po tekście Dąbkowskiego – jego autorem był Andrzej Czernikiewicz, psychiatra z Katedry i Kliniki Psychiatrii w Lublinie. Zwraca uwagę zastosowanie w tytule liczby mnogiej. Kiedy Czernikiewicz (1986) pisze o „zaburzeniach osobowości *borderline*”, ma na myśli zaburzenie osobowości *borderline* (BPD) i schizotypowe zaburzenie osobowości (SPD). Tekst Czernikiewicza, podobnie jak Dąbkowskiego, jest przeglądem amerykańskiej literatury dotyczącej kategorii *borderline*. Swoją tekst Czernikiewicz (1986, s. 225) rozpoczyna następująco:

Ciekawe jest prześledzenie drogi rozwojowej niektórych pojęć, w tym również drogi kształtowania się terminów psychiatrycznych. Drogi te wskazują na różne ujęcie danego tematu i przeobrażenie jego istoty. Takie miejsce zajmuje stosowanie określenia „pograniczny” (*borderline*) w psychiatrii. Cecha ta była stosowana w konstrukcji takich terminów jak: zespół pograniczny, stan graniczny, pograniczny charakter, pograniczny wzorzec postępowania, graniczna organizacja osobowości czy schizofrenia pograniczna.

Na podstawie przeprowadzonego przeglądu literatury, Czernikiewicz (1986, s. 230) dochodzi do całkowicie przeciwnych w stosunku do Dąbkowskiego wniosków: „[...] wydaje się, że zaburzenia pograniczne osobowości [...] są samodzielną jednostką diagnostyczną. Pograniczne zaburzenia osobowości nie stanowią <<granicy>> między schizofrenią i nerwicami i odróżniają się od innych zaburzeń psychicznych, głównie w obszarach przystosowania społecznego, wzorców działania, życia uczuciowego i związków interpersonalnych”.

W roku 1986 ukazał się jeszcze jeden artykuł poświęcony kategorii *borderline* – na łamach *Rocznika Filozoficznego* tekst pod tytułem *Teoretyczne i opisowe aspekty zaburzenia osobowości typu borderline* opublikował Tomasz Tyra (1986). Praca ta, podobnie jak dwie poprzednie, jest krótkim przeglądem amerykańskiej literatury psychopatologicznej dotyczącej kategorii *borderline*, ze szczególnym uwzględnieniem teoretycznych i praktycznych problemów diagnozy różnicowej *borderline* i psychozy (Tyra, 1986). Trzy lata później Tyra (1989) opublikował jeszcze jedną pracę poświęconą kategorii *borderline*, a ściślej mówiąc – metodom diagnozy różnicowej zaburzenia osobowości *borderline*. Wśród takich metod Tyra (1989) wymienia: wywiad strukturalny Otto Kernberga; wywiad diagnostyczny Gundersona i Kolba; testy psychologiczne:

WAIS (analiza jakościowa odpowiedzi w podtestach Rozumienie i Historyjki), Test Projekcyjny Rorschacha, MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*).

W 1989 roku, Jan Nelken³⁵ odniósł się krytycznie do obowiązującej wtedy w Polsce klasyfikacji ICD-9, a konkretnie kategorii zaburzeń osobowości, w odniesieniu do kategorii psychopatii:

[...] drobne różnice w określaniu psychopatii przez poszczególnych autorów oraz mogące występować czasami różnice w diagnostyce nie stanowią wystarczającej podstawy do zastępowania nazwy „psychopatia” innymi nazwami, stwarzającymi znacznie większą wieloznaczność. Nazwa „psychopatia” ma utrwalone znaczenie diagnostyczne i zastępowanie jej nazwami „zaburzenia osobowości” lub „osobowość nieprawidłowa” wprowadza daleko idącą wieloznaczność i powoduje zatarcie różnic między psychopatią a charakteropatią, a także między psychopatią a nerwicami oraz patologicznymi zmianami charakteru będącymi skutkiem alkoholizmu lub narkomanii (Nelken, 1989, s. 275).

Powyższy cytat obrazuje konceptualne trudności jakim stawiali czoła polscy klinicyści w obliczu importu zagranicznych kategorii – w tym przypadku „zaburzeń osobowości” – denotujących zjawiska, do opisu których istniały już dobrze ugruntowane lokalne kategorie kliniczne.

4.3. Podsumowanie

Poniżej, w Tabeli 4.3. zebrano kategorie *borderline* w polskiej psychopatologii okresu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej wraz z ich desygnatami.

Tabela 4.3. Kategorie *borderline* w polskiej psychopatologii okresu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej.

| BORDERLINE JAKO | KATEGORIE | DESYGNATY KATEGORII |
|-----------------------------|--|---|
| Pogranicze nerwic i psychoz | <i>Schizothymia reactiva</i> (Bornsztajn, 1948) | Postać schizofrenii o charakterze reaktywnym, o ostrym przebiegu, nagłym początku, będącym konsekwencją |

³⁵ Mowa tu o synu zamordowanego w Katyniu psychiatry Jana Władysława Nelkena.

| | | |
|--|---|--|
| | | psychologicznego urazu, wokół zaprzeczenia którego koncentrują się urojenia. |
| | Schizofrenia somatopsychiczna (hipochondryczna) (Bornsztajn, 1948) | Postać schizofrenii o charakterze reaktywnym, o ostrym przebiegu, nagłym początku, charakteryzująca się rozwojem urojeń dotyczących własnego ciała. |
| | <i>Schizophrenia latens</i> (Welbel, 1966) | „Trudne do zróżnicowania i ubogoobjawowe przypadki schizofrenii [...]” (Welbel, 1966, s. 185) |
| Pogranicze nerwic i psychoz czy zaburzenie osobowości? | Stany graniczne (Dąbkowski, 1981) | „Większość przypadków stanów granicznych – odnosząc je do obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji WHO – można traktować jako schizofrenię utajoną, zaburzenia osobowości, rzadziej jako nerwice” (Dąbkowski, 1981, s. 209) |
| | Stany z pogranicza (Bomba, Mamrot, Orwid, 1981) | Pacjenci objawowo „[...] na pograniczu z <<normalnością>>, nerwicą, psychogenną psychozą i psychopatią” (Bomba, Mamrot, Orwid, 1981, s. 172-173) |
| Zaburzenie osobowości | Psychopatia (Bilikiewicz, 1969; Bornsztajn, 1948; Brzezicki, 1946, 1947; Kępiński, 1988/1977) | „[...] wrodzone odchylenia struktury osobowości od przeciętnej miary [...]. Zakładamy, że nagromadzenie różnic ilościowych wprawdzie wychyla się w kierunku pogranicza z chorobą, lecz granicy tej nie przekracza [...]. Psychopatia jest więc mimo wszystko stanem prawidłowym, stanem zdrowia” (Bilikiewicz, 1969, s. 572-573) |
| | Pograniczne zaburzenia osobowości (Czernikiewicz, 1986) | „[...] nie stanowią <<granicy>> między schizofrenią i nerwicami i odróżniają się od innych zaburzeń psychicznych, głównie w obszarach przystosowania społecznego, |

| | | |
|--|--|--|
| | | wzorców działania, życia uczuciowego i związków interpersonalnych” (Czernikiewicz, 1986, s. 230) |
| | Zaburzenie osobowości typu borderline (Tyra, 1986, 1989) | Pacjenci spełniający kryteria zaburzenia osobowości <i>borderline</i> według DSM-III. |

Źródło: opracowanie własne.

Trzy lata po zakończeniu II Wojny Światowej, Maurycy Bornsztajn w drugim wydaniu swojego podręcznika psychiatrii, przypomniał środowisku swoje oryginalne kategorie z pogranicza nerwic i psychoz – *schizothymia reactiva* oraz schizofrenię somatopsychiczną. Krytyka, z którą spotkał się podręcznik Bornsztajna z uwagi na swoje psychoanalityczne fundamenty, była znakiem czasów – w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej jedyną akceptowaną filozofią psychiatrii był bowiem materializm w wydaniu psychofizjologii Pawłowa, psychoanaliza zaś została potępiona jako wroga ustrojowi, burżuazyjna ideologia. Polska psychiatria, opierając się na założeniach pawłowizmu, skoncentrowała się na poszukiwaniu materialnych podstaw zaburzeń psychicznych w anatomii mózgu i fizjologii. Psychologiczna, idiograficzna strona cierpień psychicznych, do studiowania której w dwudziestoleciu międzywojennym służyły psychiatrom psychoanaliza i fenomenologia, została zepchnięta na dalszy plan. W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, podczas gdy w Stanach Zjednoczonych kwestia kategorii *borderline* zyskiwała na znaczeniu i popularności, w psychopatologii polskiej ustały próby poszerzania nozologii o nowe kategorie. Temat pogranicza nerwicy i psychozy właściwie nie istniał. Jako pracę w pewien sposób zahaczającą o tę kwestię można uznać artykuł *Symptomatologia wczesnej schizofrenii* Mieczysława Kaczyńskiego z 1957 roku. Wyjątkiem był artykuł Leszka Welbela z 1966 roku, poświęcony kategorii schizofrenii latentnej. W tej pracy pojawia się po raz pierwszy w polskiej psychopatologii, amerykańska kategoria *borderline*, a konkretnie *borderline patient* – co Welbel przetłumaczył jako „stan pogranicza”. Istotne jest również to, że Welbel rozpoznał kilku polskich międzywojennych antenatów wydzielenia kategorii z pogranicza nerwicy i psychozy – Bornsztajna, Mazurkiewicza i Nelkena. Artykuł pruszkowskiego psychiatry przeszedł jednak bez echa.

Kategoria psychopatii, w polskiej psychopatologii w czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, zachowała swoje znaczenie sprzed II Wojny Światowej – rozumiana była zatem jako szeroka etykieta oznaczająca problemy osobowościowe.

Do rozszerzenia typologii osobowości i psychopatii Kretschmera przyczynił się Eugeniusz Brzezicki, wprowadzając kategorie skirtoypii i typu wiskoznego, jako typów normalnych, oraz skirtoidii i eliptoidii jako typów psychopatycznych. Swoją klasyfikację i rozumienie psychopatii zaproponował również Antoni Kępiński. Tadeusz Bilikiewicz uznawał psychopatie jako pewnego rodzaju podłoże charakterologiczne dla rozwoju zaburzeń psychicznych – nazywał to podłoże I warstwą etioepigenetyczną – podkreślając wyraźnie, że psychopatia nie jest zaburzeniem psychicznym, a stanem zdrowia. Z czasem Bilikiewicz coraz bardziej krytycznie odnosił się do klasyfikacji psychopatii, twierdząc, że większość diagnoz psychopatii to w istocie poronne postacie zaburzeń psychicznych odpowiadające im nazwą (czyli np. schizoidia to poronna postać schizofrenii, a cykloidia cyklofrenii itp.) lub nierozpoznane charakteropatie.

Pierwszym w historii polskiej psychopatologii artykułem poświęconym amerykańskiej kategorii *borderline*, jest praca Mirosława Dąbrowskiego z 1981 roku, niniejszym stanowiąca moment jej importu z psychopatologii amerykańskiej do psychopatologii polskiej. Dąbrowski dokonał translacji angielskiego wyrażenia *borderline states* na polskie „stany graniczne”. Co zwraca również uwagę, w jego przeglądzie nie pojawia się kategoria „zaburzenie osobowości *borderline*” z DSM-III. Dąbrowski był przeciwnikiem przyjęcia kategorii „stanów granicznych” jako klinicznie użytecznej – jego zdaniem popularność tej kategorii w Stanach Zjednoczonych ma związek z fundamentalną różnicą w rozumieniu kategorii psychopatii w psychopatologii europejskiej i amerykańskiej. W tym samym roku co artykuł Dąbrowskiego, Bomba, Mamrot i Orwid, pisali o kategorii *borderline* w rozdziale poświęconym schizofrenii u młodzieży, w monografii dotyczącej zaburzeń psychicznych u młodzieży. Fragment dotyczący „*borderline* syndrom” liczy niewiele ponad dwie strony, na których autorzy odnoszą się tylko do dwóch amerykańskich źródeł. Proponują translację kategorii „*borderline* syndrom” na „stany z pogranicza”.

Pięć lat po publikacji artykułu Dąbrowskiego, ukazały się dwie prace poświęcone kategorii *borderline*, autorstwa Andrzeja Czernikiewicza i Tomasza Tyry. Czernikiewicz, tłumacząc angielskie *borderline personality disorders* na polskie „pograniczne zaburzenia osobowości”, użył liczby mnogiej by w obręb owych pogranicznych zaburzeń osobowości włączyć zaburzenie osobowości *borderline* oraz schizotypowe zaburzenie osobowości. Tomasz Tyra natomiast zdecydował się nie tłumaczyć słowa *borderline*, a pozwolić mu być zapożyczeniem – tytuły jego prac mówią kolejno o „zaburzeniu osobowości typu *borderline*” (1986) oraz „zaburzeniu osobowości

borderline” (1989). Zarówno Czernikiewicz jak i Tyra, w przeciwieństwie do Dąbkowskiego, uznali zasadność i użyteczność kategorii *borderline*.

Rozwijająca się instytucjonalnie od końca lat sześćdziesiątych polska psychologia kliniczna nie wniosła wkładu do psychopatologicznej nozologii. Wydaje się, że jest to podyktowane specyfiką zadań, które wyznaczył polskiej psychologii klinicznej Andrzej Lewicki – należały do nich prewencja, diagnoza i korekta „zaburzeń zachowania” a nie rozwój psychiatrycznych jednostek nozologicznych.

Rozdział 5. Rekonstrukcja procesu indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989

W niniejszym rozdziale, na podstawie materiału z Rozdziału 3 i Rozdziału 4, zrekonstruowany zostanie proces indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989 w oparciu o model trzech faz procesu indygenizacji. Następnie podjęta zostanie próba wyróżnienia czynników różnicujących dynamikę rozwoju kategorii *borderline* psychopatologii amerykańskiej i psychopatologii polskiej. Rozdział zakończy podsumowanie.

5.1. I faza procesu indygenizacji

Proces indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989 składa się w przeważającym stopniu z fazy I, czyli okresu kiedy amerykańska kategoria *borderline* i polskie, lokalne kategorie semantycznie pokrewne kategorii *borderline* rozwijały się niezależnie, w swoich kontekstach praktyki instytucjonalnej. Faza ta trwała od roku 1918 aż do 1980. Należy podkreślić, że amerykańskiego terminu *borderline* użył po raz pierwszy w polskiej literaturze psychopatologicznej Leszek Welbel w 1966 roku, ale, po pierwsze, słowo to pojawia się w jego artykule tylko raz, po drugie, tekst jest poświęcony kategorii schizofrenii latentnej.

W okresie dwudziestolecia międzywojennego polscy klinicyści ukuli takie kategorie semantycznie pokrewne kategorii *borderline* rozumianej jako pogranicze nerwice i psychozy, jak: *schizothymia reactiva* i schizofrenia somatopsychiczna (Maurycy Bornsztajn), schizofrenia niedorozwinięta (Adam Wizel) oraz schizofrenia pseudoneurotyczna (Władysław Matecki). Przed II Wojną Światową, o pewnych diagnostycznie problematycznych obrazach klinicznych, nie mieszczących się w istniejących kategoriach nozologicznych, pisali także Oskar Bielawski („obląkanie bolesne”), Gustaw Bychowski, Julian Dretler („psychoza mieszana”) oraz Jan Mazurkiewicz. Jan Nelken wprowadził do lokalnego obiegu rosyjską kategorię łagodnej schizofrenii. Kategorią oznaczającą zaburzenia osobowości, jednocześnie rozumianą jako pogranicze pomiędzy zdrowiem a chorobą psychiczną, była w polskiej psychopatologii kategoria psychopatii. Autorzy klasyfikacji psychopatii, Maurycy Bornsztajn i Jakub Frostig, podkreślali niemożność stworzenia wyczerpującej typologii

psychopatii o wzajemnie wykluczających się kategoriach. Niemożność tę dostrzegał również Władysław Sterling. Aleksander Piotrowski opisał kilka typów psychopatii, nie przedstawiając systematycznej typologii ani kryteriów klasyfikacji. Maurycy Borsztajn zaproponował spójną klasyfikację psychiatryczną opartą na kryterium zmiany osobowości. Wyróżnił pięć typów normalnych i osiem typów psychopatycznych. Jakub Frostig wyróżnił sześć typów psychopatycznych i listę reakcji psychopatycznych.

Po II Wojnie Światowej w polskiej psychopatologii porzucono zainteresowanie kategoriami z pogranicza nerwic i psychoz. Nozologia miała opierać się w jak największym stopniu na wskaźnikach neurofizjologicznych. Na przykład w etioepigenetycznym układzie nozograficznym Tadeusza Bilikiewicza, nie było miejsca na tego rodzaju kategorie – dany obraz kliniczny albo ma podstawę organiczną, należy zatem do II warstwy albo jest zespołem czynnościowym należącym do warstwy III. Jedynie Leszek Welbel w 1966 roku, odnosząc się do literatury amerykańskiej, ale również psychiatrów polskich – Maurycego Borsztajna, Jana Nelkena i Jana Mazurkiewicza – starał się wykazać istotność problematyki pogranicza nerwic i psychoz, związanej z kategorią schizofrenii latentnej. Do Borsztajna kategorii *schizothymia reactiva* i schizofrenii somatopsychicznej krótko odwołał się również Mieczysław Kaczyński w 1957 roku, w swoim artykule poświęconym symptomatologii wczesnej schizofrenii.

Wyraźnie widoczna jest tutaj zasadnicza nieciągłość przebiegu rozwoju lokalnych kategorii psychopatologicznych, pokrewnych semantycznie kategorii *borderline*. Po II Wojnie Światowej, w związku transformacją ideologicznych fundamentów praktyk badawczych polskiej psychopatologii, a zwłaszcza po śmierci Maurycego Borsztajna w 1952 roku, kategorie *schizothymia reactiva*, schizofrenii somatopsychicznej, schizofrenii niedorozwiniętej, łagodnej schizofrenii oraz pseudoneurotycznej schizofrenii zostały wykluczone z dyskursu polskiej psychopatologii. Jeśli chodzi o kategorię psychopatii, w polskiej psychopatologii powojennej, utrzymała ona swoje znaczenie jako kategoria odnosząca się do problemów osobowościowych, rozumiana jako pogranicze normy i psychopatologii. Zagadnieniem psychopatii zajmował się szczególnie Eugeniusz Brzezicki, rozwijając klasyfikację kretschmerowską – uszczegółowiając opis kategorii schizotymii i schizoidii, a także cyklotymii, oraz wprowadzając kategorie skirtotymii i skirtoidii oraz typu wiskoznego i eliptydii. Osobną pracę poświęcił kategorii psychopatii również Antoni Kępiński. Tadeusz Bilikiewicz podkreślał, że psychopatię należy uznawać za normę psychologiczną, za stan zdrowia, nie zapominając jednak o tym,

że struktura osobowości, jako I warstwa etioepigenetyczna, może mieć wpływ na obraz kliniczny choroby psychoorganicznej lub zespołu czynnościowego.

W 1980 opublikowano klasyfikację DSM-III. Rok później, w polskiej literaturze psychopatologicznej pojawił się pierwszy artykuł w całości poświęcony amerykańskiej kategorii *borderline*.

5.2. II faza procesu indygenizacji

Moment importu amerykańskiej kategorii *borderline* do psychopatologii polskiej, czyli faza II procesu indygenizacji, to rok 1981 i wydanie artykułu *Stany graniczne i ich rozumienie we współczesnej psychiatrii* Mirosława Dąbkowskiego. Ten moment przejściowy w pewien sposób jest odzwierciedlony przez autora, który gubi się w konceptualnym chaosie i meandrach rozwoju amerykańskiej kategorii *borderline*, i nie potrafi rozsądzić czy kategoria ta denotować ma pogranicze nerwic i psychoz czy zaburzenie osobowości. Dąbkowski wprowadził kategorię *borderline* na grunt polskiej psychopatologii w formie translacji: *borderline states* na „stany graniczne”. Dąbkowski w swoim artykule nie odnosił się jeszcze do kategorii zaburzenia osobowości *borderline* z klasyfikacji DSM-III. Praca Dąbkowskiego jest gruntownie osadzona w amerykańskiej literaturze przedmiotu, zawiera również odniesienia do radzieckiego i czeskiego piśmiennictwa dotyczącego tamtejszych lokalnych praktyk badawczych dotyczących kategorii *borderline*. Dąbkowski dochodzi do wniosku, że amerykańska kategoria *borderline* nie pomaga w zrozumieniu „stanów granicznych”, które ma denotować, a wręcz nasila nozologiczny chaos i mnoży definicyjne nieporozumienia. Zdaniem Dąbkowskiego powstanie kategorii *borderline* w Stanach Zjednoczonych wiąże się z ograniczeniem zakresu znaczeniowego kategorii psychopatii w psychopatologii amerykańskiej – w psychopatologii europejskiej, w tym polskiej, symptomatologia opisywana przez różne warianty kategorii *borderline*, jest możliwa do opisania przy pomocy kategorii psychopatii, rozumianej jako osobowościowe odchylenia od normy.

W tym samym roku co artykuł Dąbkowskiego ukazał się krótki fragment dotyczący „stanów z pogranicza” w rozdziale poświęconym schizofrenii autorstwa Bomby, Mamrot i Orwid (1981) w monografii *Zaburzenia psychiczne u młodzieży* pod redakcją Marii Orwid. Autorzy używają angielskojęzycznej kategorii „*borderline* syndrom” oraz proponują jej translację jako „stany z pogranicza”. Proponują listę symptomów, które pozwalają im wyróżniać „przypadki stanów z pogranicza” wśród

młodzieży. Fragment ten jest dużo uboższy w odniesienia do amerykańskiej literatury psychopatologicznej dotyczącej kategorii *borderline* – odsyła tylko do dwóch tekstów: *Treatment of the borderline adolescent. A developmental approach* Jamesa Mastersona (1972) oraz *The Borderline Patient* Melitty Schmeideberg (1959).

W 1981 roku amerykańska kategoria *borderline* rozpoczęła zatem swoje istnienie w psychopatologii polskiej i stała się obiektem rodzimych praktyk badawczych.

5.3. III faza procesu indygenizacji

Faza III procesu indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii to lata 1982-1989, gdzie dochodzi do interakcji „ciała obcego” – amerykańskiej kategorii *borderline* – i lokalnych form praktyki instytucjonalnej. Pierwsze artykuły traktujące bezpośrednio o kategorii *borderline* pojawiły się pięć lat po artykule Mirosława Dąbkowskiego. Mowa o publikacjach Andrzeja Czernikiewicza *Pograniczne zaburzenia osobowości – współczesny rozwój koncepcji* oraz Tomasza Tyry *Teoretyczne i opisowe aspekty zaburzenia osobowości typu borderline*. W tekstach Czernikiewicza i Tyry trudno znaleźć ślady interakcji amerykańskiej kategorii *borderline* z lokalnymi formami praktyki instytucjonalnej – bibliografię wypełniają pozycje amerykańskie, brak odniesień do choćby jednego rodzimego artykułu. Jedynym tekstem poświęconym amerykańskiej kategorii *borderline*, w którym pojawiają się odniesienia do polskiej literatury, jest artykuł Dąbkowskiego. Jeśli chodzi o kwestie językowe, Andrzej Czernikiewicz proponuje translację: *borderline personality disorders* na „pograniczne zaburzenia osobowości”. Tomasz Tyra promuje formę zapożyczenia: zaburzenia osobowości typu *borderline*. Obaj przekonują o przydatności i zasadności kategorii BPD. Andrzej Czernikiewicz, pisząc w liczbie mnogiej o „pogranicznych zaburzeniach osobowości”, włącza w ich obręb zaburzenie osobowości *borderline* oraz schizotypowe zaburzenie osobowości. Jego zdaniem „pograniczne zaburzenia osobowości” są niezależną jednostką nozologiczną i nie stanowią pogranicza między nerwicami i psychozami, zasadniczo odróżniając się od jednych i drugich.

W 1989 roku, Tomasz Tyra w artykule *Różne metody diagnozy różnicowej zaburzenia osobowości borderline* wprowadził do polskiej literatury psychiatrycznej amerykańskie narzędzia specyficznie stworzone do diagnozy zaburzenia osobowości *borderline*: wywiad do strukturalnej diagnozy osobowości Kernebrga oraz wywiad diagnostyczny Gundersona i Kolba.

Podsumowując, po krytycznym przyjęciu amerykańskiej kategorii *borderline* przez Dąbkowskiego, Andrzej Czernikiewicz i Tomasz Tyra działali w kierunku adaptacji kategorii zaburzenia osobowości *borderline* do polskiej psychopatologii jako diagnostycznie użytecznej oraz uczynienia jej przedmiotem rodzimych praktyk badawczych

5.4. Dynamika rozwoju kategorii *borderline* w psychopatologii polskiej a amerykańskiej: czynniki różnicujące

Rozwój kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989 przedstawia *Tabela 5.1.*

Tabela 5.1. Rozwój kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989.

| OKRES | BORDERLINE JAKO | KATEGORIE |
|---|-----------------------------|---|
| Dwudziestolecie międzywojenne i II Wojna Światowa (1918-1945) | Pogranicze nerwic i psychoz | <i>Schizothymia reactiva</i> (Bornsztajn, 1916, 1922, 1927c) |
| | | Schizofrenia somatopsychiczna (hipochondryczna) (Bornsztajn, 1922, 1927b, 1933, 1936) |
| | | Schizofrenia niedorozwinięta (Wizel, 1925, 1928) |
| | | Łagodna schizofrenia (Nelken, 1935) |
| | | Schizofrenia nerwicopodobna (rzekomoneurotyczna) (Matecki, 1937) |
| | Zaburzenie osobowości | Psychopatia (Bornsztajn, 1922; Borowiecki, 1933; Frostig, 1933; Gawroński, 1929; Nelken i Bobrowska-Nelkenowa, 1936; Piotrowski, 1922; Rosenblum, 1929; Sterling, 1929) |
| Polska Rzeczpospolita Ludowa (1946-1989) | Pogranicze nerwic i psychoz | <i>Schizothymia reactiva</i> (Bornsztajn, 1948) |
| | | Schizofrenia somatopsychiczna (hipochondryczna) (Bornsztajn, 1948) |
| | | <i>Schizophrenia latens</i> (Welbel, 1966) |

| | | |
|--|--|--|
| | Pogranicze nerwic i psychoz czy zaburzenie osobowości? | Stany graniczne (Dąbkowski, 1981) |
| | | Stany z pogranicza (Bomba, Mamrot, Orwid, 1981) |
| | Zaburzenie osobowości | Psychopatia (Bilikiewicz, 1969; Borsztajn, 1948; Brzezicki, 1946, 1947; Kępiński, 1988/1977) |
| | | Pograniczne zaburzenia osobowości (Czernikiewicz, 1986) |
| | | Zaburzenie osobowości typu <i>borderline</i> (Tyra, 1986) |

Źródło: opracowanie własne.

W powyżej tabeli widać wyraźnie intensywny rozwój kategorii pokrewnych semantycznie kategorii *borderline* w psychopatologii polskiej w okresie dwudziestolecia międzywojennego. Kategorie *schizothymia reactiva* i schizofrenii somatopsychicznej Borsztajna, niedorozwiniętej schizofrenii Wizla czy schizofrenii nerwicopodobnej Mateckiego, stanowią oryginalny wkład polskiej psychopatologii do nozologii przypadków z pogranicza nerwic i psychoz. Po II Wojnie Światowej, publikacja drugiego wydania podręcznika Maurycego Borsztajna w 1948 roku, przypominała środowisku polskich psychiatrów o jego oryginalnych, ukutych w okresie dwudziestolecia międzywojennego kategoriach. Po II Wojnie Światowej, w polskiej psychopatologii nie została ukuta żadna nowa kategoria nozologiczna odnosząca się do pogranicza nerwic i psychoz. Zwraca uwagę również stabilność rozumienia kategorii psychopatii jako odnoszącej się do problemów osobowościowych, mieszczących się na pograniczu normy i psychopatologii. Kategoria psychopatii była rozumiana w ten sposób w polskiej psychopatologii właściwie na przestrzeni całego badanego okresu, 1918-1989.

W porównaniu rozwoju kategorii *borderline* w polskiej i amerykańskiej psychopatologii, ponownie pomoże tabela. Zestawienie rozwoju kategorii *borderline* w psychopatologii amerykańskiej i polskiej przedstawia *Tabela 5.2*.

Tabela 5.2. Rozwój kategorii *borderline* w psychopatologii polskiej i amerykańskiej.

| OKRES | BORDERLINE JAKO | PSYCHOPATOLOGIA POLSKA | PSYCHOPATOLOGIA AMERYKAŃSKA |
|---|--|--|--|
| Międzywojnia i II Wojny Światowej (1945-1989) | Pogranicze nerwic i psychoz | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Schizothymia reactiva</i> (Bornsztajn, 1916, 1922, 1927c) - Schizofrenia somatopsychiczna (hipochondryczna) (Bornsztajn, 1922, 1927b, 1933, 1936) - Schizofrenia niedorozwinięta (Wizel, 1925, 1928) - Łagodna schizofrenia (Nelken, 1935) - Schizofrenia nerwicopodobna (rzekomoneurotyczna) (Matecki, 1937) | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Borderland neuroses and psychoses</i> (Clark, 1919) - <i>Borderline mental states</i> (Moore, 1921) - <i>Borderline cases</i> (Oberndorf, 1930) - <i>Border line group of neuroses</i> (Stern, 1938) - <i>Ambulatory schizophrenia</i> (Zilboorg, 1941) - <i>As-if personality</i> (Deutsch, 1942) |
| | Zaburzenie osobowości | <ul style="list-style-type: none"> - Psychopatia (Bornsztajn, 1922; Borowiecki, 1933; Frostig, 1933; Gawroński, 1929; Nelken i Bobrowska-Nelkenowa, 1936; Piotrowski, 1922; Rosenblum, 1929; Sterling, 1929) | — |
| Okres powojenny (1946-1989) | Pogranicze nerwic i psychoz | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Schizothymia reactiva</i> (Bornsztajn, 1948) - Schizofrenia somatopsychiczna (hipochondryczna) (Bornsztajn, 1948) - <i>Schizophrenia latens</i> (Welbel, 1966) | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Borderline patients</i> (Schmideberg, 1947) - <i>Pseudoneurotic forms of schizophrenia</i> (Hoch i Polatin, 1949) - <i>Borderline schizophrenia</i> (Douglas, 1952) - <i>Borderline states</i> (Knight, 1953) - <i>Latent psychosis</i> (Bychowski, 1953) |
| | Pogranicze nerwic i psychoz czy zaburzenie osobowości? | <ul style="list-style-type: none"> - Stany graniczne (Dąbkowski, 1981) - Stany z pogranicza (Bomba, Mamrot, Orwid, 1981) | — |

| | | | |
|--|-----------------------|---|--|
| | Zaburzenie osobowości | - Psychopatia (Bilikiewicz, 1969; Bornsztajn, 1948; Brzezicki, 1946, 1947; Kępiński, 1988/1977) - Pograniczne zaburzenia osobowości (Czernikiewicz, 1986) - Zaburzenie osobowości typu <i>borderline</i> (Tyra, 1986) | - <i>Borderline personality structure</i> (Kaufman, 1956) - <i>Psychotic character</i> (Frosch, 1964) - <i>Borderline personality organization</i> (Kernberg, 1967) - <i>Borderline syndrome</i> (Grinker, Werble, Drye, 1968) - <i>Borderline patients</i> (Gunderson i Singer, 1975) - <i>Borderline Personality Disorder</i> (APA, 1980) |
|--|-----------------------|---|--|

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli widać odmiennosc dynamiki rozwoju kategorii *borderline* w psychopatologii polskiej i amerykańskiej. W psychopatologii amerykańskiej dyskusja związana z problemem nozologii pogranicza nerwic i psychoz, nabrała popularności właściwie dopiero po artykule Sterna z 1938 roku, a od lat pięćdziesiątych od artykułu Knight'a, urosła do rangi jednego z podstawowych problemów nozologicznych. W psychopatologii polskiej było dokładnie odwrotnie – intensywna dyskusja dotycząca nozologii przypadków z pogranicza nerwic i psychoz przypada na okres dwudziestolecia międzywojennego, a po II Wojnie Światowej aż do początku lat osiemdziesiątych, problem ten w polskiej psychopatologii właściwie przestaje istnieć.

Odmiennosc dynamiki procesu rozwoju kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii i psychopatologii amerykańskiej powiązać można ze specyfiką rozwoju następujących praktyk badawczych:

- 1) psychoanalizy,
- 2) ruchu higieny psychicznej,
- 3) kategorii psychopatii.

Ad. 1) Kategoria *borderline* a psychoanaliza:

W Stanach Zjednoczonych to psychoanalitycznie zorientowani psychiatrzy rozpoczęli debatę o przypadkach *borderline*, ponieważ, jak się zdaje, myślenie psychoanalityczne, jako idiograficzne, stara się łączyć symptomatologię właściwą danej

ogólnej kategorii psychopatologicznej z charakterystyczną strukturą osobowości właściwą dla danej jednostki – dlatego przypadki niemieszczące się w standardowych kategoriach klinicznych nie zrażały psychoanalityków, podejmowali oni zaś starania, aby je opisać przy użyciu psychoanalitycznych pojęć, nadać im nowe nazwy i umiejscowić pośród istniejących kategorii psychiatrycznych. Można postawić hipotezę, że właśnie dlatego w Polsce w okresie dwudziestolecia międzywojennego, kiedy psychoanaliza inspirowała część środowiska psychiatrycznego (zwłaszcza Szpital Starozakonnych na Czystem), pojawiały się próby opisu przypadków nie mieszczących się w znanych etykietach oraz ich nazywania. Po II Wojnie Światowej natomiast, gdy psychoanaliza została potępiona przez rząd PRL jako ideologia burżuazyjna, a w zamian narzucono pawłowizm i materializm dialektyczny jako oficjalną ideologię psychiatrii, nie dziwi brak prób myślenia dymensjonalnego, idiograficznego, poszukiwania nowych kategorii. Sytuacja zmieniła się w latach osiemdziesiątych, kiedy władza osłabła, a polska nauka otworzyła się na inspiracje płynące ze Stanów Zjednoczonych. Zbiegło się to z wydaniem klasyfikacji DSM-III, w której kategoria *borderline* pojawiła się po raz pierwszy jako zunifikowana jednostka diagnostyczna. Kategoria zaburzenia osobowości *borderline* nie została zauważona przez Dąbkowskiego (1981) ani Bombę, Mamrot i Orwid (1981), a pisali o niej dopiero przez Czernikiewicz (1986) i Tyra (1986, 1989). Wspomniani polscy autorzy traktowali kategorię *borderline* jako nowinę w rodzimym kontekście, nie wymieniając żadnego jej związku z polskimi kategoriami z okresu dwudziestolecia międzywojennego. Widać tutaj zasadniczą nieciągłość historii polskiej psychopatologii, którą wyznacza rok 1945 i nastanie komunistycznych rządów, które na kilkadziesiąt lat wymazały część, zwłaszcza tej związanej z myślą psychoanalityczną, tożsamości rodzimej psychopatologii.

Ad. 2) Kategoria *borderline* a ruch higieny psychicznej:

W Stanach Zjednoczonych oraz Związku Radzieckim, dzięki prężnie działającemu ruchowi higieny psychicznej i rozwiniętej dzięki niemu pomocy ambulatoryjnej w postaci poradni/instytutów higieny psychicznej, częściej w praktyce klinicznej stykano się z przypadkami z pogranicza zdrowia i choroby, psychozopodobnych, ale z utrzymanym przystosowaniem społecznym; w Polsce, klasyczny podział szpital vs praktyka prywatna, utrudniał styczność z tego typu przypadkami na szerszą skalę. Co do zasady: psychiatrzy prywatnie leczyli nerwice, a szpitale psychozy wymagające hospitalizacji – choć oczywiście dymensjonalnie myślący klinicyści nawet w populacji szpitalnej zauważali pacjentów z pogranicza używanych

kategorii diagnostycznych. Należy jednak zauważyć, że rozwój ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, nie miał swojego przełożenia na rozwój kategorii z pogranicza nerwic i psychoz.

Ad. 3) Kategoria *borderline* a kategoria psychopatii:

W psychopatologii Polskiej i w ogóle europejskiej, w odniesieniu do klasyfikacji zaburzeń osobowości nie potrzebowano kategorii *borderline*, ponieważ to miejsce wypełniało pojęcie psychopatii, które rozumiano szeroko, jako spektrum zaburzeń osobowości/charakteru. W Stanach Zjednoczonych definicja tego pojęcia już w 1941 roku została przez Cleckley'a zawężona do osobowości antyspołecznej, zostawiając inne trudności osobowościowe, nie mieszczące się w istniejących ramach nozologicznych, bez nazwy. To właśnie wolne miejsce w nozologii zaczęła wypełniać kategoria *borderline*. Wniosek ten zgadza się z tym wysuniętym przez Dąbkowskiego (1981).

Oprócz czynników związanych ze specyfiką rozwoju wyżej wspomnianych praktyk badawczych, również kontekst historyczny i społeczno-kulturowy wydaje się mieć fundamentalne znaczenie dla zrozumienia odmienności rozwoju kategorii *borderline* w Stanach Zjednoczonych i w Polsce. Głównym czynnikiem należącym do kontekstu historyczno-kulturowo-społecznego, który w znaczącym stopniu różnicuje dynamikę rozwoju kategorii *borderline* w psychopatologii polskiej i amerykańskiej, jest z pewnością II Wojna Światowa i jej konsekwencje. W czasie II Wojny Światowej zamordowana została część polskich psychiatrów rozwijających oryginalne kategorie pokrewne semantycznie kategorii *borderline*, czyli Władysław Matecki i Jan Nelken, a duża część wyemigrowała, w tym Gustaw Bychowski. Konsekwencją II Wojny Światowej była podległość ZSRR, a więc utrata żywego kontaktu, możliwości wymiany intelektualnej, ze światem nauki zachodnioeuropejskiej i amerykańskiej. Dopiero osłabienie systemu w latach osiemdziesiątych zaczęło otwierać możliwości na nawiązanie kontaktu z Zachodem, w tym Zachodnimi praktykami badawczymi. Kontekst ten wydaje się w pewnym stopniu wyjaśniać nieciągłość rozwoju kategorii *borderline* w Polsce – rozwoju wyprzedzającego amerykańskie poglądy w czasie dwudziestolecia międzywojennego, a całkowicie zatrzymanego, a także w dużej części zapomnianego przez polską psychopatologię w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Konsekwencje II Wojny Światowej dla Stanów Zjednoczonych były diametralnie inne – państwo to stało się światowym mocarstwem i intelektualnym centrum, co w psychopatologii znalazło swą kulminację w globalnej ekspansji klasyfikacji DSM-III.

Jeśli chodzi o rozwój instytucji rozwijających polską psychopatologię, czyli psychiatrii i psychologii klinicznej, w czasach dwudziestolecia międzywojennego polska psychologia kliniczna w rozumieniu instytucjonalnym nie istniała, natomiast psychiatria, zmagająca się z problemami finansowymi, kadrowymi, niedoborem miejsc i szpitali psychiatrycznych, a także niejednorodną nomenklaturą psychiatryczną będącą spuścizną zaborów, dążyła do wypracowania silnej i niezależnej pozycji polskiej psychiatrii naukowej, jednocześnie będąc na bieżąco najnowszymi koncepcjami psychiatrii europejskiej, zwłaszcza niemieckojęzycznej. Większość wiodących psychiatrów kształciła się lub odbywała staże na uniwersytetach i klinikach w Niemczech, Austro-Węgrzech, Szwajcarii, Francji bądź Rosji. Po II Wojnie Światowej, w związku z utratą całkowitej suwerenności i uznaniem zwierzchnictwa ZSRR, narodowa, ale jednak otwarta na inspiracje praktykami badawczymi z Europy Zachodniej polska psychiatria, ustąpiła miejsce autorytarnej, materialistycznej, zakazującej wpływów praktyk badawczych uznawanych za wrogie systemowi (jak psychoanaliza), ale z drugiej strony zapewniającej darmowy dostęp do ochrony zdrowia, budującej szpitale i rozwijającej opiekę ambulatoryjną, psychiatrii okresu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Psychologia kliniczna, która instytucjonalnie zaczęła rozwijać się w Polsce w końcu lat sześćdziesiątych, nie wniosła wartego odnotowania wkładu w rozwój kategorii *borderline* w psychopatologii polskiej.

5.5. Podsumowanie

Wyniki rekonstrukcji faz procesu indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989 przedstawione są w *Tabeli 5.3*.

Tabela 5.3. Wyniki rekonstrukcji faz procesu indygenizacji kategorii *borderline* w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989.

| FAZA PROCESU INDYGENIZACJI | LATA | BORDERLINE JAKO | KATEGORIE |
|-----------------------------------|-------------|-----------------------------|--|
| I | 1918-1980 | Pogranicze nerwic i psychoz | <i>Schizothymia reactiva</i> (Bornsztajn, 1916, 1922, 1927c, 1948) |
| | | | Schizofrenia somatopsychiczna (hipochondryczna) |

| | | | |
|----|------|--|--|
| | | | (Bornsztajn, 1922, 1927b, 1933, 1936, 1948) |
| | | | Schizofrenia niedorozwinięta (Wizel, 1925) |
| | | | Łagodna schizofrenia (Nelken, 1935) |
| | | | Schizofrenia rzekomonerwicowa (pseudoneurotyczna) (Matecki, 1937) |
| | | | <i>Schizophrenia latens</i> (Welbel, 1966) |
| | | Zaburzenie osobowości | Psychopatia (Bornsztajn, 1922; Borowiecki, 1933; Frostig, 1933; Gawroński, 1929; Nelken i Bobrowska-Nelkenowa, 1936; Piotrowski, 1922; Rosenblum, 1929; Sterling, 1929; Bilikiewicz, 1969; Bornsztajn, 1948; Brzezicki, 1946, 1947; Kępiński, 1988/1977) |
| II | 1981 | Pogranicze psychozy i nerwicy czy zaburzenie osobowości? | Stany graniczne (Dąbkowski, 1981) |
| | | | Stany z pogranicza (Bomba, Mamrot, Orwid, 1981) |

| | | | |
|-----|-----------|-----------------------|---|
| III | 1982-1989 | Zaburzenie osobowości | Pograniczne zaburzenia osobowości (Czernikiewicz, 1986) |
| | | | Zaburzenie osobowości typu <i>borderline</i> (Tyra, 1986, 1989) |

Zródło: opracowanie własne.

Przed II Wojną Światową na rozwój kategorii semantycznie pokrewnych kategorii *borderline* w rozumieniu pogranicza nerwic i psychoz, silny wpływ miała psychoanaliza. Zarówno Maurycy Bornsztajn, jak i Adam Wizel i Władysław Matecki – wszyscy pracujący w Szpitalu Starozakonnym na Czystem – znani byli ze swoich psychoanalitycznych inspiracji. Jan Nelken posłużył się natomiast inspiracjami płynącymi z psychiatrii radzieckiej opisując kategorię łagodnej schizofrenii. Po II Wojnie Światowej polska psychopatologia znalazła się na kilka dekad pod panowaniem założeń pawłowizmu i praktyk badawczych psychiatrii radzieckiej. Jeśli chodzi o kategorię psychopatii, tutaj polscy psychiatrzy – zarówno przed- jak i powojenni – czerpali przede wszystkim z nurtu konstytucjonalnego Kretschmera, a także niemieckiej psychiatrii klinicznej w wydaniu Eugena Kahna i Kurta Schneidera. Konsekwentnie, zarówno przed II Wojną Światową, jak i po niej, kategoria psychopatii była w polskiej psychopatologii rozumiana jako denotująca różnego rodzaju problemy osobowościowe, lokujące się na pograniczu normy i psychopatologii. W latach osiemdziesiątych, w wyniku osłabienia „żelaznej kurtyny”, do polskiej psychopatologii coraz szerszym strumieniem zaczęły napływać praktyki badawcze ze Stanów Zjednoczonych – w tym amerykańska kategoria *borderline*. Mirosław Dąbkowski nie widział dla kategorii *borderline* zastosowania w rodzimej psychopatologii, natomiast Andrzej Czernikiewicz i Tomasz Tyra uznawali jej status jako niezależnej i użytecznej jednostki nozologicznej, nadany jej przez klasyfikację DSM-III.

Podsumowanie i wnioski

Proces rozwoju rodzimych, indygeniczných kategorii pokrewných semantycznie kategorii *borderline* w psychopatologii polskiej w latach 1918-1989 miał wyraźną odmienną dynamikę w stosunku do jej ewolucji w psychopatologii amerykańskiej. W okresie dwudziestolecia międzywojennego, kiedy to nozologiczny problem pogranicza między psychozą a nerwicą w psychopatologii amerykańskiej właściwie nie istniał – nie licząc oczywiście prac Clarke’a i Moore’a z początku lat dwudziestych – w psychopatologii polskiej był przedmiotem żywej debaty. Oryginalne kategorie nozologiczne rozwijali głównie psychoanalitycznie zorientowani psychiatrzy: Adam Wizel schizofrenię niedorozwiniętą, Maurycy Bornsztajn *schizothymia reactiva* i schizofrenię somatopsychiczną, a Władysław Matecki schizofrenię pseudo-neurotyczną. Jan Nelken wprowadził do polskiej psychopatologii kategorię łagodnej schizofrenii, którą zaczerpnął z psychiatrii radzieckiej. Jako kategoria opisująca rozmaite trudności osobowościowe i postrzegana jako znajdująca się na pograniczu normy i psychopatologii, funkcjonowała kategoria psychopatii. Przed II Wojną Światową na rozwój kategorii semantycznie pokrewných kategorii *borderline* w rozumieniu pogranicza nerwic i psychoz, najsilniejszy wpływ miała psychoanaliza. Zarówno Maurycy Bornsztajn, jak i Adam Wizel i Władysław Matecki – wszyscy pracujący w Szpitalu Starozakonnym na Czystem – znani byli ze swoich psychoanalitycznych inspiracji. Jan Nelken posłużył się natomiast inspiracjami płynącymi z psychiatrii radzieckiej opisując kategorię łagodnej schizofrenii.

Po II Wojnie Światowej, podległy ZSRR reżim Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej narzucił pawłowizm jako oficjalną ideologię psychiatrii i potępił psychoanalizę. Skutkiem tych przemian politycznych i społecznych, kategorie schizofrenii niedorozwiniętej (Wizel), schizofrenii łagodnej (Nelken) i schizofrenii rzekomonerwicowej (Matecki) zostały zapomniane. Jako kategoria graniczna między zdrowiem a chorobą psychiczną, kategoria psychopatii była stale wykorzystywana do oznaczania różnych zaburzeń osobowości – to się nie zmieniło. Po raz pierwszy w polskiej literaturze psychiatrycznej amerykańska etykieta „*borderline*” została użyta przez Leszka Welbela w jego artykule z 1966 roku pod tytułem *Schizophrenia latens*. Autor przywoływał w nim kategorie ukute przez Bornsztajna, wspominał o Nelkenie oraz Mazurkiewiczu. Artykuł ten nie wzbudził jednak praktycznie żadnego zainteresowania

wśród polskich psychiatrów. Tymczasem w psychopatologii amerykańskiej od lat końca lat trzydziestych i artykułu Adolpha Sterna, problem kategorii *borderline* cieszył się rosnącym zainteresowaniem, stając się jednym z centralnych obszarów psychopatologii amerykańskiej. Popularność ta w końcu doprowadziła do wprowadzenia oficjalnych kategorii diagnostycznych zaburzenia osobowości *borderline* i schizotypowego zaburzenia osobowości w klasyfikacji DSM-III. W Polsce natomiast, od artykułu Welbela musiało minąć piętnaście lat, aby problem kategorii *borderline* stał się znów przedmiotem zainteresowania. A kiedy to się stało, przedmiotem tym stała się już amerykańska kategoria *borderline*, a nie przedwojenne, rodzime kategorie. Pierwsze artykuły w polskiej literaturze psychopatologicznej, poświęcone wyłącznie amerykańskiej kategorii *borderline*, pojawiły się zatem dopiero w latach osiemdziesiątych, już po opublikowaniu DSM-III, kiedy uścisk komunistycznego reżimu osłabł, a polska nauka śmieiej otwierała się na inspiracje z Zachodu. Mirosław Dąbkowski oraz Jacek Bomba, Ewa Mamrot i Maria Orwid, pisali o kategorii *borderline* w 1981 roku, a pięć lat później zainteresowali się nią także Andrzej Czernikiewicz i Tomasz Tyra.

Większa część badanego okresu historii polskiej psychopatologii, czyli lata 1918-1980, należy zakwalifikować do I fazy procesu indygenizacji. Dwudziestolecie międzywojenne, był to czas kiedy polscy badacze intensywnie rozwijali oryginalne kategorie pokrewne semantycznie amerykańskiej kategorii *borderline*. Okres II Wojny Światowej odznacza się jako wyrwa w historii polskiej psychopatologii, moment załamania/nieciągłości wielu linii rozwoju różnorodnych praktyk badawczych związanych z kategoriami psychopatologicznymi. Lata 1946-1980 to czas odżegnywania się od i skazywania na zapomnienie tradycji psychopatologii przedwojennej. Jest to również czas braku zainteresowania problemem nozologii pogranicza nerwic i psychoz. Należy jednak wyróżnić wysiłki Tadeusza Bilikiewicza, który w tym czasie rozwijał pionierski, wieloosiowy etioepigenetyczny układ nozograficzny. Właściwa indygenizacja, czyli II faza procesu, to zatem dopiero rok 1981. Okres III fazy obejmuje lata osiemdziesiąte, kiedy importowana z psychopatologii amerykańskiej kategoria *borderline* mogła wchodzić w interakcje i zmieniać swoje znaczenie pod wpływem lokalnego kontekstu praktyk badawczych. Proces ten jest trudno uchwytny, ponieważ przez całe lata osiemdziesiąte ukazały się tylko cztery artykuły na ten temat i krótki fragment w monografii, których autorzy, poza Dąbkowskim, nie podejmowali się konfrontacji konceptualnej zawartości amerykańskiej kategorii *borderline* z lokalnymi

formami praktyki badawczej. Bardzo trudno również wyciągnąć jakiegokolwiek wnioski z rodzimych językowych adaptacji kategorii *borderline*.

W tym miejscu, realizując postulat Kurta Danziger (2003b, s. 8) mówiący, że „psychologia historyczna dąży do interpretacji terażniejszości w świetle przeszłości”, warto zrobić krok od przeszłości, w kierunku terażniejszości i perspektyw na przyszłość.

Spośród nadal używanych wariantów szeroko rozumianej kategorii *borderline*, kontrowersji nie budzi zasadniczo kernbergowskie pojęcie organizacji osobowości *borderline* – jest używane w ramach podejścia psychoanalitycznego/psychodynamicznego i w tych ramach utrzymuje swoją spójność teoretyczną, a także praktyczną użyteczność. Kontrowersje budzi natomiast kategoria zaburzenia osobowości *borderline*. Przegląd literatury przeprowadzony w ramach niniejszej rozprawy potwierdza spostrzeżenia wielu autorów dotyczących heterogeniczności kategorii zaburzenia osobowości *borderline* (Brud, 2021; Jakubik, 1996, 2003, 2004; Tyrer, 1994, 1999, 2002, 2009; Zandersen, Henriksen, Parnas, 2018), definiowanego jako typ zaburzenia osobowości przez klasyfikacje DSM-V i ICD-10, a także, *eo ipso*, kategorii wzorca *borderline* z ICD-11. Jak niniejsza rozprawa może przyczynić się do rozwiązania kontrowersji związanych z kategorią zaburzenia osobowości *borderline*? Można spróbować odpowiedzieć na to ogólne pytanie poprzez odpowiedź na dwa, bardziej szczegółowe pytania:

- 1) Czy kategoria zaburzenia osobowości *borderline* powinna zachować swoje miejsce w psychopatologii?
- 2) W jaki sposób polskie kategorie psychopatologiczne z lat 1918-1989 mogą przyczynić się do rozwoju psychopatologicznej nozologii?

Ad. 1) Wiele badań i przeglądów literatury świadczy o heterogeniczności, a co za tym idzie ograniczonej klinicznej użyteczności kategorii zaburzenia osobowości *borderline* (BPD), która wydaje się istotnie obejmować „całe pole psychopatologii” (Dąbkowski, 1981, s. 209). Jeśli chodzi o najnowsze badania Bruda i Ciecucha (2023, 2024), potwierdzają one jedynie te ograniczenia. Podział bowiem psychopatologii na bieguny internalizacja-eksternalizacja (Krueger, McGue, Iacono, 2001) ma służyć różnicowaniu psychopatologii oraz wyjaśniać częstsze współwystępowanie diagnoz określonych zaburzeń osobowości i innych zaburzeń psychicznych. Jeśli, jak to wykazuje Brud (2021), kategoria zaburzenia osobowości *borderline* opisuje osoby z obu biegunów tego

wymiaru psychopatologii, świadczy to znów o tym, że denotuje całe spektrum psychopatologii i potwierdza jej ograniczoną użyteczność. Wyróżnianie w obrębie kategorii zaburzenia osobowości *borderline* podkategorii o wyższym stopniu homogeniczności, czego w Polsce podejmuje się Paweł Brud (2021), na Zachodzie m. in. Smits i in. (2017) i Wolf i in. (2023), a co pierwszy uczynili Grinker i in. (1968), a następnie postulowali jako pożądany kierunek rozwojowy Perry i Klerman (1978), wydaje się najbardziej obiecującym kierunkiem działania, zarówno z klinicznego, jak i empirycznego punktu widzenia. Z perspektywy podjętej w niniejszej rozprawie historycznej rekonstrukcji, wydaje się, że w momencie kiedy uda się wyróżnić węższe i bardziej spójne z punktu widzenia psychopatologii jednostki, kategoria zaburzenia osobowości *borderline* powinna zostać zarzucona, a jej podjednostkom powinny zostać nadane nowe nazwy, najlepiej bez konotacji ze starym terminem *borderline*. Argumenty za takim rozwiązaniem są następujące:

- Kategoria zaburzenia osobowości *borderline* jest stygmatyzująca, ma negatywne konotacje, i wiąże się ze stereotypami płciowymi.
- Kategoria zaburzenia osobowości *borderline* została powołana do życia poprzez wykorzystanie władzy przez grupę osób należących do amerykańskiej elity psychiatrycznej, bez wystarczających argumentów naukowych.
- Popularność kategorii zaburzenia osobowości *borderline* i działania by utrzymać jej istnienie można rozumieć jako utrzymywanie profesjonalnego *status quo*, utrzymującego i legitymizującego pozycję władzy psychopatologii amerykańskiej.
- Istnienie tak ogólnej kategorii klinicznej może mieć negatywne efekty dla diagnozy i terapii: prowadzić do przedwczesnej diagnozy, nieuwzględniającej idiograficznych niuansów związanych z możliwą różnorodnością patomechanizmów, większej podatności na efekt konfirmacji hipotez, a w psychoterapii do powstawania artefaktów, czyli pojawiania się zjawisk, które terapeuta przewiduje, że wystąpią na podstawie wstępnych hipotez diagnostycznych.

Ad. 2) Odzyskując zapomniane dziedzictwo przedwojennej psychopatologii polskiej, jesteśmy wyposażeni w materiał by dokonać indygenizacji w znaczeniu świadomego

dostosowania rozumienia kategorii *borderline* do rodzimej tradycji konceptualizowania przypadków z pogranicza nerwic i psychoz oraz zaburzeń osobowości. Istnienie międzynarodowych klasyfikacji, które umożliwiają specjalistom z całego świata korzystanie z uwspólnionego języka psychopatologii jest niepodważalnym osiągnięciem, jednak poza oficjalną terminologią różne środowiska profesjonalne korzystają z różnych koncepcji wyjaśniających wynikających z tradycji i pokoleniowej ciągłości przekazywania wiedzy. Warto na przykład wziąć pod uwagę, jakiego rodzaju perspektywy mogłyby wnieść do rozumienia zaburzeń osobowości – nie tylko *borderline* – polskie koncepcje psychopatii. Przykładowo, podział psychopatii ze względu na charakter, przedstawiony przez Stefana Borowieckiego za Eugenem Kahnem, akcentujący relację jednostki z jej otoczeniem społecznym przypomina jeden z dwóch wymiarów diagnostycznych zaburzeń osobowości proponowany przez ICD-11 – wymiar relacji interpersonalnych. Borowiecki już w latach trzydziestych zwracał uwagę na niemożność oddzielenia trudności osobowościowych, zwłaszcza w aspekcie relacji interpersonalnych, od tradycyjnych kategorii psychopatologii – nerwic i psychoz. Zresztą wiele oryginalnych klasyfikacji psychopatologicznych stworzonych przez polskich psychiatrów wyprzedzało rozwiązania, które międzynarodowe klasyfikacje wprowadzały lata później – na przykład etioepigenetyczny układ nozograficzny Tadeusza Bilikiewicza był prototypem klasyfikacji wieloosiowej (wyprzedzając o ponad trzy dekady rozwiązania zaproponowane przez DSM-III), a dymensjonalne rozumienie psychopatii w klasyfikacji Maurycego Bornsztajna przypomina najnowsze rozwiązania dotyczące diagnozy zaburzeń osobowości zaproponowane przez ICD-11 (publikację klasyfikacji Bornsztajna i ICD-11 dzieli 97 (!) lat). Polscy przedwojenni psychiatrzy podejmujący się prób klasyfikacji psychopatii – Bornsztajn, Frostig czy Sterling – nie mieli wątpliwości, że niemożliwa jest wyczerpująca klasyfikacja psychopatologii osobowości o wzajemnie niepokrywających się kategoriach. Polskie rozwiązania nozologiczne mogą stanowić również źródło inspiracji w poszukiwaniu antidotum na problem patologizacji osobowości i stygmatyzującego charakteru diagnoz zaburzeń osobowości. Mowa o kategorii psychopatii, która w tradycji polskiej psychopatologii zajmowała miejsce z pogranicza normy i psychopatologii, wskazując na pewien stopień ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych, jednocześnie sama zaburzeniem nie będąc (zob. zapewnienia Bilikiewicza, że psychopatia jest stanem zdrowia, normą psychiczną, na stronie 135 niniejszej rozprawy). Z pewnością byłoby dzisiaj trudno zrehabilitować takie rozumienie pojęcia psychopatii, zważywszy jak głęboko jej cleckleyowskie rozumienie wrosło

nie tylko w psychopatologię, ale i język potoczny oraz popkulturę. Jednak polska psychopatologia z lat 1918-1989, jak się wydaje, może wskazywać kierunek dla procesu de-patologizacji osobowości w psychopatologii światowej.

Podsumowując wnioski płynące z niniejszej rozprawy, należy zrewidować przydatność kategorii zaburzenia osobowości *borderline* dla psychopatologii, a rodzime kategorie, koncepcje i klasyfikacje mogą stanowić inspirację dla rozwijania, uszczegóławiania i udoskonalania klasyfikacji zaburzeń osobowości. Sformułowanie systematycznej i dobrze uargumentowanej propozycji takiej rewizji przekracza ambicję niniejszej rozprawy. Autor ma nadzieję, że ma ona szansę posłużyć za punkt wyjścia do próby takiej konceptualizacji.

Na koniec podkreślić należy istotne ograniczenia rozprawy. Jak każde opracowanie historyczne, jest ona nieuchronnie wybiórcza w selekcji informacji i cytatów abstrahowanych z literatury przedmiotu. Jak poucza historyk Hayden White (2010; 2014/1973), każda historia, jako wytwór, ma specyficzną konstrukcję językową, stanowiąc formę narracji, która wywiera na czytelniku efekt ciągłości, sensowności, a także próbuje przekonać do zasadności takiego a nie innego spojrzenia na opracowywany temat. Sposób konstruowania tej narracji, strukturalizacji pracy, zależy natomiast od przyjętej perspektywy metodologicznej – tutaj psychologii historycznej Kurta Danziger. Perspektywa Danziger pomaga uchwycić – i w tym kierunku „wyostrza soczewkę” – interakcję praktyk implementowanych przez środowiska profesjonalne (lokalne i globalne) i szerszych czynników społeczno-kulturowych. Jednak brak wykształcenia socjologicznego, czy też historycznego, psychologa historycznego sprawia, że jego obraz czynników i procesów społeczno-kulturowych jest z konieczności zawężony. Po drugie, tym co ignoruje z założenia psychologia historyczna Danziger, jest wpływ czynników indywidualnych, biograficznych na rozwój kategorii psychologicznych. Badacze są postrzegani jako grupa społeczna – społeczność profesjonalna – mniej więcej jednorodna (por. koncepcja stylów i kolektywów myślowych Ludwika Flecka). Szczególny wpływ badaczy wyłamujących się z jednorodności założeń społeczności profesjonalnych nie jest w tej perspektywie przedmiotem analizy. Ostatecznie, Autor zdecydował się na posłużenie się psychologią historyczną Kurta Danziger, czego efektem jest kształt niniejszej rozprawy, a także wnioski z niej płynące. Problem badawczy tutaj podjęty, można opracować w sposób zupełnie odmienny od zaproponowanego, do czego Autor zachęca innych badaczy.

Bibliografia

- Abraham, K. (1925). *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung*. Leipzig/Wien/Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Ahmed, S., Newman, D., Yalch, M. (2021). The stigma of borderline personality disorder. *Advances in Psychology Research, 145*, 59-78.
- Alexander, F. (1930). The neurotic character. *The International Journal of Psychoanalysis, 11*, 292–311.
- Akiskal, H. S. (1981). Subaffective Disorders: Dysthymic, Cyclothymic and Bipolar II Disorders in the “Borderline” Realm. *Psychiatric Clinics, 4*(1), 25-46.
- Akiskal, H. S., Chen, S. E., Davis, G. C., Puzantian, V. R., Kashgarian, M., Bolinger, J. M. (1985). Borderline: an adjective in search of a noun. *The Journal of clinical psychiatry, 46*(2), 41-48.
- Aldridge, B. (2021). Core self, sense of self, and whole self: The potential for harm in using personality disorder diagnoses. *Transactional Analysis Journal, 51*(1), 49-62.
- American Medico-Psychological Association. (1918). *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*. National committee for mental hygiene.
- American Psychiatric Association [APA]. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1st ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association [APA]. (1969). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association [APA]. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association [APA]. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Amestoy, M. E., Best, M. W., Ruocco, A. C., Uliaszek, A. A. (2024). Borderline personality disorder stigma: Examining the effects of diagnostic disclosure, behavior, and gender as sources of stigma in the general population. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 15*(4), 254–263. <https://doi.org/10.1037/per0000672>

- Andrulonis, P. A., Glueck, B. C., Stroebel, C. F., Vogel, N. G. (1982). Borderline personality subcategories. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170(11), 670-679.
- Aronson, T. A. (1985). Historical perspectives on the borderline concept: A review and critique. *Psychiatry*, 48(3), 209-222.
- Arrigo, B. A., Shipley, S. (2001). The confusion over psychopathy (I): Historical considerations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(3), 325-344.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 249-256.
- Barbu, Z. (2021). *Problems of historical psychology*. Routledge. (Oryginał opublikowano w 1960).
- Bateman, A. W. (2011). Borderline personality disorder. W J. C. Norcross, G. R. VandenBos i D. K. Freedheim (red.), *History of Psychotherapy: Continuity and Change* (strony 588-600). Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Beer, M. D. (1996). Psychosis: A history of the concept. *Comprehensive Psychiatry*, 37(4), 273-291.
- Bernasiewicz, W., Łuniewski, W. (1930). Próba zestawienia danych statystycznych ze sprawozdań zakładów psychiatrycznych za r. 1928. *Rocznik Psychiatryczny*, 12, 160–208.
- Berrios, G. E. (1993). European views on personality disorders: a conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 14-30.
- Berrios, G. E., Beer, M. D. (1994). The notion of unitary psychosis: a conceptual history. *History of Psychiatry*, 5(17), 13-36.
- Berrios, G. E., Luque, R., Villagrán, J. M. (2003). Schizophrenia: a conceptual history. *International journal of psychology and psychological therapy*, 3(2), 111-140.
- Bhaskar, R. (2008). *A Realist Theory of Science*. Londyn i Nowy Jork: Routledge.
- Bielawski, O. (1925). Schizofrenja. *Nowiny Psychiatryczne*, 2(4), 267-294.
- Bilikiewicz, T. (1947). Etioepigenetyzm, czyli teoria hierarchicznej epigenetyki nawarstwień etiologicznych w psychiatrii. *Przegląd Lekarski*, 19, 625-628.
- Bilikiewicz, T. (1951). Próba nozograficznego układu etioepigenetycznego w psychiatrii (Cz. 1). *Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska*, 1(1-4), 68-78, 135-149, 212-233, 271-291.

- Bilikiewicz, T. (1969). *Psychiatria kliniczna. Wydanie IV poprawione i uzupełnione*. Warszawa: PZWL.
- Bilikiewicz, T., Gallus, J. (1962). *Psychiatria polska na tle dziejowym*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bilikiewicz, T., Grabowska, H. (1974). Zaburzenia psychiczne na tle organicznym. W: T. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydanie II rozszerzone i uzupełnione* (strony 167-358). Warszawa: PZWL.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the Group of Schizophrenias*. Nowy Jork: International Universities Press. (Oryginał opublikowano w 1911).
- Błachowski, S., Borowiecki, S. (1928). Epidemja psychiczna w Słupi pod Środą. *Rocznik Psychjatryczny*, 7, 176-197.
- Bomba, J., Mamrot, E., Orwid, M. (1981). Schizofrenia. W: M. Orwid (red.), *Zaburzenia psychiczne u młodzieży* (strony 165-177). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Borch-Jacobsen, M. (2001). Making psychiatric history: Madness as folie à plusieurs. *History of the Human Sciences*, 14, 19-38.
- Bornsztajn, M. (1916). *O odrębnym typie rozszczepienia psychicznego (Schizothymia reactiva circumscripta)*. Warszawa: Wyd. Kasy Mianowskiego.
- Bornsztajn, M. (1922a). *Zarys psychjatrji klinicznej. Dla lekarzy i uczących się*. Kraków, Lwów, Warszawa: Spółka Wydawnicza Lekarska.
- Bornsztajn, M. (1922b). Nerwica natręctwa a schizofrenia. *Neurologja Polska*, 6, 115-121.
- Bornsztajn, M. (1927a). Stanowisko kliniczne schizofrenji i nowa teoria jej patogenezy. *Rocznik Psychjatryczny*, 5, 79-92.
- Bornsztajn, M. (1927b). Hipochondryczna (somatopsychiczna) postać schizofrenji. *Rocznik Psychjatryczny*, 5, 93-94.
- Bornsztajn, M. (1927c). Nowy przyczynek do t. zw. schizothymia reactiva. *Rocznik Psychjatryczny*, 6, 191-196.
- Bornsztajn, M. (1933a). Charakter w świetle teorii psychoanalitycznej. *Rocznik Psychjatryczny*, 20, 120-139.
- Bornsztajn, M. (1933b). Nowy przyczynek do t. zw. schizofrenji somatopsychicznej i kilka słów o istocie schizofrenji. *Rocznik Psychjatryczny*, 21, 1-10.
- Bornsztajn, M. (1936). O schizofrenji somatopsychicznej (Studjum klininczo-psychologiczne). *Rocznik Psychjatryczny*, 26/27, 156-166.

- Bornsztajn, M. (1948). *Wstęp do psychiatrii klinicznej*. Łódź: Księgarnia Ludowa.
- Borowiecki, S. (1932). Stosunek jednostki do otoczenia w nerwicach. *Rocznik Psychjacyjny*, 18/19, 173–207.
- Borowiecki, S. (1933). Patologia charakteru. *Rocznik Psychjacyjny*, 20, 87-100.
- Borowiecki, S. (1935). W sprawie programu psychiatrii polskiej. *Rocznik Psychjacyjny*, 25, 25–36.
- Bourne, J. (2011). From bad character to BPD: The medicalization of ‘personality disorder’. W: M. Rapley, J. Moncrieff, J. Dillon (red.), *De-medicalizing misery: Psychiatry, psychology and the human condition* (strony 66-85). Londyn: Palgrave Macmillan.
- Boyle, M. (1990). *Schizophrenia – a scientific delusion?* Londyn: Routledge.
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic cultures: A cultural approach to the pathologization of modern life*. Londyn: Routledge.
- Brock, A. C. (2015). The history of psychological objects. W: W. J. Martin, J. Sugarman, K. L. Slaney (red.), *Wiley handbook of theoretical and philosophical psychology: methods, approaches, and new directions for social sciences* (strony 151-165).
- Brożek, K., Herczyńska, G. (2006). Władysław Stryjeński (1889–1956). *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 15(3), 1–6.
- Brud, P. P. (2021). Przegląd kryteriów diagnostycznych, cech i typów osobowości borderline wraz z próbą ich porządkowania. *Studia Psychologica: Theoria et praxis*, 21(2), 37-56.
- Brud, P. P., Ciecuch, J. (2023). Borderline personality disorder and its facets in the context of personality metatraits and pathological traits. *Personality and Individual Differences*, 202, 111958.
- Brud, P. P., Ciecuch, J. (2024). Temperamental underpinnings of borderline personality disorder and its facets. *Personality and Mental Health*, 18(3), 205–215.
- Brzezicki, E. (1946). O potrzebie rozszerzenia typologii Kretschmera. *Życie Nauki*, 1(5), 362-369.
- Brzezicki, E. (1947). Rozbudowa typologii konstytucjonalnej jako podstawa badań nad charakterologią kliniczną. *Przegląd Lekarski*, 3(13-14), 491-496.
- Brzezicki, E. (1950). O paragnomen w schizofrenii. *Rocznik Psychjacyjny*, 38(1-4), 116-117.
- Bürgy, M. (2008). The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1200-1210.

- Bychowski, G. (1928a). W sprawie psychoterapii schizofrenji. *Rocznik Psychjatryczny*, 8, 57-69.
- Bychowski, G. (1928b). Über Psychotherapie der Schizophrenie, *Nervenarzt*, 1, 478-487.
- Bychowski, G. (1935). Przestępca w świetle psychoanalizy. *Rocznik Psychjatryczny*, 24, 31-50.
- Bychowski, G. (1953). The problem of latent psychosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1(3), 484-503.
- Bychowski, G. (1966). Psychosis precipitated by psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 35(3), 327-339.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology: Treating self and interpersonal functioning*. American Psychiatric Pub.
- Campbell, C. (2008). "But what can a Psychiatrist do about my Bowel?!" *Borderline Personality Disorder in Primary Care: A Qualitative Analysis of Patient Experience (rozprawa doktorska)*. Pobrano z lokalizacji <https://era.ed.ac.uk/handle/1842/3298>
- Campbell, K. (1982). The psychotherapy relationship with borderline personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(2), 166–193
- Campbell, K., Clarke, K., Massey, D., Lakeman, R. (2020). Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 1-10.
- Charland, L. C. (2004). Character: Moral treatment and the personality disorders. W: J. Radden (red.), *The philosophy of psychiatry: A companion* (strony 64–77). Oxford University Press.
- Cierpiąłkowska, L. (2001). Psychoterapia psychoanalityczna i behawioralna pacjentów borderline. W: L. Cierpiąłkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia* (strony 113-142). Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Cierpiąłkowska, L. (2004). Zaburzenie osobowości borderline. W: L. Cierpiąłkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia* (strony 99-132). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań.
- Cierpiąłkowska, L. (2016). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Cierpiatkowska, L. (2017). Zaburzenie osobowości borderline. W: L. Cierpiatkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (strony 171-197). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Citlak, A. (2019). The problem of mind and mental acts in the perspective of psychology in the Lvov-Warsaw school. *Philosophical Psychology*, 32(7), 1049–1077.
- Clark, L. P. (1919). Some practical remarks upon the use of modified psychoanalysis in the treatment of borderland neuroses and psychoses. *Psychoanalytic Review*, 6(3), 306-308.
- Clarkin, J. F., Widiger, T. A., Frances, A., Hurt, S. W., Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(3), 263.
- Cleckley, H. (1941). *The Mask of Sanity*. St. Louis: Mosby.
- Coe, H. W. (1901). The Borderland of Insanity: Where and What is it? *Medical Record (1866-1922)*, 59(21), 807-812.
- Crowhurst, B., Coles, E. M. (1989). Kurt Schneider's concepts of psychopathy and schizophrenia: a review of the English literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 34(3), 238-243.
- Czernikiewicz A. (1986). Pograniczne zaburzenia osobowości - współczesny rozwój koncepcji. *Psychiatria Polska*, 22, 225-231.
- Czubiński, A. (2005). *Historia Polski XX wieku*. Wydawnictwo Poznańskie.
- Danziger, K. (1990). *Constructing the subject. Historical origins of psychological research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Danziger, K. (1993). Psychological objects, practice, and history. W: H. V. Rappard, P. J. Strien, L. P. Mos i W. J. Baker (red.), *Annals of theoretical psychology, Vol. 8* (strony 15–47). Plenum Press.
- Danziger, K. (1994). Does the history of psychology have a future? *Theory & Psychology*, 4(4), 467-484.
- Danziger, K. (1997). *Naming the Mind: How Psychology Found Its Language*. Londyn: Sage.
- Danziger, K. (2003a). Where history, theory, and philosophy meet: The biography of psychological objects. W: D. B. Hill i M. J. Kral (red.), *About psychology: Essays at the crossroads of history, theory, and philosophy* (strony 19-33). Nowy Jork: State University of New York Press.

- Danziger, K. (2003b). Prospects of a historical psychology. *History and Philosophy of Psychology Bulletin*, 15(2), 4-10.
- Danziger, K. (2004). Concluding Comments. W: A. C. Brock, J. Louw, W. van Hoorn (red.), *Rediscovering the History of Psychology: Essays Inspired by the Work of Kurt Danziger* (strony 207-232). Nowy Jork: Springer.
- Danziger, K. (2006). Universalism and indigenization in the history of modern psychology. W: A. C. Brock (red.), *Internationalizing the history of psychology* (strony 208-225). Nowy Jork: New York University Press.
- Davies, J. (2017). How voting and consensus created the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III). *Anthropology & Medicine*, 24(1), 32-46.
- Davies, N. (2005). *God's Playground. A History of Poland. Volume II. From 1795 to the Present*. Columbia University Press.
- Dąbkowski, M. (1981). Stany graniczne i ich rozumienie we współczesnej psychiatrii. *Psychiatria Polska*, 15, 203-210.
- Decker, H. S. (2013). *The making of DSM-III: a diagnostic manual's conquest of American psychiatry*. Oxford University Press.
- Deutsch, H. (1942). Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia. *The Psychoanalytic Quarterly*, 11(3), 301-321.
- De Vos, J. (2010). From Milgram to Zimbardo: the double birth of postwar psychology/psychologization. *History of the Human Sciences*, 23(5), 156-175.
- De Vos, J. (2013). *Psychologization and the subject of late modernity*. Springer.
- Dobroczyński, B. (2017). Pod Słońcem Tanatosa. Jan Władysław Nelken (1876–1940) – szkic do portretu. W: P. Dybel (red.), *Przywracanie pamięci. Polscy psychiatrzy XX wieku orientacji psychoanalitycznej* (strony 297-380). Kraków: Universitas.
- Dobroczyński, B. (red.). (2021). *Polskie zmory. Psychoanaliza w międzywojniu*. Kraków: Universitas.
- Dobroczyński, B. (2021). Władysław Matecki (1985–1941). W: B. Dobroczyński (red.), *Polskie zmory. Psychoanaliza w międzywojniu* (strony 423–426). Kraków: Universitas.
- Dobroczyński, B., Marcinów, M. (2018). *Niezabliźniona rana Narcyza. Dyptyk o nieświadomości i początkach polskiej psychoanalizy*. Kraków: Universitas.
- Dominik, M., Drozdowski, P., Fortuna, D., Nieniewska, M., Żuchowicz, T. (1981). Zespoły psychotyczne u pacjentów z pierwotnym rozpoznaniem nerwicy. *Psychiatria Polska*, 15(3), 305-308.

- Douglas Jr, D. B. (1952). The management of borderline schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy*, 6(2), 245-255.
- Dretler, J. (1936). O psychozach mieszanych. *Nowiny Psychjatriczne*, 13(1/4), 101-194.
- Dybel, P. (2016a). *Psychoanaliza – ziemia obiecana? Dzieje psychoanalizy w Polsce międzywojnia (1900-1989). Część I. Okres burzy i naporu*. Kraków: Universitas.
- Dybel, P. (2016b). *Psychoanaliza – ziemia obiecana? Dzieje psychoanalizy w Polsce międzywojnia (1918-1939). Część II. Między nadzieją i rozpaczą*. Kraków: Universitas.
- Dybel, P. (red.). (2017). *Przywracanie pamięci. Polscy psychiatrzy XX wieku orientacji psychoanalitycznej*. Kraków: Universitas.
- Dymkowski, M. (2003). *Wprowadzenie do psychologii historycznej*. Gdańsk: GWP.
- Essen-Moller, E. (1970). Twenty-one psychiatric cases and their MZ co-twins: A thirty years' follow-up. *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*, 19, 315-317.
- Fabrega Jr, H. (1994). Personality disorders as medical entities: A cultural interpretation. *Journal of personality disorders*, 8(2), 149-167.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. Nowy Jork: Norton.
- Ferris, A. W. (1909). Borderland cases of insanity and the voluntary patient. *American Journal of Psychiatry*, 66(1), 133-139.
- Fine R. (red.). (1989). *Current and historical perspectives on the borderline patient*. Brunner/Mazel.
- Fleck, L. (1935). O obserwacji naukowej i postrzeganiu w ogóle. *Przegląd Filozoficzny*, 38, 58-76.
- Fleck, L. (1986). *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Fleck, L. (2006). *Psychosocjologia poznania naukowego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Foucault, M. (1969). *The Archeology of Knowledge and the Discourse on Language*. Nowy Jork: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1987). *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy. (Oryginał opublikowano w 1961).
- Foucault, M. (2000). *Choroba umysłowa a psychologia*. Warszawa: Wydawnictwo KR. (Oryginał opublikowano w 1954)
- Freud, A. (2007). *Ego i mechanizmy obronne*. Wydawnictwo Naukowe PWN. (Oryginał opublikowano w 1936).

- Freud, S. (1957). Some Character-Types Met with in Psycho-Analytic Work. W: J. Strachey (red.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 14* (strony 309-333). The Hogarth Press. (Oryginał opublikowano w 1916).
- Freud, S. (1959). Character and Anal Erotism. W: J. Strachey (red.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 9* (strony 167-176). The Hogarth Press. (Oryginał opublikowano w 1908).
- Freud, S. (1961). The ego and the id. W: J. Strachey (red.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. 19* (strony 3-66). Hogarth Press. (Oryginał opublikowano w 1923).
- Frosch, J. (1964). The psychotic character: clinical psychiatric considerations. *Psychiatric Quarterly*, 38, 81-96.
- Frostig, J. (1933). *Psychjatria. Tom II*. Lwów: Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich.
- Furumoto, L. (1989). The new history of psychology. W: I. S. Cohen (red.), *The G. Stanley Hall Lecture Series*, 9 (strony 9-34).
- Gach, J. (2008). Biological Psychiatry in the Nineteenth and Twentieth Centuries. W: E. R. Wallace, J. Gach (red.), *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an epilogue on psychiatry and the mind-body relation* (strony 381-418). Springer.
- Gawroński, J. (1929). Organizacja opieki nad psychopatami oraz metody leczniczo-wychowawcze w tej dziedzinie. *Nowiny Psychjatryczne*, 6(3-4), 275-283.
- Gergen, K. J. (2006). *Therapeutic realities*. Chagrin Falls: Taos Institute Publications.
- Gergen, K. J., Ness, O. (2016). Therapeutic practice as social construction. W: M. O'Reilly, J. N. Lester (red.), *The Palgrave handbook of adult mental health: Discourse and conversation studies* (strony 502–519). Palgrave Macmillan/Springer Nature.
- Gifford, S. (2008). The Psychoanalytic Movement in the United States, 1906–1991. W: E. R. Wallace, J. Gach (red.), *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an epilogue on psychiatry and the mind-body relation* (strony 461-484). Springer.
- Gilman, S. L. (2008). Constructing Schizophrenia as a Category of Mental Illness. W: E. R. Wallace, J. Gach (red.), *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an epilogue on psychiatry and the mind-body relation* (strony 629-656). Springer.
- Goodwin, F. K., Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression (Vol. 2)*. Oxford University Press.

- Gordon, P. E. (2012). What is Intellectual History? A frankly partisan introduction to a frequently misunderstood field. *The Harvard Colloquium for Intellectual History*, (strony 1-19). Harvard University Press.
- Gottesman, I. I., Shields, J. (1972). *Schizophrenia and Genetics: A Twin Study Vantage Point*. Nowy Jork: Academic Press.
- Gradziński A., Stryjeński, W. (1932). O opiece pozazakładowej nad psychicznie chorymi na terenie miasta Krakowa. *Polska Gazeta Lekarska*, 48, 879-882.
- Grinker, R. R. (1979). Diagnosis of borderlines: A discussion. *Schizophrenia Bulletin*, 5(1), 47–52.
- Grinker, R. R., Werble, B. (1977). *The Borderline Patient*. Nowy Jork: Jason Aronson.
- Grinker, R. R., Werble, B., Drye, R. C. (1968). *The Borderline Syndrome. A Behavioural Study of Ego Functions*. Basic Books.
- Grob, G. N. (1966). The state mental hospital in mid-nineteenth century America: A social analysis. *American Psychologist*, 21(6), 510-523.
- Gunderson, J. G. (1979). The relatedness of borderline and schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 5(1), 17–22
- Gunderson, J. G., Carpenter Jr, W. T., Strauss, J. S. (1975). Borderline and schizophrenic patients: A comparative study. *The American journal of psychiatry*, 132(12), 1257-1264.
- Gunderson, J. G., Elliott, G. R. (1985). The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 142(3), 277–288
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 135(7), 792-796.
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 138(7), 896-903.
- Gunderson, J. G., Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *The American journal of psychiatry*, 132(1), 1-10.
- Hacking, I. (1995a). *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton: Princeton University Press.
- Hacking, I. (1995b). The looping effects of human kinds. W: D. Sperber, D. Premack i A. J. Premack (red.), *Causal cognition: A multidisciplinary debate* (strony 351–394). Clarendon Press/Oxford University Press.
- Hacking, I. (2004). *Historical Ontology*. Harvard University Press.

- Hare, R. D., Neumann, C. S., Widiger, T. A. (2012). Psychopathy. W: T. A. Widiger (red.), *The Oxford handbook of personality disorders* (strony 478–504). Oxford University Press.
- Hargaden, H., Sills, C. (2014). *Transactional analysis: A relational perspective*. Londyn: Routledge.
- Harris, B. (1980). Ceremonial versus critical history of psychology. *American Psychologist*, 35, 218-219.
- Harris, B. (2009). What critical psychologists should know about the history of psychology. W: D. Fox, I. Prilleltensky (red.), *Critical Psychology. An Introduction* (strony 20-35). Thousand Oaks: Sage.
- Herman, E. (1951). Znaczenie nauki Pawłowa dla neurologii klinicznej. *Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska*, 1(1), 4-11.
- Hervé, H. (2017). Psychopathy across the ages: A history of the Hare psychopath. W: H. Hervé, J. C. Yuille (red.), *The psychopath: Theory, research, and practice* (strony 31-55). Routledge.
- Hoch, P., Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 23(2), 248-276.
- Horley, J. (2014). The emergence and development of psychopathy. *History of the human sciences*, 27(5), 91-110.
- Horn, N., Johnstone, L., Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Journal of Mental Health*, 2, 255-269.
- Instytut Higieny Psychiczej (1937). *Instytut Higieny Psychiczej*. Warszawa: Wydawnictwo Koła Przyjaciół Instytutu Higieny Psychiczej.
- Jackiewicz, M., Marcinów, M. (2014). Osobowość z pogranicza – ujęcie historyczne w kontekście zmian w DSM-V. *Psychoterapia*, 1(168), 17-33.
- Jakubik, A. (1996). Mit osobowości pogranicznej. W: A. Grochowska, A. Jakubik, I. M. Marcysiak, S. Siek, A. Strzałecki, J. Terelak (red.), *Studia z psychologii. Tom VII* (strony 303-316). Warszawa: Wydawnictwo ATK.
- Jakubik, A. (2003). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jakubik, A. (2004). *Dylemat osobowości pogranicznej (borderline personality)*. Pobrano 31.10.2024 z: <http://www.zrodlo.psychologia.net.pl/artykul.php?level=12>
- Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology*. The University of Chicago Press. (Oryginał opublikowano w 1913).

- Jones, D. W. (2023). A history of borderline: disorder at the heart of psychiatry. *Journal of Psychosocial Studies*, 16(2), 117-134.
- Kaczyński, M. (1957). Symptomatologia wczesnej schizofrenii. *Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska*, 7(4), 505-511.
- Kahn, E. (1931). *Psychopathic Personalities*. Yale University Press.
- Kaufman, I. (1956). Some considerations of the “borderline” personality structure and the psychodynamics of the therapeutic process. *Smith College Studies in Social Work*, 26(3), 7-17.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F. (1975a). Further Considerations Regarding the Treatment and Differential Diagnosis of Borderline Personality Organization. W: O. Kernberg (red.), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (strony 153-183). Nowy Jork: Jason Aronson Inc.
- Kernberg, O. F. (1975b). Transference and countertransference in the treatment of borderline patients. *Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals*, 7(2), 14-24.
- Kernberg, O. F. (1976). Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24(4), 795-829.
- Kernberg, O. F. (1977). The Structural Diagnosis of Borderline Personality Organization. W: P. Hartocollis (red.), *Borderline Personality Disorders* (strony 87-121). Nowy Jork: International Universities Press.
- Kernberg, O. F. (1978). Contrasting Approaches to the Treatment of Borderline Conditions. W: J. Masterson (red.), *New Perspectives in Psychotherapy of the Borderline Adult* (strony 77-104). New York: Brunner/Mazel.
- Kernberg, O. (1979a). Overall Structuring and Beginning Phase of Treatment of Borderline and Narcissistic Patients. W: G. D. Goldman, D. Milman (red.), *Parameters in Psychoanalytic Psychotherapy* (strony 215-236). Iowa: Kendall Hunt Pub. Co.
- Kernberg, O. F. (1979b). Psychoanalytic Psychotherapy with Borderline Adolescents. W: S. Feinstein, P. Giovacchini (red.), *Adolescent Psychiatry Vol. VII* (strony 294-321). Chicago: University of Chicago Press.

- Kernberg, O. F. (1979c). Two reviews of the literature on borderlines: An assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 5(1), 53-58.
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics*, 4(1), 169-195.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Basic Books.
- Kesteven, W. B. (1885). The Border-Land of Insanity. *Bristol Medico-chirurgical Journal* (1883), 3(8), 97-103.
- Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P. H., Schulsinger, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. W: D. Rosenthal, D., S. S. Kety (red.), *The Transmission of Schizophrenia* (strony 345-362). Oxford: Pergamon Press.
- Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P. H., Schulsinger, F. (1971). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 128, 302-306.
- Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P. H., Schulsinger, F., Jacobsen, B. (1975). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic: A preliminary report based on psychiatric interviews. W: R. R. Fieve, D. Rosenthal, H. Brill (red.) *Genetic Research in Psychiatry* (strony 147-165). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Kety, S.S., Rosenthal, D, Wender, P.H, Schulsinger, F. (1976). Studies based on a total sample of adopted individuals and their relatives: Why they were necessary, what they demonstrated and failed to demonstrate. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 413-428.
- Kępiński, A. (1988). *Psychopatie. Wydanie II*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. (Pierwsze wydanie opublikowano w 1977 roku).
- Klein, D. F. (1977). Psychopharmacological treatment and delineation of borderline disorders. W: P. Hartocollis (red.), *Borderline personality disorders* (strony 365-383). Nowy Jork: International Universities Press.
- Klein, P., Fairweather, A. K., Lawn, S. (2022). Structural stigma and its impact on healthcare for borderline personality disorder: a scoping review. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(1), 48.
- Kleparski, G. A. (2001). Angielskie zapożyczenia leksykalne w języku polskim i niektóre problemy ich adaptacji. *Seria Filologiczna Studia Anglica Resoviensia*, 2(42), 18-28.

- Kling, R. (2014). Borderline personality disorder, language, and stigma. *Ethical Human Psychology and Psychiatry: An International Journal of Critical Inquiry*, 16(2), 114–119. <https://doi.org/10.1891/1559-4343.16.2.114>
- Knight, R. P. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 1-12.
- Koch, J. L. (1891). *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*. Ravensburg: Maier.
- Kobylińska-Dehe, E. (2017). Pasja życia. Gustaw Bychowski – polsko-żydowsko-amerykański psychoanalityk między Starym a Nowym Światem. W: P. Dybel (red.), *Przywracanie pamięci. Polscy psychiatrzy XX wieku orientacji psychoanalitycznej* (strony 381-424). Kraków: Universitas.
- Kobylińska-Dehe, E., Prot-Klinger, K. (2021). Wprowadzenie. W: E. Kobylińska-Dehe, K. Prot-Klinger (red.), *Jak feniks z popiołów. Odradzanie się psychoanalizy w powojennej i dzisiejszej Polsce* (strony 5-26). Kraków: Universitas.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. Nowy Jork: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. Nowy Jork: International Universities Press.
- Kolb, J. E., Gunderson, J. G. (1980). Diagnosing borderline patients with a semistructured interview. *Archives of General Psychiatry*, 37(1), 37-41.
- Kornaj, J. (2023a). Approaching Polish madness: concepts and treatment of psychosis in Polish psychiatry of the inter-war period. *History of Psychiatry*, 34(4), 397-416.
- Kornaj, J. (2023b). Psychoterapia osób z niepełnosprawnością intelektualną: rys historyczny. *Psychoterapia*, 4 (207), 9-24.
- Kornaj, J. (2024a). Pogranicza psychozy – nozologiczne propozycje polskich psychiatrów dwudziestolecia międzywojennego. *Psychiatria Polska*, 58(3), 559-569.
- Kornaj, J. (2024b). “Prototypic personality disorder” and the social issue: The category of psychopathy in Polish psychiatry in the interwar period. *History of Psychology*, 27(3), 267–291.
- Kornaj, J. (2024c). “It's a fight – the whole personality of the patient to win.” The development of concepts of psychosis in the Jewish Hospital in Warsaw, 1898–1943. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 60(4), e22328.
- Kraepelin, E. (1904). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch (7th ed.)*. Lipsk: Barth.
- Kraepelin, E. (1915). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch (8th, Vol. 4)*. Lipsk. Barth.

- Kretschmer, E. (1925). *Physique and Character: An Investigation of the Nature of Constitution and of the Theory*. Londyn: Kegan Paul (Oryginał opublikowano w 1921).
- Krueger, R. F., McGue, M., Iacono, W. G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, 30(7), 1245–1259.
- Kujawski, R. (2016). Rozwój klasyfikacji w psychiatrii po drugiej wojnie światowej – od jednowymiarowego ujęcia narodowego do wieloosiowego konsensusu międzynarodowego. *Psychiatria i psychoterapia*, 12(4), 29-48.
- Leichtman, M. (1989). Evolving Concepts of Borderline Personality Disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 229-249.
- Lewandowska-Tomaszczyk, B. (2010). Nowe spojrzenie na przekład: podobieństwo, granice ekwiwalencji i rekonceptualizacja. *Lingwistyka stosowana*, 3, 9-31.
- Lewicki, A. (1968). *Psychologia kliniczna w zarysie*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Lewis, K., Caputi, P., & Grenyer, B. F. (2012). Borderline personality disorder subtypes: A factor analysis of the DSM-IV criteria. *Personality and Mental Health*, 6(3), 196-206.
- Lidz, T., Fleck, S., Cornelison, A. R. (1975). *Schizophrenia and the Family*. Nowy Jork: International Universities Press.
- Liebowitz, M. R. (1979). Is borderline a distinct entity?. *Schizophrenia Bulletin*, 5(1), 23-38.
- Liebowitz, M. R., Klein, D. F. (1981). Interrelationship of hysteroid dysphoria and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 4(1), 67-87.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical Behavior Therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 261–276.
- Lovejoy, A. (2017). *The great chain of being: A study of the history of an idea*. Routledge. (Oryginał opublikowano w 1936).
- Lovett, B. J. (2006). The new history of psychology: A review and critique. *History of Psychology*, 9(1), 17-37.
- Lunbeck, E. (2006). Borderline Histories: Psychoanalysis Inside and Out. *Science in Context*, 19(1), 151-173.
- Łapiński, M. (2021). Z Polski na antypody. Droga psychoanalizy. W: E. Kobylińska-Dehe, K. Prot-Klinger (red.), *Jak feniks z popiołów. Odradzanie się psychoanalizy w powojennej i dzisiejszej Polsce* (strony 29-50). Kraków: Universitas.

- Madsen, O. J. (2014). *The therapeutic turn: How psychology altered Western culture*. Routledge.
- Madsen, O. J. (2018). *The psychologization of society: On the unfolding of the therapeutic in Norway*. Routledge.
- Madsen, O. J. (2020). Therapeutic cultures: historical perspectives. W: D. Nehring, O. J. Madsen, E. Cabanas, D. Kerrigan (red.), *The Routledge International Handbook of Global Therapeutic Cultures* (strony 14-24). Routledge.
- Magnone, L. (2016). *Emisariusze Freuda. Transfer kulturowy psychoanalizy do polskich sfer inteligentnych przed drugą wojną światową. Tom I i II*. Kraków: Universitas.
- Malewski, J. (2021). Dwie rozmowy z Janem Malewskim. W: E. Kobylińska-Dehe, K. Prot-Klinger (red.), *Jak feniks z popiołów. Odradzanie się psychoanalizy w powojennej i dzisiejszej Polsce* (strony 51-74). Kraków: Universitas.
- Marcinów, M. (2017). Adama Wizła projekt “psychoterapii psychoanalitycznej”. W: P. Dybel (red.), *Przywracanie pamięci. Polscy psychiatrzy XX wieku orientacji psychoanalitycznej* (strony 205-254). Kraków: Universitas.
- Marcinów, M. (2018). *Historia polskiego szaleństwa. Tom I: Słońce wśród czarnego nieba. Studium melancholii*. Gdańsk: Fundacja Terytoria Książki.
- Masiak, M. (1992). Zaburzenia osobowości. W: A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (strony 112-118). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Masland, S. R., Null, K. E. (2022). Effects of diagnostic label construction and gender on stigma about borderline personality disorder. *Stigma and Health*, 7(1), 89.
- Masland, S. R., Victor, S. E., Peters, J. R., Fitzpatrick, S., Dixon-Gordon, K. L., Bettis, A. H., Navarre, K. M., Rizvi, S. L. (2023). Destigmatizing borderline personality disorder: A call to action for psychological science. *Perspectives on Psychological Science*, 18(2), 445–460. <https://doi.org/10.1177/17456916221100464>
- Masterson, J. F. (1972). *Treatment of the borderline adolescent. A developmental approach*. Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F., Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *The International journal of psycho-analysis*, 56, 163.
- Matecki, W. (1937). Nerwicopodobne (rzekomonerwicowe) postaci schizofrenii jako zagadnienie rozpoznawcze i lecznicze. *Nowiny Psychjatryczne*, 14(1-4), 113–134.
- Mazurkiewicz, J. (1923a). Słowo wstępne. *Rocznik Psychjacyjny*, 1, 1-2.

- Mazurkiewicz, J. (1923b). III Zjazd psychiatrów polskich w Wilnie. Przemówienie Prof. D-r Władyczki i Ministra D-ra W. Chodźki. *Rocznik Psychjatryczny, 1*, 55-60.
- Mazurkiewicz, J. (1926). Syntonja i schizoid. *Rocznik Psychjatryczny, 3*, 111-136.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.
- Micale, M. S. (1995). *Approaching hysteria: Disease and its interpretations*. Princeton: Princeton University Press.
- Millon, T., Simonsen, E., Birket-Smith, M. (2003). Historical conceptions of psychopathy in the United States and Europe. W: T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith, R. D. Davis (red.), *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior* (strony 3–31). The Guilford Press.
- Minkowski, E. (1970). *Lived Time: phenomenological and psychopathological studies*. Northwest University Press. (Original work published 1933).
- Mitchell, S. A., Black, M. J. (1996). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. Basic Books.
- Moore, T. V. (1921). The Parataxes: A Study and Analysis of Certain Borderline Mental States. *Psychoanalytic Review, 8*, 252-283.
- Nasierowski, T. (2005). Rys historii psychiatrii w Polsce. W: E. Shorter (red.), *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu* (strony 359-462). Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Nehls, N. (1998). Borderline personality disorder: Gender stereotypes, stigma, and limited system of care. *Issues in mental health nursing, 19*(2), 97-112.
- Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: The voice of patients. *Research in Nursing & Health, 22*(4), 285-293.
- Nelken, J. (1935). Łagodna schizofrenja. *Rocznik Psychjatryczny, 24*, 87-102.
- Nelken, J. (1989). Zagadnienia psychopatii i resocjalizacji przestępców-psychopatów w dziejach polskiej myśli kryminologicznej. *Archiwum Kryminologii, XVI*, 245-276.
- Nelken, J. Bobrowska-Nelkenowa, I. (1936). Psychopatia jako zagadnienie wartości społecznej. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 8*(20, 21/22, 23/24), 368-371, 393-395, 415-419.
- Noll, R. (2007). Kraepelin's 'lost biological psychiatry'? Autointoxication, organotherapy and surgery for dementia praecox. *History of Psychiatry, 18*(3), 301-320.
- Noll, R. (2011). *American madness: The rise and fall of dementia praecox*. Harvard University Press.

- Oberndorf, C. P. (1930). The psychoanalysis of borderline cases. *New York State Journal of Medicine*, 30, 648-651.
- Ogłodek, E., Araszkievicz, A. (2011). Rys historyczny rozwoju pojęcia osobowości z pogranicza. *Polski Merkurusz Lekarski*, 31(185), 323-326.
- Oladottir, K., Wolf-Arehult, M., Ramklint, M., Isaksson, M. (2022). Cluster analysis of personality traits in psychiatric patients with borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9, Article 7. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00178-w>
- Oredsson, A. F. (2023). Women ‘out of order’: inappropriate anger and gender bias in the diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychosocial Studies*, 1, 1-14.
- Oxford University Press. (2022). Indigenization. W: *Oxford English Dictionary*. Pobrano 31.10.2024 z: https://www.oed.com/dictionary/indigenization_n.
- Pankalla, A. (2013). *Kultura psychologów*. Poznań: Poznańskie Wydawnictwo Psycho-Kulturowe.
- Pankalla, A., Kilian, A. (2018a). Prolegomenon to the thought style of the New History of Psychology. *Studia Psychologica: Theoria et Praxis*, 5-14.
- Pankalla, A., Kilian, A. (2018b). Re-wizja i re-autoryzacja psychologii. Ekspedycja na peryferie – od myśli krytycznej ku psychologii realnej. *Czasopismo Psychologiczne*, 24, 21-35.
- Pankalla, A., Kośnik, K. (2019). Psychologia indygeniczna a słowiańska tożsamość polskiej psychologii akademickiej–znaczenie wiedzy lokalnej. *Czasopismo Psychologiczne*, 25(1), 137-142.
- Pankalla, A., Kośnik, K. (2022). *Wstęp do antropologii psychologii realnej. Perspektywa krytyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UKSW.
- Parker, I. (1998). Constructing and deconstructing psychotherapeutic discourse. *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 1(1), 65-78.
- Parker, I. (1999). Critical psychology: Critical links. *Annual review of critical psychology*, 1, 3-18.
- Parnas, J., Møller, P., Kircher, P., Thalbitzer, T., Jansson, L., Handest, P., Zahavi, D. (2005). EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 38(5), 236-258.
- Peeters, H. F. (1996). The historical vicissitudes of mental diseases: Their character and treatment. W: C. F. Graumann, K. J. Gergen (red.), *Historical dimensions of*

- psychological discourse* (strony 204-226). Cambridge: Cambridge University Press.
- Perzyński, J. (1979). Trudności w rozpoznawaniu schizofrenii rozpoczynającej się zaburzeniami nerwicowymi. *Psychiatria Polska*, 13(1), 57-62.
- Piotrowski, A. (1922). *Diagnostyka psychjatryczna w zarysie dla studentów i lekarzy*. Warszawa: E. Wende i S-ka.
- Piotrowski, A. (1925). Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów w przedmiocie schizofrenii. *Nowiny Psychjatryczne*, 2(3), 181–193.
- Polska Akademia Nauk. (2020). *Kodeks Etyki Pracownika Naukowego. Wydanie III*. Pobrano 02.11.2024 z lokalizacji: https://instytucja.pan.pl/images/2020/kodeks/Kodeks_Etyki_Pracownika_Naukowego_Wydanie_III_na_stron%C4%99.pdf
- Prilleltensky, I., Fox, D. (1997). Introducing Critical Psychology: Values, Assumptions, and the Status Quo. W: I. Prilleltensky, D. Fox (red.), *Critical Psychology: An Introduction* (strony 3-20). Londyn, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Prot-Klinger, K. (2017). Maurycy Bornstein (Bornsztajn) – psychoanalityczne rozumienie psychoz. W P. Dybel (red.), *Przywracanie pamięci. Polscy psychiatrzy XX wieku orientacji psychoanalitycznej* (strony 255-276). Kraków: Universitas.
- Quen, J. M. (1977). Asylum psychiatry, neurology, social work, and mental hygiene: An exploratory study in interprofessional history. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 13(1), 3-11.
- Rangell, L. (1955). Scientific proceedings: Panel reports: The borderline case. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3(2), 285-298.
- Rappard, H. V. (1997). History of psychology turned inside(r) out: A comment on Danziger. *Theory & Psychology*, 7(1), 101-105.
- Reich, W. (1925). *Die Triebhafte Charakter*. Lipsk: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Richards, G. (2010). *Putting psychology in its place. Critical historical perspectives*. Londyn i Nowy Jork: Routledge.
- Rieder, R. O. (1979). Borderline schizophrenia: Evidence of its validity. *Schizophrenia Bulletin*, 5(1), 39-46.

- Ring, D., Lawn, S. (2025). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 34(1), 57-77.
- Roazen, P. (1985). *Helene Deutsch: A Psychoanalytic Life*. Transaction Publishers.
- Robbins, L. L. (1956). The borderline case. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(3), 550-562.
- Rose, N. (1996). Power and subjectivity: Critical history and psychology. W: C. F. Graumann, K. J. Gergen (red.), *Historical dimensions of psychological discourse* (strony 103–124). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2006). Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. *BioSocieties*, 1(4), 465-484.
- Rosenblum, Z. (1929). Zakres przejawów klinicznych psychopatii dziecięcych. *Rocznik Psychjatryczny*, 11, 21-49.
- Rosenthal, D., Wender, P. H., Kety, S.S, Schulsinger, F., Welner, J., Ostergaard, L. (1968). Schizophrenics' offspring reared in adoptive homes. W: D. Rosenthal, S. S. Kety (red.), *The Transmission of Schizophrenia* (strony 377-391). Oxford: Pergamon Press.
- Rosenthal, D, Wender, P. H., Kety, S. S., Welner, J., Schulsinger, F. (1971). The adopted-away offspring of schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 128, 307-311.
- Rosse, I. C. (1890). Clinical evidences of borderland insanity. *The Journal of nervous and mental disease*, 15(10), 669-683.
- Russell, I. (1884). The borderland of insanity. *Alienist and Neurologist*, 5(3), 457-471.
- Rzepa, T. (1997). *Psychologia w szkole lwowsko-warszawskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rzepa, T. (1999). O pierwszej szkole psychologii stosowanej - Wyższa Szkoła Higieny Psychicznej. *Forum Psychologiczne*, 4(1), 88-100.
- Rzepa, T., Dobroczyński, B. (2009). *Historia polskiej myśli psychologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sanders, J. L. (2011). A distinct language and a historic pendulum: the evolution of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Archives of psychiatric nursing*, 25(6), 394-403.
- Sass, H., Felthous, A. R. (2014). The heterogeneous construct of psychopathy. W: T. Schramme (red.), *Being amoral: Psychopathy and moral incapacity* (strony 41–68). MIT Press.

- Schmideberg, M. (1947). The treatment of psychopaths and borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 1(1), 45-70.
- Schmideberg, M. (1959). The borderline patient. W: S. Arieti (red.), *American handbook of psychiatry. Vol 1.* (strony 398-416). New York: Basic Books.
- Schneider, K. (1923). *Die psychopatischen personlichkeiten*. Wiedeń: Deuticke.
- Schwartz, J. (2003). *Cassandra's daughter: A history of psychoanalysis*. Karnac.
- Sęk, H. (2000). Źródła i drogi rozwoju psychologii klinicznej. W: H. Sęk (red.), *Spoleczna psychologia kliniczna* (strony 9-16). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., Corrigan, P. (2016). The stigma of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-7.
- Sholl, J. (2017). The muddle of medicalization: pathologizing or medicalizing?. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 38, 265-278.
- Siever, L. J., Gunderson, J. G. (1979). Genetic determinants of borderline conditions. *Schizophrenia Bulletin*, 5(1), 59-86.
- Słownik Języka Polskiego PWN. (2024). Stan. W: *Słownik Języka Polskiego PWN*. Pobrano 13.11.2024 z: <https://sjp.pwn.pl/sjp/stan;2523760.html>.
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Bales, D. L., de Vos, J., Lucas, Z., Verheul, R., Luyten, P. (2017). Subtypes of borderline personality disorder patients: a cluster-analytic approach. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 1-15.
- Sokolik, Z. (2000). Psychoterapia schizofrenii oraz zaburzeń z pogranicza nerwicy i psychozy. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (strony 295-338). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sokolik, Z. (2021). Moje życie w psychoanalizie. W: E. Kobylińska-Dehe, K. Prot-Klinger (red.), *Jak feniks z popiołów. Odradzenie się psychoanalizy w powojennej i dzisiejszej Polsce* (strony 75-80). Kraków: Universitas.
- Spiegelberg, H. (1972). *Phenomenology in psychology and psychiatry: A historical introduction*. Northwestern University Press.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. (1979). Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 5(1), 95-104.
- Sterling, W. (1929). Podstawy klasyfikacji typów klinicznych psychopatji ustrojowej. *Rocznik Psychjatryczny*, 11, 1-20.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467-489.

- Stone, M. H. (1977). The borderline syndrome: Evolution of the term, generic aspects and prognosis. *American Journal of Psychotherapy*, 31, 345-365.
- Stone, M. H. (red.). (1986). *Essential Papers on Borderline Disorders: One Hundred Years at the Border*. Nowy Jork i Londyn: New York University Press.
- Stone, M. H. (1987). Psychotherapy of borderline patients in light of long-term follow-up. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 231–247.
- Stone, M. H. (1999). The history of the psychoanalytic treatment of schizophrenia. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 27(4), 583-601.
- Stone, M. H. (2005). Borderline personality disorder: History of the concept. W M. C. Zanarini, *Borderline Personality Disorder* (strony 23-40). CRC Press.
- Strelau, J. (2001). *Psychologia temperamentu (wyd. 2)*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Strelau, J. (2014). *Różnice indywidualne. Historia, determinanty, zastosowania*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Strus, W., Ciecuch, J. (2017). Towards a synthesis of personality, temperament, motivation, emotion and mental health models within the circumplex of personality metatraits. *Journal of Research in Personality*, 66, 70–95.
- Strus, W., Ciecuch, J. (2021). The circumplex of personality metatraits and the HEXACO model: Toward refinement and integration. *Journal of Personality*, 89, 803–818.
- Strus, W., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2014). The Circumplex of Personality Metatraits: A synthesizing model of personality based on the Big Five. *Review of General Psychology*, 18(4), 273-286.
- Strus, W., Ponikiewska, K., Ciecuch, J. (2022). Reactivity and activity as dimensions capturing both energetic and temporal aspects of behavior: Towards a reconceptualization of Jan Strelau's basic temperament dimensions based on the circumplex of personality metatraits. *Personality and Individual Differences*, 188, 111434.
- Sulestrowski, W., Wdowiak, L. (1958). W sprawie systematyki psychiatrycznej. *Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska*, 2(2), 259-270.
- Surís, A., Holliday, R., North, C. S. (2016). The evolution of the classification of psychiatric disorders. *Behavioral Sciences*, 6(1), 5.

- Szłykiewicz, J. K. (1977). Retrospektywna ocena osobowości przedpsychotycznej oraz próby ustalenia związku schizoidii ze schizofrenią. *Psychiatria Polska*, 11(1), 35-42.
- Teo, T. (2009). Philosophical concerns in critical psychology. W: D. Fox, I. Prilleltensky, S. Austin (red.), *Critical psychology: An introduction* (strony 36–53). Sage Publications.
- Tyra, T. (1986). Teoretyczne i opisowe aspekty zaburzenia osobowości typu borderline. *Roczniki Filozoficzne*, 34(4), 33–38.
- Tyra, T. (1989). Różne metody diagnozy różnicowej zaburzenia osobowości borderline. *Psychiatria Polska*, 23(5/6), 396-402.
- Tyrer, P. (1994). What are the borders of borderline personality disorder?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 38-44.
- Tyrer, P. (1999). Borderline personality disorder: a motley diagnosis in need of reform. *The Lancet*, 354(9196), 2095-2096.
- Tyrer, P. (2002). Practice guideline for the treatment of borderline personality disorder: a bridge too far. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 113-118.
- Tyrer, P. (2009). Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(2), 86-95.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., i in. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personal. Mental Health*, 5, 246–59.
- Tyrer, P., Crawford, M., Sanatinia, R., Tyrer, H., Cooper, S., i in. (2014). Preliminary studies of the ICD-11 classification of personality disorder in practice. *Personal. Mental Health*, 8, 254–63
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., Crawford, M. J. (2019). The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual review of clinical psychology*, 15, 481-502.
- Veysey, S. (2014). People with a borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences. *Journal of Social Sciences*, 9(1), 20-35.
- Waldinger, R. J., Gunderson, J. G. (1989). *Effective psychotherapy with borderline patients: Case studies*. American Psychiatric Pub.
- Wallerstein, R. S. (2002). The growth and transformation of American ego psychology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(1), 135-168.

- Waring, M., Ricks, D. F. (1965). Family patterns of children who become adult schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 140, 351-364.
- Welbel, L. (1966). Schizophrenia latens. *Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska*, 16(2), 185-190.
- Wender, P. H., Rosenthal, D., Kety, S. S. (1968). A psychiatric assessment of the adoptive parents of schizophrenics. W: D. Rosenthal, S. S. Kety (red.), *The Transmission of Schizophrenia* (strony 235-250). Oxford: Pergamon Press.
- Wender, P. H., Rosenthal, D., Zahn, T. P., Kety, S. S. (1971). The psychiatric adjustment of the adopting parents of schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1013-1018.
- Wender, P. H., Rosenthal, D., Kety, S. S., Schulsinger, F., Welner, J. (1974). Crossfostering: A research strategy for clarifying the role of genetic and experiential factors in the etiology of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 30, 121-128.
- Wender, P.H., Rosenthal, D., Rainer, J. D., Greenhill, L., Sarlin, B. (1977). Schizophrenics' adopting parents: Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 34, 777-784.
- White, H. (2010). *Poetyka pisarstwa historycznego*. Kraków: Universitas.
- White, H. (2014). *Metahistory: The historical imagination in nineteenth-century Europe*. JHU Press. (Oryginał opublikowano w 1973).
- Widiger, T. A., Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric services*, 42(10), 1015-1021.
- Wizel, A. (1925). O postaciach niedorozwiniętych schizofrenji. W: *Pamiętnik szpitala dla psychicznie i nerwowo chorych „Kochanówka” (pod Łodzią) ku uczczeniu ś.p. prof. dr. med. Antoniego Mikulskiego* (strony 59-92). Łódź.
- Wizel, A. (1928). *Pamiętnik pacjentki*. Warszawa: F. Hoesick.
- Wojciechowska, E. (2021). Cezura, pamięć, tożsamość. O przekraczaniu wyrw w transmisji psychoanalizy w Polsce. W: E. Kobylińska-Dehe, K. Prot-Klinger (red.), *Jak feniks z popiołów. Odradzanie się psychoanalizy w powojennej i dzisiejszej Polsce* (strony 183-218). Kraków: Universitas.
- Wolf, K., Scharoba, J., Noack, R., Keller, A., Weidner, K. (2023). Subtypes of borderline personality disorder in a day-clinic setting—Clinical and therapeutic differences. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(5), 555–566.
- World Health Organization [WHO]. (1993). *ICD-10, the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Genewa: WHO.

- World Health Organization [WHO]. (1994). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: conversion tables between ICD-8, ICD-9 and ICD-10, Rev. 1*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. Pobrano 31.10.2024 z: <https://icd.who.int/>.
- Wynne, L. C., Singer, M. T. (1963). Thought disorder and family relations of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 9, 199-206.
- Wynter, A. (1875). *The borderlands of insanity and other allied papers. Being essays from the Quarterly and Edinburgh reviews (No. 243)*. R. Hardwicke.
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press.
- Zachar, P., Potter, N. N. (2010). Personality disorders: Moral or medical kinds—or both?. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17(2), 101-117.
- Zamiara, K. (1974). *Metodologiczne znaczenie sporu o status poznawczy teorii*. Warszawa: PWN.
- Zamiara, K. (1997). Dylemat: filozofia nauki czy historia nauki - w ujęciu kulturoznawczym. *Nowa Krytyka*, 8, 51-66.
- Zamiara, K. (2001). Psychologizm w badaniach humanistycznych. W: Z. Rosińska (red.), *Blausteina koncepcja odbioru mediów "Filozofia polska XX wieku"* (strony 195-203). Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10-18.
- Zandersen, M., Henriksen, M. G., Parnas, J. (2018). A recurrent question: what is borderline? *Journal of Personality Disorders*, 33(3), 341-369.
- Zilboorg, G. (1941). Ambulatory schizophrenia. *Psychiatry*, 4(2), 149-155.
- Żyndul, J. (2017). „Podwójne życie Heleny”. Polskie wątki biografii Heleny Deutsch jako część historii psychoanalizy. W: P. Dybel (red.), *Przywracanie pamięci. Polscy psychiatrzy XX wieku orientacji psychoanalitycznej* (strony 523-548). Kraków: Universitas.

Spis tabel

| | |
|---|-----|
| Tabela 1.1. Konstrukcja teoretycznego narzędzia badawczego | 34 |
| Tabela 2.1. Zestawienie liczby tytułów zawierających słowa „dementia praecox” i „schizofrenia” w latach 1900-1940 wyszukanych w bazie <i>IndexCat</i> według badań Richarda Nolla | 43 |
| Tabela 2.2. Periodyzacja rozwoju kategorii <i>borderline</i> w psychopatologii amerykańskiej | 81 |
| Tabela 3.1. Kategorie podobne semantycznie do kategorii <i>borderline</i> w polskiej psychopatologii okresu dwudziestolecia międzywojennego i II Wojny Światowej | 115 |
| Tabela 4.1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych w Polsce w latach 1959-1969 | 124 |
| Tabela 4.2. Wersje etioepigenetycznego układu nozograficznego Tadeusza Bilikiewicza z roku 1951 i 1969..... | 126 |
| Tabela 4.3. Kategorie <i>borderline</i> w polskiej psychopatologii okresu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej | 144 |
| Tabela 5.1. Rozwój kategorii <i>borderline</i> w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989 | 153 |
| Tabela 5.2. Rozwój kategorii <i>borderline</i> w psychopatologii polskiej i amerykańskiej | 155 |
| Tabela 5.3. Wyniki rekonstrukcji faz procesu indygenizacji kategorii <i>borderline</i> w polskiej psychopatologii w latach 1918-1989 | 159 |

Spis rysunków

| | |
|---|----|
| Rys. 1.1. Perspektywa badawcza do studiów z historii psychologii..... | 15 |
| Rys. 1.2. Konteksty społeczne praktyk badawczych według Kurta Danzigerera | 26 |
| Rys. 1.3. Fazy procesu indygenizacji kategorii <i>borderline</i> | 27 |