

## **Badania i leczenie nerwic wojennych w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie przed II wojną światową na tle psychiatrii europejskiej**

### **Research and treatment of war neuroses at the Clinic for Nervous and Mental Diseases at the Jagiellonian University in Krakow before World War II in the context of psychiatry in Europe**

Krzysztof Rutkowski, Edyta Dembińska

Katedra Psychoterapii UJ CM  
p.o. kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski

#### **Summary**

The aim of this article is to offer an overview of the research into diagnosis and treatment of war neuroses at the Clinic for Nervous and Mental Diseases at the Jagiellonian University in Krakow before the outbreak of World War II. It also includes a profile of the work of Prof. Jan Piltz, the then director of the Clinic, and his major scientific achievements. The publications cited in the article date in the main from the period of World War I, and comprise clinical analyses of the consequences of stress suffered at the front as well as a description of the ways in which they were treated. These are presented alongside other major findings related to war neuroses being made in Europe at the time. The article draws attention to the very modern thinking on treatment of war neuroses, far ahead of the average standards of the day, evinced by Prof. Piltz and his team. The most important innovative elements of their treatment of these conditions were the fact that they perceived the cause of the neurosis to lie in previous personality disorders in the patients, their recommendation of psychotherapy as the main method of treatment, and their emphasis on the need for further rehabilitation following the completion of the course of hospital treatment. They also paid significant attention to the importance of drawing up individual therapy plans for each patient.

**Słowa kluczowe:** nerwice wojenne, PTSD, Jan Piltz, I wojna światowa

**Keywords:** war neurosis, PTSD, Jan Piltz, World War I

#### **Wstęp**

Pierwszy wykład dotyczący zaburzeń pourazowych pt. „Zaburzenia nerwowe i psychiczne spostrzegane podczas mobilizacji i w czasie wojny” został wygłoszony w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej UJ przez profesora Jana Piltza. Wystąpienie

to przedstawione zostało 24 października 1914 roku na zebraniu lekarzy wojskowych twierdzy Kraków, a następnie w roku 1915 opublikowane w „Przeglądzie Lekarskim” [1].

### **Zarys dokonań profesora Jana Piltza**

W 1905 r. Jan Piltz (1870–1930) został profesorem UJ i pierwszym kierownikiem połączonej Katedry Psychiatryczno-Neurologicznej UJ. W czasie studiów był asystentem prof. A. Forela w Burghölzli, a od 1896 r. prof. E. Oliveta i prof. A. Martina w Genewie. Następnie pracował u prof. Bechterewa w Petersburgu. W 1898 r. prof. E. Bleuler, następca prof. A. Forela, wezwał go do Zurychu i zlecił wewnętrzną organizację swojej kliniki. Wysoka ocena jego pracy organizacyjnej sprawiła, że rząd kantonalny w Vaud mianował go zastępcą dyrektora kliniki psychiatrycznej prof. A. Mahaima w Lozannie, gdzie w 1904 r. uzyskał stopień doktora medycyny. Piltz pracował także u prof. Dejerine’a w Salpêtrière w Paryżu. W 1905 r. przyjechał do Krakowa na zaproszenie Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, aby zorganizować nowoczesną klinikę neurologiczno-psychiatryczną. Dzięki staraniom profesora Piltza pozyskano na budowę kliniki 50 tysięcy koron od Sejmu Galicyjskiego oraz plac przy obecnej ulicy Botanicznej od gminy miasta Krakowa [2]. Budynek Kliniki Neurologiczno-Psychiatrycznej, w owym czasie najnowocześniejszy i najlepiej zaprojektowany w Europie, został otwarty w lipcu 1914 roku. Jednakże wybuch I wojny światowej spowodował, że pierwszych chorych cywilnych przyjęto do Kliniki dopiero 1 stycznia 1919 roku. Podczas I wojny światowej w nowo wybudowanej klinice funkcjonował oddział neurologiczny i psychiatryczny stanowiący część szpitala wojskowego twierdzy Kraków [3].

Profesor Piltz był dwukrotnie dziekanem Wydziału Lekarskiego UJ. Jego spuścizna obejmuje między innymi opisanie trzech odruchów żrenicznych nazwanych później jego imieniem [4, 5]. Ze względu na to, iż odruchy te zajmują ważne miejsce również w zagranicznej literaturze neurologicznej, często zapomina się o znaczących dokonaniach Piltza na polu psychiatrii, np. w zakresie opisu i leczenia nerwic urazowych.

### **Działalność krakowskiej Kliniki Neurologiczno-Psychiatrycznej podczas I wojny światowej**

Przez cały okres I wojny światowej prof. Piltz wraz ze swoimi asystentami, spośród których najczęściej w publikacjach wymieniał dra Artwińskiego i dra Beaurain [6], zajmował się leczeniem nerwic wojennych [2]. Tak określano wówczas różnorodne, zwykle nerwicowe zaburzenia psychiczne, których wspólną cechą była etiologia – reakcja na uraz psychiczny. W pierwszym artykule dotyczącym zaburzeń psychicznych spotykanych podczas wojny Piltz następująco opisywał etiologię obserwowanych zaburzeń: „przyczyną bezpośrednią, która stan chorobowy wywołała, był uraz psychiczny, a częściowo i wstrząs fizyczny doznany z powodu wybuchu w najbliższym sąsiedztwie pocisku, uderzenia powietrza lub zasypania ziemią, bez widocznego

uszkodzenia cielesnego” [1]. Zauważył również, że okolicznościom urazowym zwykle towarzyszył przestrach.

W drugiej połowie I wojny światowej klinika stała się głównym miejscem, do którego zgodnie z rozkazem dowództwa wojskowego kierowano żołnierzy z Komend Lwów, Przemyśl i Kraków [6]. Leczone głównie Polaków, początkowo kierowano do niej bez rejonizacji, pod koniec wojny – według narodowości. Co drugi dzień przybywało do kliniki 20–50 pacjentów, jednak równie szybko uzyskiwano poprawę stanu zdrowia pozwalającą na zwolnienie miejsc [6]. Według profesora „w latach wojennych [I wojna światowa] przesunęło się przez Klinikę około 11000 wojskowych nerwowo i umysłowo chorych, w tem 3000 przypadków chorobowych w następstwie wstrząsu nerwowego, wywołanego grozą zawieruchy wojennej” [2]. Wzrost ilości leczonych w klinice pacjentów z objawami nerwic wojennych umożliwił prowadzenie badań dotyczących zarówno ich diagnostyki, jak i leczenia, które przełożyły się na liczne publikacje zarówno w polskojęzycznych czasopismach medycznych, jak i obcych.

### **Narodziny i rozwój koncepcji nerwicy wojennej**

Zaburzenia związane ze stresem bojowym obserwowano również przed wybuchem I wojny światowej. Pierwsze obszernie opisy medyczne pochodzą z okresu wojny secesyjnej. W latach 1861–1865 amerykański lekarz Jacob Da Costa u żołnierzy biorących udział w walce obserwował duszności, kołatanie serca oraz ostry, piekący ból w klatce piersiowej podczas wysiłku [7], J.M., nazwał je zespołem serca drażliwego. W dzisiejszej literaturze symptomy te znane są pod nazwą zespołu Da Costy lub serca żołnierskiego. Jednak dopiero podczas I wojny światowej obserwowano tak dużą liczbę żołnierzy z objawami związanymi z udziałem w wojnie (liczoną w setkach tysięcy w każdej armii), co zaskoczyło ówczesnych psychiatrów. Pojawiły się nowe nazwy zaburzenia, takie jak „shell shock” (szok artyleryjski), „trench neurosis” (nerwica okopowa) czy wspomniana już wcześniej „nerwica wojenna” („war neurosis”, „nevrose de guerre”). Początkowo uważano, że podłoże objawów może być związane zarówno z urazem fizycznym, jak i psychicznym. W ciągu wojny ta koncepcja miała się zmienić, stawiając na pierwszym miejscu psychiczne źródło objawów.

### **Nerwice wojenne – psychiatria brytyjska**

W 1915 r. brytyjski psychiatra Charles Myers po raz pierwszy użył terminu „shell shock”, odnosząc go do żołnierzy, którzy po doświadczeniu wybuchu pocisku artyleryjskiego odczuwali potrzebę ucieczki z pola walki, której towarzyszyły objawy konwersyjne, np. utrata czucia zmysłowego (wzroku, słuchu), paraliż psychogenny, „dziwne ruchy ciała”, astazja, abazja, przeczulica skóry [8, 9]. Myers zauważył podobieństwo obserwowanych objawów do hysterii, miał jednak duże trudności, by przekonać władze, że żołnierze dotknięci tym stanem nie są dezertkami. Starał się o to, by otrzymali właściwe leczenie, zamiast oskarżać ich o dezercję i wydawać wyroki kończące się często rozstrzelaniem. Myers uważał, że za powstawanie objawów szoku artyleryjskiego odpowiadają mechanizmy obronne: dysocjacja i wyparcie.

Proponowane przez niego leczenie polegało na zintegrowaniu wypartych wspomnień pacjenta i przywróceniu ich świadomości [10]. Zwykle odbywało się ono daleko od linii frontu.

W tym samym czasie inny angielski lekarz Artur Hurst utrzymywał, że potrafi wyleczyć nerwicę wojenną w ciągu 24 godzin [11, 12]. Praktykujący jako neurolog Hurst nie miał przygotowania psychologicznego. Lecząc dotkniętych nerwicą wojenną żołnierzy w Netley Hospital, posługiwał się głównie sugestią, również hipnotyczną, faradyzacją i zalecaniem wypoczynku w łóżku. Stopniowo jednak odstąpił od hipnozy ze względu na jej małą skuteczność. Za najważniejsze uznał „stworzenie odpowiedniej atmosfery służącej zdrowieniu” polegającej na silnej sugestii stosowanej przez cały zespół terapeutyczny, że pacjent zostanie wkrótce uleczony [12].

### **Nerwice wojenne – psychiatria francuska**

Francuska psychiatria również stworzyła własne nazwy dla obrazu psychopatologicznego obserwowanego w czasie I wojny światowej u żołnierzy: „hypnose des batailles” (hipnoza bitewna) [13], „l'état de distraction des grands terrifiés” (stan dezorientacji wywołany przerażeniem) [14]. Każda z tych nazw podkreślała związek objawów z urazem emocjonalnym. Francuski psychiatra Régis w przeglądzie 88 przypadków nerwicy wojennej z 1915 roku dostrzegł wagę jeszcze jednego czynnika etiologicznego – obserwowania śmierci towarzyszy broni [15]. Francuska wojskowa służba zdrowia opracowała odmienny w porównaniu z innymi europejskimi krajami sposób leczenia nerwic wojennych, lokalizując oddziały psychiatryczne w obrębie linii frontu. Jak pisał francuski neurolog Georges Guillain w maju 1915 roku: „te choroby [nerwice wojenne] są całkowicie uleczalne na początku (...), ale pacjenci nie mogą być ewakuowani poza linię frontu, powinni przebywać w strefie militarnej” [16]. André Léri w grudniu 1916 roku podaje, że 91% żołnierzy udało się wyleczyć, z czego „ponad 600 wyleczono za pomocą (...) psychoterapii i wysłano z powrotem na front po kilku dniach” [16]. Twierdził, że w ciągu 12 miesięcy wyleczył 3 tysiące żołnierzy. Stosował faradyzację dotkniętych nerwicą obszarów ciała, jednak nie uznawał jej za niezbędną, choć w jego ocenie przyspieszała wyleczenie [14]. Za kluczową dla wyleczenia uznawano natomiast atmosferę specjalnych oddziałów terapeutycznych dla żołnierzy, jednak w całkowicie innych aspektach niż opisywał to Hurst, a mianowicie podkreślano znaczenie dyscypliny wojskowej, braku wygod, bliskości frontu i odcięcia od kontaktów z najbliższymi (przyjaciółmi, rodziną).

### **Nerwice wojenne – psychiatria niemiecka**

W armii niemieckiej podobny obraz psychopatologiczny złożony z różnych objawów histerycznych z towarzyszącą apatią lub wzmożoną drażliwością opisywał profesor Robert Gaupp [17]. Przyczyny upatrywał, podobnie jak Myers, w wybuchach pocisków artyleryjskich i związanym z nimi urazie psychicznym oraz, podobnie jak Régis, zwrócił jednak uwagę na jeszcze inne okoliczności – obserwowanie śmierci towarzyszy broni. Rosnąca liczba przypadków nerwic wojennych w niemieckiej armii

doprowadziła do otworzenia specjalnych oddziałów dla tych pacjentów przy klinikach uniwersyteckich w Berlinie, Monachium, Heidelbergu i Giessen [18]. Tylko podczas pierwszego roku wojny przez szpitale wojskowe przewinęło się ponad 111 tysięcy żołnierzy z objawami historycznymi [18]. Ilość wojskowych dotkniętych problemem i potrzeba ich leczenia sprawiły, że tematem VIII zjazdu psychiatrów i neurologów niemieckich w Monachium we wrześniu 1916 roku były właśnie nerwice wojenne. W obradach uczestniczył również prof. Jan Piltz. Podczas konferencji odrzucono teorię Oppenheima o mikrouszkodzeniach systemu nerwowego w wyniku urazu i przyjęto psychoanalityczną koncepcję urazu psychicznego. Jednak niemieccy psychiatrzy występowanie objawów szybko zaczęli przypisywać „słabej woli” pacjentów oraz gorszym cechom jakościowym ich osobowości: tchórzostwu, słabości psychicznej, antyspołecznym tendencjom, egoizmowi [18]. Być może w związku z takim nastawieniem do pacjentów najczęściej stosowaną metodą leczniczą była tzw. metoda Kaufmanna, której celem było jak najszybsze uzyskanie poprawy – najlepiej w ciągu jednej sesji terapeutycznej – i odesłanie pacjenta na front [19].

Kaufmann stosował u żołnierzy wiele technik awersyjnych (rażenie prądem, głodzenie, izolowanie, nieoddawanie korespondencji, przetrzymywanie w ciemności), przy których wizja powrotu na front miała okazać się mniejszym złem. Jednak metoda ta nie przyniosła spodziewanych efektów, gdyż cechowała się dużym odsetkiem nawrotów po powrocie do czynnej służby. Budziła też ogromny sprzeciw wśród leczonych żołnierzy oraz opinii społecznej ze względu na brak poszanowania godności pacjentów, a w 1918 roku stała się nawet przyczyną debaty w Reichstagu, gdzie zarzucano jej brutalność [18]. W tej sytuacji władze wojskowe z nadzieją zwróciły się w kierunku psychoanalizy. Jak pisze Freud we wstępie do „Psychoanalysis and war neuroses”, w 1918 roku planowano stworzenie psychoanalitycznych oddziałów leczących nerwice wojenne [20]. Jednak ta inicjatywa nie doczekała się realizacji, gdyż po zakończeniu wojny w Niemczech, jak i w całej Europie, inne sprawy wysunęły się na pierwszy plan i pomysł zarzucono. Oczywiście istniały w Niemczech ośrodki, gdzie stosowano bardziej podmiotowe sposoby leczenia. Pracujący w Koblencji Fritz Mohr próbował wykorzystywać metodę katartyczną Freuda [20], a Ernst Simmel stosował techniki psychoanalityczne w prowadzonym przez siebie wojskowym oddziale psychiatrycznym w Poznaniu [20, 21].

### **Nerwice wojenne – podejście psychoanalityczne**

Również ówczesni psychoanalitycy, z Freudem na czele, zainteresowali się nerwicami wojennymi, traktując je jako kolejne źródło dowodów na słusność teorii psychoanalitycznej. Poświęcono temu zagadnieniu obrady V Międzynarodowego Kongresu Psychoanalitycznego w Budapeszcie, który odbył się we wrześniu 1918 roku. Zdaniem Ferencziego współczesna wojna będąca „masowym eksperymentem” spowodowała nagły wzrost zachorowań psychicznych, co zwróciło uwagę na dotychczas niedoceniany aspekt – ludzką psychikę. Psychoanalitycy zdecydowanie odrzucili koncepcję Oppenheima i części psychiatrów przypisujące podłoże objawów obserwowanych w nerwicach wojennych mikrouszkodzeniom centralnego i obwodowego układu

nerwowego spowodowanych urazem [20]. To w ich publikacjach po raz pierwszy pojawia się nacisk na obecnie kluczowe dla rozpoznania PTSD objawy ponownego przypominania sobie traumy. Ferenczi pisze: „histerycy cierpią z powodu wspomnień”, zwraca również uwagę na inne typowe dla aktualnej diagnozy PTSD objawy: lęk, drażliwość połączoną ze skłonnością do wybuchów gniewu, nadwrażliwość percepcji oraz koszmary senne, które są związane bezpośrednio lub pośrednio z przeżyta traumą, a także nawracające wspomnienia w czasie dnia, którym towarzyszy lęk [20]. Freud opisywał nerwicę wojenną w kategoriach konfliktu intrapsychoicznego, jednak innego niż typowy dla nerwic czasu pokoju [20]. Ego w obu przypadkach broni się przed zagrożeniem za pomocą objawów, jednak w przypadku nerwicy wojennej zagrożenie pochodzi także z zewnątrz, a objawy stanowią wyraz „instynktu samozachowawczego”. Jones postulował, że jak w każdej nerwicy, także w nerwicy wojennej rolę odgrywają trzy czynniki: wrodzone predyspozycje, obecność nierozwiązanego konfliktu wczesnodziecięcego oraz aktualna sytuacja traumatyczna, która, co zaskakujące dla niego, wydaje się mieć największy udział w jej rozwoju [20]. Jako metodę leczenia nerwic wojennych rekomendowano „uproszczoną psychoanalizę”, dziś nazwalibyśmy ją „krótkoterminową psychoterapią psychodynamiczną”, ze względu na konieczność leczenia bardzo dużej liczby pacjentów. W tym zakresie największe doświadczenie praktyczne w leczeniu nerwic wojennych miał Simmel, który stosował „kombinację metody katartycznej stosowanej w hipnozie z analityczną rozmową stosowaną w stanie przytomności oraz analizą snów przeprowadzaną zarówno w hipnozie, jak i bez niej” [20]. Zalecał on dalsze kontynuowanie analizy po ustąpieniu objawów.

### **Nerwice wojenne – krakowska szkoła psychiatrii**

Jak na tym tle prezentują się badania prowadzone w krakowskiej klinice? Opisy przypadków przedstawiane przez prof. Piltza to według dzisiejszych klasyfikacji psychiatrycznych zwykle przypadki zaburzeń konwersyjnych i dysocjacyjnych, podobnie jak w opisach pochodzących z innych armii walczących w I wojnie światowej. Nie budzi to zdziwienia, gdyż na początku XX wieku taki był właśnie dominujący obraz kliniczny nerwic wojennych. W krakowskiej klinice najczęściej rozpoznawano nerwice histeryczne, choć dzisiaj są to niezwykle rzadkie przypadki, a aktualnie dominującym rozpoznaniem jest oczywiście zespół stresu pourazowego (PTSD) o typowym obrazie lękowym. Artwiński oceniał objaw jako histeryczny według kryteriów Babińskiego: „objaw jest wtedy histeryczny, gdy go można dokładnie powtórzyć przez sugestię i usunąć przez perswazję” [22]. Dokładnie w taki sposób prof. Plitz opisuje w swoich publikacjach ówczesne objawy pourazowe. Dzieli on obraz psychopatologiczny obserwowany u pacjentów kliniki na neurastenię, histero-neurastenię, histero-hipochondrię oraz histerię [6]. Artwiński w artykule „Histerja w świetle wojny” szczegółowo opisuje objawy pourazowe obserwowane u pacjentów kliniki: drżenia drobne, drżenia rytmiczne całego ciała, głównie nóg, „najdziwniejsze nieraz przymusowe ustawienia ciała”, zaburzenia chodu, porażenia i przykurcze histeryczne [23]. Najczęściej stawiano rozpoznania z kręgu nerwicy histerycznej, zaś rozpoznania lęku i neurastenii zbliżone trochę do obrazu PTSD były o wiele radsze, aczkolwiek również były opisywane przez

Piltza [1, 6]. Objawom histerycznym bardzo często towarzyszyły objawy depresyjne [6, 22], co także dziś jest obserwowane w przypadku zaburzeń pourazowych. Dostrzegano także zespoły objawów przypominające współczesne rozpoznanie ostrej reakcji na stres z typową dominacją objawów dysocjacyjnych oraz całkowitą lub częściową amnezją wydarzenia traumatycznego i okresu po nim [1]. Objawy trwały tak jak w typowym ASD od 2 do 10 dni. Profesor Piltz uważał, że różnice w obrazie objawowym wynikają z odmienności stresorów, które je wywołały. Objawy neurasteniczne miały być wynikiem „przemęczenia i wyczerpania (...) przy niedostatecznym odżywianiu i odpoczynku i równoczesnym szkodliwym oddziaływaniu przykrych wzruszeń moralnych”, natomiast objawy z kręgu histerycznego – efektem fizycznych i psychicznych urazów [6]. Natomiast Artwiński prezentował bardziej nowoczesną opinię, twierdząc, że „rzeczą uboczną jest, jaki uraz wywołuje nerwicę [urazową] (...), jakoś urazu gra bardzo małą rolę dla mechaniki powstawania objawów pourazowych, przynajmniej po upływie pewnego przeciągu czasu od chwili urazu” [24].

W publikacjach Piltza zwraca uwagę dużą wrażliwość i zainteresowanie stanem psychicznym pacjentów. Wielokrotnie wskazywał, że wśród pacjentów niemal nie zauważano symulacji. Jest to bardzo odmienne od np. stanowiska Kretschmera, który wskazywał na znaczenie czynnika roszczeniowego i „brak woli do wyzdrowienia” [25]. Stanowisko Kretschmera nie było odosobnione w psychiatrii niemieckiej, podobne opinie pojawiały się także w innych krajach.

### **Psychoterapeutyczny model leczenia nerwic wojennych w Krakowie**

Pacjent po przybyciu do kliniki w Krakowie poddawany był kilkudniowej obserwacji, w czasie której przeprowadzano nie tylko badanie, ale i ustalano czynniki dziedziczne. Badanie poprzedzone było wywiadem obejmującym dwie części: 1. całe życie chorego od dzieciństwa do wystąpienia choroby oraz 2. powstanie i przebieg aktualnej choroby. Prof. Piltz skłonny był widzieć w powstających objawach ekspresję problemów poprzedzających, konstytucyjnych i wrodzonych lub nabytych, a sam uraz był jedynie czynnikiem spustowym dla rozwoju objawów. Uważał, że podłożem dla wystąpienia objawów nerwicowych jest „konstytucjonalna psychopatia”, czyli zaburzona osobowość. Wymienione przez niego cechy predysponujące pacjentów do wystąpienia u nich objawów pourazowych, takie jak nieśmiałość, lękliwość, przeczuwanie, brak siły woli, wytrwałości i zdolności panowania nad sobą, egocentryzm, przesadna wrażliwość etyczna [6], przypominają cechy współczesnej koncepcji cech osobowości predysponujących do wystąpienia objawów nerwicowych (osobowości neurotycznej) [26]. Jest to dość oczywiste, jeśli zwróci się uwagę, że głównymi zaburzeniami były zaburzenia histeryczne, choć jednocześnie dość nowoczesne jak na owe czasy. Poszukiwanie cech osobowości predysponujących do wystąpienia nerwicy nie niosło ze sobą negatywnych konotacji o niższości moralnej pacjentów, jak w psychiatrii niemieckiej.

Piltz wraz z zespołem opracował sposób leczenia nerwic wojennych zbliżony do innych europejskich krajów, ale w wielu aspektach bardzo nowoczesny. Podkreślał, że leczeniem nerwic wojennych powinni zajmować się specjaliści, czyli psychiatrzy

w specjalnie do tego stworzonych oddziałach. Celem leczenia miało być nie tylko usunięcie objawów nerwicy, ale także zmiana czynników osobowościowych predysponujących do wystąpienia objawów („wywarcie przez odpowiednie traktowanie i postępowanie z chorym pewnego korzystnego wpływu na jego patologiczne usposobienie, a przez to na jego konstytucjonalną psychopatię”) [6]. Zalecał indywidualne postępowanie terapeutyczne wobec każdego pacjenta. Jak pisał: „Najskuteczniejszą i najważniejszą metodą leczenia (...) jest psychoterapia. Polega ona przede wszystkim na uspokojeniu chorego, zdobyciu jego zaufania, obudzeniu w nim zaufania w jego własne siły, wzmocnieniu jego siły woli, rozwiązaniu i złagodzeniu jego patologicznego stanu afektywnego, skorygowaniu jego patologicznych związków myślowych i usunięciu jego patologicznych autosugestii” [6]. Psychoterapię związaną z bezpośrednim kontaktem z pacjentem przeciwstawiał innym technikom, jak elektroterapia i hipnoza: „Oceniam elektroterapię jedynie jako pewien rodzaj działania sugestii i daleki jestem od tego, ażeby różnym prądom elektrycznym przypisywać działanie swoiste” [6]. Podobnie sceptycznie wypowiadał się o likwidowaniu objawów metodą hipnozy, poprzez bezpośrednią sugestię: „wbrew zapatrywaniom szkoły Charcota, już od dawna odstąpiłem od stosowania przy histeryi metody hipnotycznego usypiania” [6]. Powodem było pojawianie się nowych objawów na miejsce ustępujących. Zwracał uwagę – jakbyśmy to dziś powiedzieli – na relację terapeutyczną: „Otwiera się lekarzowi przy histeryi szerokie i bardzo wdzięczne pole do działania, o ile naturalnie obok wytrwałości i energii posiada on dar wczuwania się w psychikę chorego i dostateczną pomysłowość do wpływania na chwiejną, ale nieraz przewrotną i chytrą duszę histeryka” [6]. „Jeżeli uda nam się zmniejszyć lub zwolnić w jakikolwiek bądź sposób [objawy] wówczas korzystamy z tego momentu, winszujemy choremu uzyskanego postępu, zachęcamy go do samodzielnego podejmowania dalszych prób i to dopóty, dopóki (...) uzyskana poprawa nie zostanie w świadomości chorego w zupełności ustalona” [6]. Również dla Artwińskiego relacja terapeutyczna, a szczególnie osoba lekarza, stanowiła najważniejszy czynnik leczący: „Osoba (...) lekarza gra rolę rozstrzygającą, a sposoby, które stosuje, są rzeczą wtórną” [24]. Piltz miał bardzo nowoczesne spojrzenie na wykorzystanie technik psychoterapeutycznych w leczeniu psychiatrycznym, wskazywał na znaczenie oddziaływań środowiskowych, zmianę otoczenia pacjentów czy konieczność odpowiednich, indywidualnie dobranych oddziaływań. Już w wykładzie wygłoszonym z okazji otwarcia Katedry Psychiatrii UJ w 1905 roku wymieniał psychoterapię na pierwszym miejscu wśród technik terapeutycznych w psychiatrii. Pisał: „(...) wszak udział psychiki w powstawaniu wielu chorób jest dziś ogólnie uznany, a psychoterapia odgrywa dziś w leczeniu bardzo wielu chorób pierwszorzędną rolę” [27]. W efekcie swoich poglądów, jak również doświadczeń niemieckich lekarzy referowanych na zjeździe w Monachium, około roku 1916 zorganizował pierwszy, a niedługo później drugi oddział specjalistyczny leczenia nerwic wojennych (dziś powiedzielibyśmy oddział dla weteranów do leczenia PTSD). W leczeniu uzyskiwał bardzo dobre wyniki ustąpienia objawów „prawie we wszystkich przypadkach” [6]. Za najskuteczniejszą metodę uznawał „indywidualnie zastosowaną psychoterapię”, do której dołączano pomocnicze metody w postaci ćwiczeń mówienia, chodzenia, elektroterapii [6]. Zarówno Piltz, jak i Artwiński zwrócili uwagę na korzystny wpływ

oddziaływania grupy pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi na siebie nawzajem, kiedy dochodziło do poprawy w wyniku obserwowania wyleczenia u innych pacjentów [6, 24]. Piltz podkreślał też rolę „leczenia następowego”, które miało wywierać korzystny wpływ na charakter chorego i przeciwdziałać nawrotom objawów, w stworzonych przez niego oddziałach stosowano „zajmowanie chorych pracą” [6].

Poglądy Piltza podzielał jego zespół. Jak pisał Artwiński, „każdy z tych chorych wymaga psychoanalizy w szerokim tego słowa znaczeniu” [24]. I jeszcze przed końcem wojny wskazywał możliwe kierunki leczenia i rehabilitacji: tworzenie „kolonii psychiatrycznych na wsi”, łączenie leczenia z pracą, rozmieszczenie zakładów leczniczych w środowisku [24]. Przyznawaniu rent przeciwstawił jednorazowe odszkodowanie jako lepiej wspomagające rehabilitację, co popierał wynikami badań uzyskanymi w Danii, Szwecji i Szwajcarii. A przede wszystkim głosił „indywidualne, racjonalne traktowanie nerwic wojennych”, gdyż „każdy żołnierz na froncie zdolny jest do objawów, co też można uogólnić celem wyciągnięcia wniosków i dla celów powojennych” [24].

Należy również podkreślić, że związany z I wojną światową wzrost zachorowań na nerwicę wojenne dał możliwość do szerokiej międzynarodowej dyskusji nad ich przyczynami i leczeniem, w której brali udział pracownicy kliniki. Eugeniusz Artwiński w artykułach „W sprawie nerwic urazowych” oraz „Histeria w świetle wojny” dokonuje krytycznego przeglądu współczesnych poglądów na to zagadnienie [23, 24]. Pracownicy kliniki podczas wojny mieli dostęp do zagranicznych publikacji i uczestniczyli w międzynarodowej wymianie doświadczeń na temat leczenia nerwic wojennych, choćby poprzez udział w zjazdach naukowych poświęconych tej tematyce (np. prof. Piltz w Monachium). Z pewnością miało to wpływ na doskonałe wyniki leczenia nerwic w krakowskiej klinice i wysoki poziom naukowy publikowanych artykułów, ale – co warto podkreślić – pozwoliło także zachować indywidualne podejście do terapii pacjentów.

### **Zakończenie**

Prawdopodobnie ogromna ulga po zakończeniu wojny sprawiła, że zainteresowanie zaburzeniami pourazowymi stopniowo zmalało. Zjawisko to było bardzo widoczne w całej Europie w psychiatrii czy psychoanalizie, gdzie jeszcze po publikacjach o nerwicach wojennych na początku lat 20. XX wieku tematyka ta stopniowo ustępowała miejsca innym. Prawdopodobnie bezpośrednio wpływało na to radykalne zmniejszenie liczby pacjentów z nerwicami wojennymi. Paradoksalnie potwierdziło to wcześniejsze wypowiedzi prof. Piltza o dobrym rokowaniu w ich leczeniu.

Prof. Jan Piltz zmarł przedwcześnie w wyniku powikłań po operacji w 1930 roku. Kolejna wojna, II wojna światowa, przyniosła najtragiczniejszy los wielu psychiatrom w Polsce. Prof. Eugeniusz Artwiński (1892–1944), który został kierownikiem Kliniki Psychiatrycznej we Lwowie, zmarł przed końcem wojny w 1944 r. Kolejny dyrektor Kliniki UJ, prof. Kazimierz Pieńkowski (1885–1940), który podzielał zainteresowanie prof. Piltza nerwicami konwersyjnymi, został zamordowany przez Rosjan w Katyniu w 1940 r. razem z innymi lekarzami związanymi z krakowską kliniką: prof.

Włodzimierzem Godłowskim (1900–1940), od 1938 roku profesorem psychiatrii na Uniwersytecie Wileńskim, docentem Aleksandrem Ślęczką (1893–1940), profesorem Marcinem Karolem Zielińskim (1886–1940), od 1938 roku profesorem psychiatrii Uniwersytetu Poznańskiego, oraz pułkownikiem dr. Janem Nelkenem (1878–1940). Dr Adam Gradziński (1902–1944) został aresztowany, a następnie rozstrzelany przez gestapo, a dr Julian Dretler (1905–1944) zginął w czasie Powstania Warszawskiego. W wyniku tych wydarzeń po II wojnie światowej nie było już w Krakowie lekarzy z wcześniejszym doświadczeniem leczenia nerwic wojennych.

### Piśmiennictwo

1. Piltz J. *Zaburzenia nerwowe i psychiczne, spostrzegane podczas mobilizacji i w czasie wojny*. Przegl. Lek. 1915; 54(3): 40–44.
2. Piltz J. *Klinika Neurologiczno-Psychjatryczna Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie*. Kraków: Klinika Neurologiczno-Psychjatryczna Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie; 1929.
3. Gościński I, Moskała M. *Jan Władysław Piltz 1870-1930 – wspomnienie*. W: Bomba J, Pilecki M. red. *Mózg i Psyche*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2007. s. 9–16.
4. Pryse-Phillips W. *Companion to clinical neurology*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
5. Wesley Campbell W, DeJong RN, Haerer AF. *DeJong's the neurologic examination*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
6. Piltz J. *Przyczynę do nauki o tzw. nerwicach wojennych i ich leczeniu na podstawie własnych spostrzeżeń*. Przegl. Lek. 1917; 56(48): 395–408.
7. Da Costa JM. *On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences*. Am. J. Med. Sci. 1871; 61: 17–52.
8. Myers CS. *A contribution to the study of shell shock*. Lancet 1915; 185(4772): 316–320.
9. Myers CS. *Contributions to the study of shell shock*. Lancet 1916; 187(4829): 608–613.
10. Myers CS. *The revival of emotional memories and its therapeutic value II*. Br. J. Med. Psychol. 1920; 1(1): 20–22.
11. Hurst AF, Symms JLM. *The rapid cure of hysterical symptoms in soldiers*. Lancet 1918; 192(4953): 133–162.
12. Hurst AF. *Medical diseases of the war*. Second ed. London: Edward Arnold; 1918.
13. Milian G. *L'hypnose des batailles*. Paris Med. 1915; 265–270.
14. Leri A. *Shell shock, commotional and emotional aspects*. London: University of London Press; 1919.
15. Regis E. *Les troubles psychoques et neuropsychiques de la guerre*. Presse medicale 1915; 23: 177–178.
16. Jones E, Wessely S. „Forward psychiatry” in the military: the origins and effectiveness. J. Trauma. Stress 2005; 16(4): 411–419.
17. Gaupp R. *Hysterie und Kriegsdienst*. Munch. Med. Wschr. 1915; 62(11): 361–363.
18. Kaufmann D. *Science as cultural practice: psychiatry in the first world war and Weimar Germany*. J. Contemp. Hist. 1999; 34(1): 125–144.
19. Kaufmann F. *Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung*. Munch. Med. Wochenschr. 1916; 63: 802–804.
20. Ferenczi S, Abraham K, Simmel E, Jones E. *Psychoanalysis and war neuroses*. London, Vienna, New York: The International Psychoanalytical Press; 1921.

21. Schultz-Venrath U. *Ernst Simmel (1882-1847) - ein Pionier der Psychotherapeutischen Medizin?* Psychotherapeut. 1996; 41: 107–115.
22. Artwiński E. *Spostrzeżenia nad głuchoniemotą i niemotą histeryczną, dokonane podczas wojny.* Przegl. Lek. 1918; 57(16): 126–128.
23. Artwiński E. *Histerja w świetle wojny.* Pol. Gaz. Lek. 1922; 1(12–13): 235–239.
24. Artwiński E. *W sprawie nerwic urazowych.* Kraków: Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1918.
25. Leder S. *Nerwice.* W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S. red. *Psychiatria.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1987. s. 160–210.
26. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *KON-2006 Kwestionariusz osobowości nerwicowej.* Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 759–778.
27. Piltz J. *Stanowisko psychiatrii w rzędzie innych nauk lekarskich, oraz nowoczesne jej zadania i cele.* Przegl. Lek. 1905; 44(30–32): 483–485, 499–502, 515–518.

Adres: Edyta Dembińska  
Katedra Psychoterapii UJ CM  
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 25.11.2013  
Zrecenzowano: 9.01.2014  
Otrzymano po poprawie: 17.01.2014  
Przyjęto do druku: 4.02.2014