

Robert Książkowski

ORCID: 0000-0001-7190-0354

Instytut Historii Nauki
im. L. i A. Birkenmajerów
Polskiej Akademii Nauk
Warszawa



ARTYKUŁ RECENZYJNY

**O historii psychiatrii i polskiego systemu opieki psychiatrycznej.
Na marginesie książki Grzegorza Michalika *Psychiatria
w Polsce w latach 1945–1956. Nauka i opieka zdrowotna*,
Instytut Pamięci Narodowej – Komisja Ścigania Zbrodni
przeciwko Narodowi Polskiemu, Warszawa 2021, 487 s.**

**History of psychiatry and the Polish psychiatric care system:
On the margin of Grzegorz Michalik's book *Psychiatria w Polsce w
latach 1945–1956. Nauka i opieka zdrowotna* [*Psychiatry
in Poland from 1945 to 1956: Science and Healthcare*],
Instytut Pamięci Narodowej – Komisja Ścigania Zbrodni przeciwko
Narodowi Polskiemu, Warszawa 2021, 487 pp**

Summary: In his book, based on sources from 1945 to 1956, Grzegorz Michalik characterised the transformation of Polish psychiatry that took place shortly after the Second World War. Over that turbulent period, psychiatrists faced war trauma, which affected both patients and medical practitioners, and generational change, accelerated by repressions and intimidation of prewar personnel. Under political pressure, they adopted Soviet methods and doctrines, which resulted in a gradual detachment from the Western academic world and further subordination of science to the dominant ideology. That strict control of psychiatry was maintained until the Polish October, or the Polish thaw, which allowed the healthcare sector to regain a certain degree of autonomy. Michalik describes those processes and people behind them against the sociopolitical background of postwar Poland, providing the readership with an extensive, systematic and well-documented work.

Keywords: Polish psychiatry, postwar psychiatry, Pavlovism, psychiatric treatment, psychiatric care system

Słowa kluczowe: psychiatria polska, psychiatria powojenna, pawłowizm, lecznictwo psychiatryczne, system opieki psychiatrycznej

W obszernym opracowaniu *Psychiatria w Polsce w latach 1945–1956. Nauka i opieka zdrowotna*, Grzegorz Michalik kreśli szeroką panoramę zmian w powojennej psychiatrii polskiej – w nauce, działalności terapeutycznej, opiece i leczeniu psychiatrycznym. Tytuł książki nie w pełni jednak koresponduje z jej treścią, gdyż autor przedstawia zagadnienia związane z przemianami w powojennej psychiatrii polskiej w perspektywie historycznej obejmującej dzieje psychiatrii polskiej w okresie międzywojennym wraz z rysem ogólniejszym, poświęconym historii psychiatrii europejskiej końca XIX i pierwszej połowy XX w. Sam fakt uwzględnienia w publikacji dość obszernego zarysu historycznego nie powinien być poczytany za wadę, lecz powinien jednak zostać uwzględniony w tytule. Książka została przygotowana m.in. w oparciu o interesujące materiały źródłowe z Archiwum Akt Nowych, zapisy, notatki z przebiegu i podsumowania obrad zjazdów i konferencji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz zebrań z udziałem kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. W ten sposób wypełnia pewną lukę w literaturze poświęconej historii psychiatrii polskiej w okresie 1945–1956. Publikacja stanowi zapis etapów centralizacji nauki i leczenia psychiatrycznego, sterowanych przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia (MZ), Wydział Nauki KC PZPR i władze państwowe powojennej Polski, a zarazem ukazuje proces stopniowego i sterowanego przez władze odchodzenia od tego modelu w czasie odwilży w latach 1955–1956. Cezurę czasową zastosowaną przez autora w podziale na podokresy stanowią wydarzenia społeczno-polityczne, które skutkowały zmianami organizacyjnymi w środowisku naukowym, strukturach i kadrach Ministerstwa Zdrowia oraz systemie opieki zdrowotnej. Procesy te wynikały z rosnącej w okresie powojennym ideologizacji nauki, w tym zwłaszcza ideologizacji, opisywanej przez autora, psychiatrii polskiej, a także wiązały się z postępującymi zmianami społeczno-politycznymi: nacjonalizacją, centralizacją zarządzania podmiotami opieki zdrowotnej oraz szybko postępującą utratą autonomii i niezależności środowisk medycznych i naukowych. Środowiska te zostały poddane naciskom rosnącej kontroli państwowej i partyjnej, wpływom doktrynalnym oraz ideologicznym tzw. pawłowizmu, czyli zniekształconej, zideologizowanej wersji teorii Iwana P. Pawłowa. Równoległe do opisanych zjawisk następował proces odbudowy strat, pokonywania zapaści, jakiej doświadczyła w wyniku wojny psychiatria polska, a także baza szpitalna, kadra i cały system opieki psychiatrycznej.

Autor prezentuje obszerną panoramę psychiatrii polskiej w okresie 1945–1956 wraz z odniesieniami ogólniejszymi, do sytuacji i trendów rozwojowych w psychiatrii europejskiej, a zwłaszcza jej wpływów na psychiatrię polską w XX w. Niestety z treści zebranych przez autora we *Wstępie* trudno jest w pełni skorzystać bez znajomości innych, chociażby skrótowych opracowań poświęconych historii psychiatrii np. tych autorstwa Adama Bilikiewicza i Janusza Rybakowskiego¹, Tadeusza Nasierowskiego² oraz Tadeusza Bilikiewicza i Jana Gallusa³, w których znajdujemy jaśniej zaprezentowany zarys problematyki rozwoju historycznego psychiatrii europejskiej. Wydaje się również, że *Wstęp* byłby bardziej dostępny dla czytelnika, gdyby autor wykorzystał dodatkowy sposób systematyzowania informacji np. podział na okresy rozwoju, kraje lub główne nurty psychiatrii. Być może wtedy powiązania i analogie pomiędzy psychiatrią europejską (szerzej światową), a psychiatrią polską byłyby czytelniejsze.

Michalik rozpoczyna swą pracę od zaznaczenia dwóch podstawowych sposobów patrzenia na zaburzenia umysłowe i ich leczenie, które swymi korzeniami sięgają starożytności. W dużym uproszczeniu, przedstawiciele nurtu „somatycznego”, w tym Hipokrates, uważali, że choroby psychiczne wynikają z zaburzeń funkcjonowania organizmu, natomiast przedstawiciele nurtu „idealistycznego”, odwoływali się do koncepcji filozoficznych, np. Platona, gdzie choroby umysłowe traktowano jako choroby duszy i jako takie interpretowane były w kategoriach religijnych i moralnych⁴. Już w czasach starożytnych obydwie nurty zdawały się funkcjonować równolegle, co pozwalało na terapeutyczny i prawny pragmatyzm: dość szerokie wykorzystanie leków w leczeniu „chorób głowy” i wprowadzenie w cywilnym prawie rzymskim odrębnych kategorii prawnych wobec „osób chorych na umyśle”, co nie przeszkadzało jednocześnie w traktowaniu „nerwowo chorych” (w szerokim znaczeniu, także np. chorych na padaczkę) jako osób wyjątkowych, niemal w kategoriach mistycznych – jako „wybrańców bogów”. Trudno zdecydować, czy dualizm starożytnych wobec chorych psychicznie wynikał z antycznej religijności, racjonalności obserwacji świata, czy też bardziej z obserwacji ograniczonej skuteczności terapeutycznej ówczesnych leków⁵. Wydaje się, że ta swoista dwoistość, z różnymi swoimi odmianami, była wciąż obecna w dyskursie naukowym i filozoficznym aż do czasów nowożytnych, a właściwie

¹ *Psychiatria w Polsce*, red. A. Bilikiewicz, J. Rybakowski, Gdańsk 2002, s. 1–13.

² T. Nasierowski, *Dzieje psychiatrii: główne wydarzenia, osoby i tendencja rozwojowe*, [w:] *Psychiatria*, t. 1, red. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2002, s. 1–45.

³ T. Bilikiewicz, J. Gallus, *Psychiatria polska na tle dziejowym*, Warszawa 1962.

⁴ G. Michalik, *Psychiatria w Polsce w latach 1945–1956. Nauka i opieka zdrowotna*, Warszawa 2021, s. 15.

⁵ Por. M.H. Stone, *Healing the Mind. A history of Psychiatry from Antiquity to the Present*, London 1997, s. 516; T. Selesnick, F.G. Alexander, *The History of Psychiatry. An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present*, New York 1966.

jest w jakimś stopniu obecna także w czasach współczesnych. Jeszcze na początku XIX w. swoją obecność w medycynie zaznaczyły, zasygnalizowane powyżej, dwa nurty psychiatrii – somatyczny (dominował w psychiatrii francuskiej i angielskiej) oraz psychiczny, który zaznaczył się chyba najwyraźniej w niemieckiej medycynie epoki romantyzmu w pierwszej połowie XIX w.⁶

W dalszej części *Wstępu* autor wymienia nazwiska lekarzy, którzy przyczynili się do rozwoju psychiatrii jako dyscypliny naukowej, w tym powstania terminu psychiatria (Johann Christian Reil, a także Jean-Étienne Dominique Esquirol i inni). Wymienia historyczne metody leczenia zaburzeń psychicznych, stosowane od przełomu XVIII i XIX w.: dieta i praca fizyczna sprzyjające przywróceniu równowagi (Philippe Pinel), leczenie moralne (m.in. P. Pinel), czyli łagodne, ale stanowcze traktowanie pacjentów, mające przywrócić ład i harmonię w ich życiu, terapia pracą, uzdrawiające właściwości relacji lekarz-pacjent, hipnoza (m.in. Hippolyte Bernheim, Jean-Martin Charcot), zastosowanie barbituranów w leczeniu depresji i schizofrenii metodą „snu przedłużonego”, które zostało opisane przez szwajcarskiego psychiatrę Jakoba Klaesi⁷. Warto podkreślić, że samo wymienienie historycznych metod leczenia psychiatrycznego może być dla dużej części czytelników niewystarczające, warto byłoby je szerzej opisać lub scharakteryzować, przywołać ich podstawy patofizjologiczne, także dla uniknięcia nieporozumień wynikających z różnych znaczeń niektórych terminów medycznych, czego przykładem jest terapia wstrząsowa. Jej koncepcja współcześnie znana jest zapewne dość wąskiej grupie historyków psychiatrii, a pojęcie wstrząsu w kontekście medycznym jest zastrzeżone dla określenia stanów zagrożenia życia, których nikt nie chce wywoływać, a przeciwnie, wymagają intensywnej terapii. Odniesienia autora do niektórych metod historycznych wymagałyby rozszerzenia, gdyż są jedynie wymienione (poza opisaną przez niego koncepcją wstrząsu insulinowego) i chyba nie powinny pozostawać bez komentarza lub nawet współczesnego spojrzenia na te metody, tak jak w przypadku „leczenia gorączką”, które polegało na wstrzykiwaniu zarodźca malarycznego, powodującego malarię, a w konsekwencji rozwój objawów infekcji, w tym gorączki, której mogły towarzyszyć drgawki. Pod koniec XIX w. stosował ją austriacki lekarz psychiatra Julius Wagner-Jauregg w leczeniu porażenia postępującego, wywołanego kiłą układu nerwowego. Współcześnie uważa się, że efekty drgawkowe u pacjentów z kiłą były objawami uszkodzenia komórek ośrodkowego układu nerwowego, a nie przejawami reakcji „lecniczej”. Warto nadmienić, że jednym z inicjatorów leczenia gorączką był polski lekarz dr Henryk Halban, który pracował na początku XX w. w szpitalu w Kulparkowie koło Lwowa. Autor opisuje, jak w 1933 r. Manfred Sakel rozpoczął doświadczenia z użyciem insuliny w celu wprowadzenia pacjenta w stan

⁶ B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007, s. 355, 357; *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 416.

⁷ G. Michalik, *Psychiatria w Polsce*, s. 16–20.

hipoglikemii. Wskazaniem miało być leczenie stanów nadmiernego podniecenia poprzez wywołanie „napadów padaczkowych” lub śpiączki kontrolowanej przez lekarza. Prawdopodobnie Michalik miał na myśli drgawki albo „wstrząsy ciała”, a nie napady padaczkowe. Do przeprowadzenia terapii wstrząsowej stosowano różne substancje chemiczne m.in. kamforę i kardiazol (nazwa chemiczna: pantetrazol, nazwa handlowa: Cardiazol). Kardiazol stosował na przełomie lat dwudziestych i trzydziestych XX w. węgierski lekarz Ladislas Meduna, który prowadząc badania nad padaczką i schizofrenią zaobserwował, że występowanie padaczki (a właściwie napadów drgawkowych) zmniejsza częstość występowania schizofrenii (a dokładniej objawów psychotycznych)⁸. Wydaje się, że lepszym określeniem dla różnych historycznych form terapii wstrząsowej, o których pisze autor, byłoby określenie „wywoływanie drgawek” (lub efektu drgawkowego) w celach terapeutycznych. Podstawą działania leczniczego było wywołanie drgawek przy zastosowaniu metod chemicznych, elektrycznych, wywołanie drgawek gorączkowych lub drgawek po kontrolowanym podaniu insuliny, które występują w fazie przedśpiączki (semicoma). O zagadnieniach związanych z różnymi formami terapii wstrząsowej pisali m.in. Tomasz Zyss, Robert T. Hese, Andrzej Zięba w „Psychiatrii Polskiej”⁹. Do przełomu w terapii chorób psychicznych doszło dopiero na początku lat pięćdziesiątych w związku z wprowadzeniem nowych leków przeciwpsychotycznych – chlorpromazy (Largactil) i rezerpiny (nazwy handlowe: Serpasil, Raupasil), ale należałoby również wspomnieć o fakcie zastosowania w 1949 r. soli litu, które wykorzystywano w leczeniu manii (stosowane także współcześnie u niektórych pacjentów z chorobą dwubiegunową).

Odwołując się do historii psychiatrii europejskiej przełomu XIX i XX w. autor omawia sytuację w psychiatrii na terenach Polski przedrozbiorowej, odnosząc się do specyfiki sytuacji w poszczególnych zaborach, podkreśla wysoki poziom lecznictwa w zaborze pruskim oraz wymienia lekarzy pochodzenia polskiego, zajmujących nieraz eksponowane stanowiska i przyczyniających się do rozwoju psychiatrii krajów zaborczych – Austrii, Niemiec, Rosji, w tym m.in. pionierów psychiatrii rosyjskiej – profesorów Jana Balińskiego i Jana Mierzejewskiego, związanych z katedrą i kliniką psychiatrii w Akademii Medyko-Chirurgicznej w Sankt Petersburgu. Warto jednak zwrócić uwagę nie tylko na aktywność lekarzy psychiatrów pochodzenia polskiego w różnych krajach, ale także na fakt kontaktów i wymiany informacji jakie utrzymywali między sobą psychiatrzy i neurologi polscy, organizując spotkania naukowe pomimo granic trzech zaborów. Wspominają o tym fakcie m.in. A. Bilikiewicz, Zdzisław Jaroszewski

⁸ Ibidem, s. 20–22.

⁹ T. Zyss, R.T. Hese, A. Zięba, *Terapia wstrząsowa w psychiatrii – rys historyczny*, „Psychiatria Polska” 2008, t. 42, nr 6, s. 797–818.

i T. Nasierowski w *Historii psychiatrii polskiej*¹⁰. Kontakty te doprowadziły do organizacji zjazdów naukowych, jeszcze przed odzyskaniem przez Polskę niepodległości w 1918 r. Pierwszy Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich odbył się w Warszawie w 1909 r., a drugi w Krakowie w 1912 r.

W podrozdziale *Psychiatria polska 1918–1945* autor wymienia psychiatrów polskich, których praca, badania, publikacje oraz koncepcje wywarły istotny wpływ na rozwój polskiej psychiatrii powojennej, przywołuje sylwetki m.in.: dr. Rafała Radziwiłłowicza, współzałożyciela Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (1920 r.). Odwoływał się on do zastosowania w leczeniu psychiatrycznym psychologii doświadczalnej oraz elementów anglo-amerykańskich teorii filozoficzno-psychologicznych (m.in. John Dewey, William James, Adolf Meyer), które opierały się na pragmatyzmie i tworzyły podwaliny koncepcji zastosowania metod psychologicznych w psychiatrii klinicznej, przy jednoczesnym wykorzystaniu metod introspektywnych (m.in. wyrastających z fenomenologii oraz egzystencjalizmu) oraz metod psychoanalitycznych w badaniu pacjentów. Postacią znaczącą dla rozwoju polskiej psychologii empirycznej był lekarz, późniejszy profesor nauk medycznych, Jerzy Konorski, specjalizujący się w neurofizjologii i neuropsychologii, który rozpoczął swoją pracę naukową w okresie międzywojennym i odbył staż u I.P. Pawłowa w 1931 r. Natomiast jednym z najwybitniejszych psychiatrów polskich okresu międzywojennego był prof. Jan Mazurkiewicz, który odwoływał się do empiriokrytycyzmu (Richard Avenarius, Ernst Mach), ale łączył dwa dominujące nurty psychiatrii: biologiczny i psychologiczny. Jako twórca teorii ewolucyjno-dyssolucyjnej, w której odwoływał się do energetyzmu i ewolucji, a także do myśli Johna H. Jacksona, zaprezentował dynamiczną (podlegającą ewolucji i dyssolucji) koncepcję funkcjonowania układu nerwowego i procesów psychicznych. Warto przywołać, w kontekście dziejów powojennych polskiej psychiatrii i tematyki książki, opinię autora, że prof. Mazurkiewicz cenił odkrycia oraz teorię odruchów I.P. Pawłowa, lecz w przeciwieństwie do tego ostatniego uważał, że reakcje na bodźce zewnętrzne nie tłumaczą złożoności procesów psychicznych¹¹. Wyrazem szacunku dla wkładu Pawłowa w rozwój nauk medycznych był wniosek o jego przyjęcie jako członka honorowego do Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego złożony przez prof. Mazurkiewicza jeszcze przed II wojną światową. Autor wymienia uczniów prof. Mazurkiewicza, którzy odegrali istotną rolę w kształtowaniu powojennej psychiatrii polskiej i habilitowali się przy jego pomocy, w tym m.in.: Józefa Handelsmana, Ryszarda Markuszewicza, Stanisława Batawie, Mieczysława Kaczyńskiego, Ryszarda Dreszera, Eugeniusza Wilczkowskiego. Warto przy tej okazji dodać pełną i poprawną nazwę kliniki psychiatrii prowadzonej przez prof.

¹⁰ A. Bilikiewicz, Z. Jaroszewski, T. Nasierowski, *Historia psychiatrii polskiej*, [w:] *Psychiatria w Polsce*, red. A. Bilikiewicz, J. Rybakowski, s. 4.

¹¹ J. Mazurkiewicz, *O anatomicznym podłożu stanów psychicznych i ich zaburzeń*, Łódź 1918.

J. Mazurkiewicza oraz jej lokalizację. Jest to istotny szczegół, gdyż w momencie objęcia przez niego Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Warszawskiego w 1919 r. (kierował nią przez 28 lat) mieściła się ona przy ulicy Konwiktorskiej 7, w szpitalu Jana Bożego w Warszawie, ale w konsekwencji zniszczenia budynków szpitala w Powstaniu Warszawskim została ona w 1945 r. przeniesiona do szpitala psychiatrycznego w Tworkach, którego budynki przetrwały wojnę w stanie nienaruszonym. Michalik odnotował wpływ prof. J. Mazurkiewicza na poglądy prof. Kazimierza Dąbrowskiego, twórcy teorii dezintegracji pozytywnej i organizatora ruchu higieny psychicznej, pioniera psychiatrii dziecięcej w Polsce. Powstaje jednak pytanie, czy sam fakt zetknięcia się z prof. Mazurkiewiczem świadczyć może o rzeczywistym wpływie, tym bardziej, że sam autor napisał dalej, że „Nieliczni, jak K. Dąbrowski i Maurycy Bornsztajn, nie zaliczali się do grupy uczniów Mazurkiewicza, będąc zwolennikami nurtu psychoanalitycznego i psychologicznego w polskiej psychiatrii przedwojennej”¹².

W dalszej części rozdziału, Michalik pisze o wpływie niemieckiej psychiatrii na psychiatrię polską w okresie międzywojennym, cytując opinię wypowiedzianą przez prof. J. Mazurkiewicza na posiedzeniu Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, że „polska psychiatria była tylko echem i przetrawieniem psychiatrii niemieckiej”¹³. Po lekturze opisów sylwetek przedwojennych psychiatrów polskich można odnieść wrażenie, że opinia prof. J. Mazurkiewicza, a za nią Grzegorza Michalika, jest być może zbyt surowa, gdyż w krótkich informacjach o wybranych polskich psychiatrach okresu międzywojennego sam Michalik wymienia cały szereg innych ośrodków niż niemieckie, w których kształcili się poszczególni lekarze. Odbywali oni staże w ośrodkach szwajcarskich, francuskich, angielskich i amerykańskich oraz oczywiście niemieckich, ale trudno cytowane słowa prof. J. Mazurkiewicza traktować jako podsumowanie wcześniejszych fragmentów podrozdziału, a raczej jako opinię. Być może więc autor nie w pełni ukazał jak duży, rzeczywisty wpływ miała psychiatria niemiecka na przykładzie opisów polskich psychiatrów przedwojennych. Niemniej zebrane informacje stanowią ciekawy i bogaty materiał, prezentujący sylwetki polskich psychiatrów okresu międzywojennego.

Ciekawym fragmentem książki, istotnym ze względu na sytuację powojenną w polskiej psychiatrii, są informacje na temat koncepcji i metody eugenicznej, która była kontestowana przez psychiatrię radziecką, a całkowicie skompromitowana w wydaniu niemieckim w okresie II wojny światowej. Jako pierwszy użył terminu „eugenika” Francis Galton w 1883 r. dla określenia metod, które miały pomóc w kierowaniu ewolucją człowieka. Natomiast w Niemczech na początku XX w. koncepcja eugeniki została rozwinięta i skojarzona z teoriami rasowymi, zaprezentowanymi przez Alfreda Ploetza, stała się swoistym *credo* Towarzy-

¹² G. Michalik, *Psychiatria w Polsce*, s. 73.

¹³ Ibidem, s. 59.

stwa Higieny Ras w Niemczech (1905 r.), a rozwój teorii rasowych doprowadził do sformułowania koncepcji eliminacji osób przewlekłe chorych. Publikację tę, dość niefortunnie, autor nazywa dziełem¹⁴. Postulaty A. Ploetza dotyczące teorii rasowej i eliminacji osób obciążonych dziedzicznie chorobami psychicznymi zostały zrealizowane w hitlerowskich Niemczech, a następnie na terenach okupowanych Europy, w tym na ziemiach przedwojennej Polski. W konsekwencji doprowadziło to do sterylizacji w Niemczech w latach 1933–1945 ponad 400 tys. osób chorych psychicznie oraz do zamordowania ponad 70 tys. chorych i upośledzonych umysłowo pacjentów zakładów psychiatrycznych w Niemczech, a następnie doprowadziły do śmierci około 27 tysięcy pacjentów na terenie Polski. Pisał o tym wcześniej m.in. T. Nasierowski¹⁵. Warto podkreślić, że Polskie Towarzystwo Eugeniczne (jego członkami byli m.in. Witold Chodźko, Tomasz Janiszewski, Jan Mydlarski, Ksawery Sieńko, Leon Wernic, Wacław Wesołowski i inni) powstało w okresie międzywojennym na gruncie profilaktyki chorób wenerycznych i dziedzicznych. Towarzystwo w żadnym okresie nie formułowało też „czystości rasowej” w wydaniu niemieckim, a formułowane przez niektórych jego członków postulaty sterylizacyjne zostały odrzucone przez ogół środowiska lekarskiego. Propozycje te były zgłaszane oraz popierane przez stosunkowo wąskie grupy lekarzy i pomimo pewnego oficjalnego wsparcia (prezentowano je na Państwowej Naczelnej Radzie Służby Zdrowia 25 marca 1936 r.) zostały zanegowane i odrzucone przez ogół polskiego środowiska lekarskiego, w tym psychiatrów polskich. W 1936 r. na XVI Zjeździe Psychiatrów w Lublinie i Chełmie dr Stefan Pieńkowski wygłosił referat poświęcony mutacyjnej genezie chorób psychicznych i odniósł się krytycznie wobec hitlerowskich koncepcji eliminacji chorób psychicznych drogą sterylizacji eugenicznej, natomiast plany niemieckie fizycznej eliminacji pacjentów w ogóle w Polsce nie były znane. Można przytoczyć, jako przykład odrębności postawy wobec niemieckich praktyk eugenicznych, historię jednego z lekarzy psychiatrów, członka Polskiego Towarzystwa Eugenicznego dr. Karola Mikulskiego (syna znanego psychiatry – prof. Antoniego Mikulskiego), lekarza psychiatry, wicedyrektora i ordynatora szpitala psychiatrycznego w Gostyninie, który popełnił samobójstwo 18 marca 1940 r., odmawiając sporządzenia listy pacjentów chorych psychicznie, mających być przeznaczonych do likwidacji przez niemieckie władze okupacyjne. Od września 1939 r. Niemcy podjęli eksterminację pacjentów szpitali psychiatrycznych na terenie okupowanej Polski. Przejmujące doświadczenie zagłady chorych psychicznie pacjentów i personelu szpitala psychiatrycznego przedstawił Stanisław

¹⁴ Ibidem, s. 24.

¹⁵ T. Nasierowski, *Dzieje psychiatrii: główne wydarzenia, osoby i tendencje rozwojowe*, [w:] *Psychiatria*, t. 1, red. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2002, s. 40–41.

Lem w powieści *Szpital Przemienienia*¹⁶, w której nakreślił jednocześnie złożony obraz postaw etycznych, poglądów środowiskowych istniejących wśród polskich lekarzy psychiatrów, wykształconych i uformowanych przed II wojną światową. Swoistym świadectwem i przesłaniem wierności standardom etycznym i deontologii zawodu lekarskiego stała się postawa dr. Józefa Bednarza, dyrektora szpitala psychiatrycznego w Świeciu, który z powodu odmowy opuszczenia swoich pacjentów został rozstrzelany wraz z nimi przez hitlerowców. Zaangażowanie i związki naukowe z psychiatrią niemiecką w okresie przedwojennym stały się swoistym obciążeniem w okresie powojennym dla wielu polskich lekarzy psychiatrów, wykorzystywanym do ataków personalnych, pomimo braku jakichkolwiek przesłanek przyjęcia przez nich niemieckiej wersji ideologii eugenicznej.

W rozdziale zatytułowanym *Psychiatria polska jako nauka w latach 1945–1947* autor rozpoczyna prezentację zagadnień najistotniejszych z punktu widzenia wybranej tematyki i celów pracy. Niemal bezpośrednio po zakończeniu działań wojennych działalność organizacyjna i naukowa w środowisku polskiej psychiatrii przebiegała w oparciu o przedwojenne struktury. Wznowił swoją działalność Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (ZG PTP), pod przewodnictwem prof. J. Mazurkiewicza (pozostanie prezesem PTP do śmierci 31 października 1947 r.), a w jego władzach dominowali lekarze psychiatrzy wykształceni i uformowani w przedwojennej Polsce. Głównym zadaniem ZG PTP stała się organizacja pierwszego, powojennego zjazdu psychiatrów polskich. W okresie 1945–1947 doszło do naturalnej konsolidacji stosunkowo nielicznego środowiska polskich psychiatrów (około 100 specjalistów), którzy musieli działać w nowej sytuacji społeczno-politycznej. Autor w ciekawy sposób opisuje sytuację, w której lekarze powracali do pracy naukowej i planowali podjęcie przerwanej przez wojnę międzynarodowej współpracy, w ramach przygotowań do Międzynarodowego Kongresu Psychiatrii w Paryżu. Na XX Zjeździe Naukowym Psychiatrów Polskich, który odbył się 1–3 listopada 1945 r. w Tworkach, podsumowano losy wojenne pacjentów (zamordowanych zostało ok. 27 tysięcy osób), a także straty wśród personelu ośrodków psychiatrycznych, w tym lekarzy¹⁷. Spośród 219 członków Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego połowa zginęła w czasie wojny, a z 5 kierowników katedr ocalał tylko prof. J. Mazurkiewicz (trzech zginęło w Katyniu), zginęło 9 spośród 19 dyrektorów (lub ich zastępców) dużych szpitali psychiatrycznych, a także 5 z 7 ordynatorów wojskowych oddziałów neurologiczno-psychiatrycznych. Na początku 1945 r. czynnych było tylko 6 szpitali z około 5 tys. łóżek (wobec 16 tys. łóżek przed wojną). Piszą o tym m.in. A. Bilikiewicz, Z. Jaroszewski, T. Nasierowski¹⁸. W ciekawy i plastyczny sposób autor opisał przebieg zjazdów i konferencji, co pozwala na lepsze

¹⁶ S. Lem, *Szpital Przemienienia*, Kraków 1955.

¹⁷ Z. Jaroszewski, *XX Zjazd Psychiatrów Polskich*, „Zdrowie Psychiczne” 1946, r. 1, nr 1, s. 73.

¹⁸ A. Bilikiewicz, Z. Jaroszewski, T. Nasierowski, *Historia psychiatrii polskiej*, s. 1–13.

zrozumienie nastrojów panujących w środowisku psychiatrów. Po kilkuletniej przerwie w działalności naukowej wywołanej wojną i okupacją, psychiatrzy prezentowali i podejmowali tematy, którymi zajmowali się wcześniej, a atmosfera na XX Zjeździe pozwalała na dość swobodną dyskusję naukową. Prof. J. Mazurkiewicz krytycznie odniósł się wówczas do teorii refleksologicznej Władimira M. Biechtieriewa, podkreślając, że teoria odruchów warunkowych i bezwarunkowych jest zbyt uproszczeniem i nie tłumaczy wyższych funkcji układu nerwowego, a K. Dąbrowski prezentował koncepcję „O dezintegracji i integracji pozytywnej”, będącej wynikiem jego doświadczeń klinicznych z pracy w okresie międzywojennym. Uczestnicy dyskusji nawiązali do wzorów psychologii klinicznej z USA, dyskutując o potrzebie rozwoju psychoterapii jako metody leczenia nerwic. Autor opisał zmiany w organizacji i zakresie działań instytucji naukowo-badawczych, w których kompetencjach znajdowały się sprawy nauki i opieki psychiatrycznej, w tym powołanie, na mocy dekretu prezydenta Krajowej Rady Narodowej Bolesława Bieruta, Państwowego Instytutu Higieny Psychiczej (PIHP), którego kierownikiem naukowym został dr K. Dąbrowski¹⁹. Instytut rozwijał działalność naukową, dydaktyczną (w ramach Wyższej Szkoły Higieny Psychiczej) i leczniczą, w zakresie ambulatoryjnym, w poradniach na terenie całej Polski. Późniejsze odsunięcie K. Dąbrowskiego i likwidacja PIHP w grudniu 1949 r. były praktycznym przykładem funkcjonowania centralnego planowania, nadzoru sprawowanego przez Ministerstwo Zdrowia nad nauką i systemem lecznictwa, a także dominacji doktryny pawłowizmu. Michalik opisując proces pewnej, jak się okazało przejściowej, normalizacji życia naukowego, polegający m.in. na wznowieniu wydawania przez środowiska lekarskie wielu medycznych czasopism naukowych, zwrócił uwagę na zwiastun zmian politycznych, który uwidocznił się już w 1947 r. w trakcie kolejnego, XXI Zjazdu Psychiatrów Polskich w Łodzi i Kochanówce, w dniach 24–26 maja 1947 r., w referacie dr Bronisława Kostkiewicza pt. „Osiągnięcia psychiatrii radzieckiej”, opublikowanym następnie w „Roczniku Psychiatrycznym”²⁰, podkreślającym szereg przewag psychiatrii ZSRR nad psychiatrią amerykańską i zachodnioeuropejską, a także stanowiącym apologię dla nauk Pawłowa oraz potępienie teorii psychoanalizy Sigmunda Freuda. Od tego momentu tematyka ta stała się powracającym motywem na konferencjach psychiatrów polskich w kolejnych latach.

W rozdziale *Przemiany psychiatrii naukowej w Polsce w latach 1947–1955* autor scharakteryzował kolejny okres, przypadający na czasy stalinowskie, jako okres rosnącej presji ideologicznej, centralizacji instytucji i zaostrzającej się kontroli nad wszystkimi formami życia społecznego, w tym działalności stowarzy-

¹⁹ Dekret z dnia 25 czerwca 1946 r. o utworzeniu Państwowego Instytutu Higieny Psychiczej, „Dziennik Zdrowia” 1.08.1946 r. 2, nr 14, poz. 83, s. 153.

²⁰ B. Kostkiewicz, *Osiągnięcia psychiatrii radzieckiej*, „Rocznik Psychiatryczny” 1949, r. 27, t. 37, nr 2/3, s. 259–288.

szeniowej i naukowej oraz podporządkowaniu ich nadrzędnej doktrynie ideologicznej, a także dostosowaniu do standardów nauki radzieckiej, co w przypadku nauk medycznych i psychiatrii oznaczało wdrażanie „pawłowizmu”.

Drastycznymi przejawami ograniczenia utrzymującej się jeszcze do 1947 r. względnej swobody działalności naukowej i społecznej stała się (wspomniana już powyżej) likwidacja PIHP i ruchu higieny psychicznej oraz odsunięcie, a następnie szykany wobec prof. K. Dąbrowskiego na przełomie 1949 i 1950 r. Negatywne stanowisko władz Ministerstwa Zdrowia wobec idei, metod i środowiska higieny psychicznej znalazło wyraz w trakcie III Zjazdu Higieny Psychicznej w 1948 r. Jak autor celnie podkreśla, symboliczną cezurą dla okresu względnej autonomii środowiska psychiatrycznego staje się śmierć prof. J. Mazurkiewicza w dniu 31 października 1947 r. Pomimo faktu, iż nowy Zarząd PTP ukonstytuował się w składzie przedwojennych psychiatrów to jego pozycja uległa znacznemu osłabieniu, zabrakło wielkiego autorytetu moralnego i naukowego, który stanowił symbol ciągłości tradycji polskiej psychiatrii przedwojennej i rękojmię międzynarodowej współpracy naukowej.

W 1949 r. kolejny XXII Zjazd Psychiatrów Polskich, był dla władz po raz pierwszy okazją do szerszej, oficjalnej prezentacji nauki I.P. Pawłowa, a właściwie prezentacji doktryny „pawłowizmu”. Z prezentowanych przez autora informacji wynika, że Zjazd przebiegał w krańcowo różnej atmosferze, niż dwa poprzednie, które stanowiły kontynuację prac przedwojennych. Patronat nad Zjazdem objęło MZ, w trakcie obrad po raz pierwszy obszernie krytykowano i podważano teorię J. Mazurkiewicza (ewolucji i dyssolucji) oraz kwestionowano dorobek profesora, a jedna z jego uczestniczek – dr Irena Hausmanowa, związana z MZ, podkreśliła, że podręcznik prof. J. Mazurkiewicza wymaga dostosowania do wymogów współczesnych²¹. Odezwały się stosunkowo nieliczne głosy obrońców teorii i dorobku Mazurkiewicza, a jak pisze autor, krytyka poglądów Mazurkiewicza stała się wstępem do „ofensywy ideologicznej w psychiatrii”²². Na Zjeździe po raz pierwszy była prezentowana publicznie koncepcja połączenia, wzorem ZSRR, środowisk psychiatrii z neurologią, wypowiedziana przez ówczesnego dyrektora Departamentu Medycyny Społecznej MZ – Leona Uszkiewicza. Przejawem upolitycznienia Zjazdu była też m.in. depesza wystosowana w imieniu jego uczestników do Prezydenta B. Bieruta z wyrazami „hołdu i czci”, a Walne Zebranie podjęło uchwałę dotyczącą pełnego „czerpania ze zdobyczy nauki Pawłowa, Miczurina i marksistowskiego materializmu”. Wydaje się, że taka postawa prezentowania swoistej poprawności, wierności ideom socjalistycznym, materialistycznym i doktrynie „pawłowizmu”, nawet przez przedstawicieli psychiatrii przedwojennej, stała się jednym ze sposobów koniunkturalnej walki o pozycję w środowisku oraz trudnej walki o przetrwanie w życiu społeczno-politycznym

²¹ G. Michalik, *Psychiatria w Polsce*, s. 105.

²² Ibidem, s. 107.

i w systemie nauki początku lat pięćdziesiątych. Autor obszernie omówił główne tezy programowe kolejnego Zjazdu PTP z 1950 r., a jednocześnie ciekawie zaprezentował dynamikę wystąpień oraz dyskusji środowiskowych. Zjazd ten stał się miejscem starcia przedwojennych psychiatrów (T. Bilikiewicz) z psychiatrami przyjmującymi pozycje ideologizacji psychiatrii (Andrzej Jus) i lekarzami będącymi jednocześnie przedstawicielami władz MZ (I. Hausmanowa). Znalazło to wyraz w wygłoszonym przez wiceministra zdrowia Bogusława Kożusznika podsumowaniu, w którym negatywnie odniósł się do treści merytorycznych Zjazdu (poza referatami ideologicznymi) oraz skrytykował dotychczasowe konferencje naukowe, które wg niego przypominały przedwojenne. Jego uwagi świadczyły o nasilającej się ideologizacji polskiej psychiatrii, która była realizowana m.in. w trakcie Kongresu Nauki Polskiej oraz Konferencji Pawłowskiej w Krynicy. W tym miejscu wkradła się pomyłka dotycząca numeracji kolejnych Zjazdów, błędnie podano nr XXI, gdy chodziło o XXIII Zjazd we Wrocławiu²³.

Kolejnym etapem wdrażania „zmian postępowych” był Kongres Nauki Polskiej w Warszawie, który odbył się w dniach 29 czerwca – 2 lipca 1950 r. i stanowił okazję do zaprezentowania obowiązujących wzorców nauki. Jak autor przedstawia, Kongres stanowił swoiste zwieńczenie wielomiesięcznych przygotowań w Grupach Roboczych oraz wprowadzał w życie zasadę planowania i centralnego sterowania nauką, wedle wzorców radzieckich. Prace przedkongresowe tzw. Neuropsychiatrycznej Grupy Roboczej, której częścią stali się przedstawiciele środowiska psychiatrycznego, stanowiły możliwość nawiązania kontaktu i współpracy ogólnopolskiej przedstawicieli MZ, z ośrodkami psychiatrycznymi, dawały możliwość oszacowania stanu materialnego polskiej psychiatrii i budowania wpływu na środowiska psychiatrów i neurologów, poddanych odgórnie akcji scaleniowej. Kolejne konferencje środowiska polskich psychiatrów hołdowały osiągnięciom „postępowej” psychiatrii radzieckiej. W efekcie powołano w 1951 r. Zrzeszenie Przyrodników Marksistów, które miało się zająć propagowaniem marksizmu i pawłowizmu w medycynie m.in. w klinikach psychiatrycznych akademii medycznych. Świadectwem zaostrożenia kursu politycznego i dalszych kroków zmierzających do sowietyzacji psychiatrii polskiej była Konferencja Pawłowska w Krynicy, która się odbywała w dniach 27 grudnia 1951 – 2 stycznia 1952 r. Pokłosem był artykuł opublikowany w czasopiśmie „Służba Zdrowia” przez redaktora naczelnego pisma L. Uszkiewicza, domagającego się zdemaskowania słabości ówczesnej psychiatrii polskiej obciążonej teoriami antroposocjologicznymi, neojacksonizmem Mazurkiewicza, freudyzmem, nihilizmem terapeutycznym, eugeniką i behawioryzmem²⁴. Pozytywnie oceniane były osiągnięcia

²³ Ibidem, s. 137.

²⁴ *Konferencja Pawłowska w Krynicy rozpoczyna nowy etap medycyny polskiej*, „Służba Zdrowia” 1952, r. 4, nr 1–2, s. 1; L. Uszkiewicz, *Pawłowizm oznacza również walkę ideologiczną*, „Służba Zdrowia” 1952, r. 4, nr 7, s. 2.

i doświadczenia radzieckie, a do prawdziwej ofensywy wydawniczej PZWL „na froncie” publikacji naukowych z zakresu psychiatrii i psychologii radzieckiej doszło w 1951 r., w związku z wydaniem kilku pozycji autorstwa I.P. Pawłowa²⁵.

Michalik obszernie i ciekawie zaprezentował proces powstawania powołanego przez MZ Instytutu Psychoneurologicznego (IP), który rozpoczął swoje działania w 1949 r., a w 1950 r. włączył się w przygotowanie Kongresu Nauki Polskiej, w ramach Neuropsychiatrycznej Grupy Roboczej Podsekcji Nauk Klinicznych. Poprzez strukturę IP nawiązano kontakty z jednostkami prowadzącymi prace naukowe na terenie kraju, rozpoczęto koordynację na poziomie projektów badań klinicznych, a także stworzono centralny model inicjowania, prowadzenia i kontrolowania prac badawczych. W ten sposób stworzono model centralnego sterowania działalnością naukową w psychiatrii, w oparciu o IP oraz finansowanie z budżetu Ministerstwa Zdrowia. Jak pokazuje autor, wysiłki IP nie zawsze spotykały się z odzewem ze strony środowiska naukowego i tak na planowaną w 1952 r. konferencję poświęconą osiągnięciom w leczeniu snem przedłużonym (metoda szeroko stosowana w ZSRR) większość z 29 klinik psychiatrycznych odpowiedziała negatywnie, a spośród 10 zaproszonych referentów aż 4 odmówiło przyjazdu. Można przypuszczać, że niewielki odzew środowiska z jednej strony świadczył o braku zainteresowania metodą i słabym rozpoznaniu organizatorów z IP, w proponowanych tematach, a z drugiej strony o braku autorytetu i pewnej rezerwie wobec IP ze strony ośrodków naukowych psychiatrii²⁶. W efekcie krytyki niedostatków skuteczności działań środowiskowych IP, tematyka badań naukowych w psychiatrii miała być konsultowana w ZSRR, a prace miały być wzbogacane nowymi radzieckimi metodami leczenia, jak np. pracownia EEG miała prowadzić działalność w oparciu o metodykę A.G. Iwanowa-Smołńskiego, która była zgodna z metodyką przyjętą przez Instytut Wyższych Czynności Nerwowych w Moskwie. Odnotowane zostało późniejsze wystąpienie czołowego konsultanta psychiatrii radzieckiej prof. Andrieja Śnieżniewskiego, na Krajowej Naradzie Psychiatryków w Tworkach, 13–15 września 1952 r., które prezentowało obowiązującą wykładnię trendów w psychiatrii radzieckiej, a jednocześnie świadczyło o dość brutalnej próbie bezpośredniego wywierania wpływu na psychiatrów polskich lub wręcz o ich dyscyplinowaniu i publicznym potępianiu czołowych specjalistów polskich, wymienianych z imienia i nazwiska²⁷.

²⁵ Por. I.P. Pawłow, *Dwadzieścia lat badań wyższej czynności nerwowej i zachowania się zwierząt*, Warszawa 1951; I.P. Pawłow, *Wybór pism*, Warszawa 1951; I.P. Pawłow, *Wykłady z czynności mózgu*, Warszawa 1951.

²⁶ Archiwum Akt Nowych w Warszawie, zespół: Ministerstwo Zdrowia w Warszawie (1944–1960), sygn. 2/644/0: Działalność Instytutu Psychoneurologicznego w Tworkach, Plany prac naukowych, sprawozdania, korespondencja 1950–1955, 5/39, Sprawozdanie z działalności Instytutu Psychoneurologicznego w Tworkach za 1952 rok.

²⁷ A.W. Śnieżniewski, *Nauka I.P. Pawłowa podstawą rozwoju psychiatrii*, „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska” 1953, r. 3, nr 1, s. 3–17.

Michalik znakomicie oddaje atmosferę wydarzeń tamtego okresu, podkreślając coraz bardziej nasilającą się propagandę pawłowizmu w psychiatrii polskiej, czego przykładem i formalną nadbudową stał się nowo powołany Komitet Szerzenia Nauki Pawłowa, utworzony w maju 1953 r., który miał zająć się szerzeniem pawłowizmu w nauce poprzez spotkania, odczyty, konferencje i bezpośrednią współpracę z analogicznym Komitetem w ZSRR. Komitet miał sprawować formalny nadzór nad IP.

Autor prezentując proces przebudowy i formowania się nowych struktur w stosunkowo niewielkim stopniu odnosi się do sytuacji w środowiskach akademickich, skupionych wokół katedr i klinik akademii medycznych oraz nie opisuje obszaru styku MZ i specjalistów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii, a także poziomu wojewódzkich Wydziałów Zdrowia, natomiast zakres opisywanych przez niego zmian środowiskowych sprawia, że dostrzegamy podstawowe mechanizmy wpływu i przebudowy środowiska naukowego polskiej psychiatrii powojennej, skupionego w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym, które staje się polem wpływu ideologicznego dzięki presji bezpośredniej MZ oraz pośredniej, poprzez Instytut Psychoneurologiczny. Michalik zdołał ukazać zakres zaangażowania ideologicznego i bezpośredni wpływ, wręcz koordynację planowanych przez MZ ataków prasowych poprzez wykorzystanie do tego celu redakcji czasopism medycznych oraz przedstawicieli środowiska lekarskiego, związanych z linią polityczną MZ. Propagowano metody radzieckie, atakowano tradycje psychiatrii polskiej, przedstawicieli środowiska lekarskiego uznanych za nieodpowiednich, zbyt zachowawczych, zbyt niezależnych, mających osobisty autorytet i własne poglądy²⁸. Wśród atakujących tradycje przedwojennej psychiatrii polskiej oraz lekarzy z nimi utożsamianych (m.in. J. Mazurkiewicza), a także lekarzy o niezależnych poglądach przodował m.in. dr A. Jus, czego dobitnym przykładem może być jego artykuł, w którym atakuje dorobek prof. Mazurkiewicza i teorię T. Bilikiewicza²⁹. Metody propagowania pawłowizmu i wyższości psychiatrii radzieckiej były pomimo różnic środowiskowych, zgodne z najbardziej bezwzględными metodami i celami propagandy radzieckiej (ich ofiarą stał się K. Dąbrowski), ale jednocześnie eliminowały najbardziej oddanych oraz ideowych pracowników IP (dr A. Jus), o ile to służyło poszerzeniu wpływu lub realizacji zadań wyznaczonych przez kierownictwo (dr I. Hausmanowa). Kolejnym etapem wdrażania systemu centralnego sterowania było (zgodnie z wzorami ZSRR) połączenie PTP i PTN w jedną organizację w 1954 r.³⁰ Autor odnotowuje, że pierwsze wspólne Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Neurologów, Neurochirurgów i Psychiatrów (PTNNiP) odbyło się 13 listopada 1954 r. w Szpi-

²⁸ G. Michalik, *Psychiatria w Polsce*, s. 174–178.

²⁹ A. Jus, *W sprawie teorii etioepigenetycznej*, „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska” 1954, r. 4, nr 3, s. 341, 342.

³⁰ G. Michalik, *Psychiatria w Polsce*, s. 215–220.

talu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Pruszkowie – taką nazwę w 1945 r. nadano szpitalowi psychiatrycznemu w Tworkach (koło Pruszkowa)³¹.

W rozdziale *Odchodzenie od modelu pawłowskiego w psychiatrii polskiej. Odwilż 1955–1956* Michalik opisuje pierwsze sygnały zmian w polskiej psychiatrii, które uwidoczniły się na Prezydium Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia w styczniu 1955 r., podczas którego prof. Jerzy Jakubowski określił przebieg wdrażania pawłowizmu (na przykładzie Akademii Medycznej w Łodzi) jako zbyt nachalny i wywołujący odwrotny skutek od zamierzonego. Przewodniczący Rady Naukowej Marcin Kacprzak sugerował umiar we wprowadzaniu zmian, co zostało odebrane jako pewne przyzwolenie dla odejścia od dotychczasowej obowiązującej doktryny. Już w czerwcu 1955 r. dyskutowano m.in. kwestię polityki wydawniczej PZWL w obszarze psychiatrii, jej zgodności z pawłowizmem oraz zagadnienia nadmiernej ideologizacji nauki. Autor zaprezentował wypowiedź jednego z uczestników doc. dr. Zygmunta Grynberga, odwołującą się do III Plenum PZPR (autor nie precyzuje, że chodzi o III Plenum Komitetu Centralnego PZPR, w dniach 21–24 stycznia 1955 r.), w kontekście oddolnej krytyki „błędów i wypaczeń” w realizacji „zasadniczo słusznej linii partyjnej” oraz walki z freudyzmem i kosmopolityzmem w psychiatrii, która według niego była przesadzona³². W prasie medycznej, w tym zwłaszcza w „Służbie Zdrowia”, która stanowiła oficjalną trybunę do prezentacji aktualnie obowiązujących poglądów kierownictwa MZ, zaczęły się ukazywać artykuły i relacje z dyskusji nad wypaczeniami w realizacji i wdrażaniu nauk pawłowskich w psychiatrii i medycynie polskiej³³, natomiast w maju 1956 r. „Służba Zdrowia” zamieściła artykuł o XX Zjeździe KPZR (odbył się on w dniach 14–25 lutego 1956 r., a w jego trakcie Nikita Chruszczow zaprezentował tajny referat, „O kulcie jednostki i jego następstwach”), który zapowiadał „odwrót od kultu jednostki”. Warto dokładnie przyjrzeć się sekwencji tych zdarzeń, żeby przekonać się do jakiego stopnia liberalizacja stosunków społeczno-politycznych w latach pięćdziesiątych była planowana przez władze państwowe i partyjne oraz w jakim stopniu były to zmiany koordynowane, inicjowane w Moskwie, a następnie realizowane w państwach satelickich, jak PRL, oraz jak przekładało się to na różne dziedziny życia społecznego. Autor podkreśla, że w tym okresie, w sposób planowy, został złagodzony ton artykułów poświęconych psychologii, psychiatrii zachodniej, w tym psychiatrii i psychologii amerykańskiej, a nawet przyznano, że błędem była likwidacja Instytutu Higieny Psychiczej oraz Wyższej Szkoły Higieny Psychiczej. Od władz oczekiwano

³¹ *Sprawozdanie ze wspólnego Walnego Zgromadzenia Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego odbytego w dniu 13 XI 1954 r. w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Pruszkowie*, „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska” 1955, r. 5, nr 2, s. 225–226.

³² G. Michalik, *Psychiatria w Polsce*, s. 223–224.

³³ *Nauki XX Zjazdu*, „Służba Zdrowia” 1956, r. 8, nr 14, s. 2.

przyznania się i skorygowania tego błędu, o co wносиła część środowiska lekarzy psychiatrów od kilku lat. W czerwcu 1956 r. „Służba Zdrowia” opublikowała artykuł prof. T. Bilikiewicza, w którym odpowiadał na zarzuty, dotyczące jego osoby i teorii etioepigenezy, formułowane od kilku lat oraz skrytykował otwarcie „klatkierów Pawłowa oraz lansowanie pawłowizmu, które doprowadziło do swoistej scholastyki i skostnienia nauki”³⁴. Jego wypowiedź można było potraktować jako bezpośrednią ocenę działalności propagandowej Instytutu Psychoneurologicznego. Autor przytacza, jako przykład i sygnał liberalizacji w życiu naukowym, fakt wznowienia oficjalnych kontaktów zagranicznych z psychiatrią zachodnią, czego wyrazem był udział polskiej delegacji, z prof. Janem Wolańskim, jako przedstawicielem MZ, w dziewiątym dorocznym spotkaniu Światowej Federacji Zdrowia Psychicznego w 1956 r. w Berlinie Zachodnim. Prawdziwym przełomem, jak słusznie podkreśla Michalik, w odchodzeniu od pawłowizmu był Zjazd Naukowy Neurologów, Neurochirurgów i Psychiatrów w Poznaniu w dniach 29 listopada – 1 grudnia 1956 r. (po wypadkach Polskiego Października), na który zaproszono z Paryża dr Eugeniusza Minkowskiego, a w trakcie Zjazdu zadeklarowano rozpoczęcie „nieskrępowanego okresu rozwoju nauki polskiej”, słowami wypowiedzianymi oficjalnie przez przewodniczącego komitetu organizacyjnego prof. Anatola Dowżenkę³⁵.

W trakcie Zjazdu odbyło się III Walne Zgromadzenie PTNNiP, na którym skrytykowano pawłowizm jako doktrynę, a dr Oskar Bielawski złożył wniosek formalny o rozdzielenie psychiatrii od neurologii i neurochirurgii, zrehabilitowania higieny psychicznej i wprowadzenia zasady wybieralności członków Rady Naukowej przy MZ. Padły wnioski o obsadzanie stanowisk kierowniczych w psychiatrii w trybie konkursowym, a nie w trybie mianowania oraz zarzut „komenderowania nauk z Pruszkowa”. Autor w sposób ciekawy oddaje gorącą atmosferę tego Zjazdu, podczas którego uczestnicy formułowali postulaty m.in. jawności w życiu naukowym, zarzuty wobec PZWL, dotyczące: forsowania dyskryminacyjnej polityki wydawniczej (J. Gallus) i preferowania pawłowizmu, tajnej krytyki (wobec prof. T. Bilikiewicza), cenzury (psychiatria dziecięca), obrażania przedwojennej psychiatrii polskiej i wiele innych zarzutów. Publicznie poddano też w wątpliwość wiele metod radzieckiej psychiatrii, wdrażanych w okresie 1950–1954. Pomimo emocjonalnego przebiegu oraz zarzutów kierowanych wobec konkretnych osób, odpowiedzialnych za sytuację w polskiej psychiatrii, dyskusja, która się odbyła w trakcie Zjazdu miała charakter merytoryczny i rozliczeniowo-programowy. W efekcie, w dniu 9 kwietnia 1957 r. Nadzwyczajne Walne Zebranie Towarzystwa w Gdańsku zdecydowało większością głosów

³⁴ T. Bilikiewicz, *Odpowiedź na artykuł prof. dr Andrzeja Jusa „W sprawie teorii etioepigenezy”* („*Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska*” 1954, nr 3), „*Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska*” 1956, r. 6, nr 1, s. 93–106.

³⁵ G. Michalik, *Psychiatria w Polsce*, s. 234.

o rozdzieleniu PTNNiP na Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz PTNiN oraz skrytykowano politykę redakcyjną „Neurologii, Neurochirurgii i Psychiatrii Polskiej” („NNiPP”) za nieodpowiedni dobór artykułów, preferowanie nauki Pawłowa, nadreprezentację artykułów radzieckich, sporadyczne streszczenia artykułów zachodnich³⁶. Symboliczną klamrę okresu stalinowskiego w polskiej psychiatrii stanowić może artykuł Feliksa Kaczanowskiego, wydrukowany w „Neurologii, Neurochirurgii i Psychiatrii Polskiej” w 1958 r., w którym dr Kaczanowski, jako autor jednego ze „słynnych referatów ideologicznych” na Zjeździe w Gdańsku w 1949 r. pozytywnie pisze o „pierwszej polskiej szkole psychiatrii Mazurkiewicza, opartej o współczesny neojacksonizm”³⁷. W podsumowaniu rozdziału Grzegorz Michalik celnie charakteryzuje merytoryczne podstawy procesu zmian w nauce polskiej, w tym medycynie i psychiatrii, które polegały na odrzuceniu doktryny pawłowizmu, jako podstawy interpretacji wszystkich mechanizmów fizjologicznych i patofizjologicznych, w tym wyższych czynności nerwowych, rehabilitacji przedwojennej szkoły psychiatrii prof. J. Mazurkiewicza, dopuszczeniu do głosu oraz do publikacji zasłużonych psychiatrów polskich, czego przykładem stało się opublikowanie podręcznika prof. T. Bilikiewicza (wraz z rozdziałem zawierającym jego teorię etioepigenezy), rehabilitacja psychologii oraz dopuszczenie możliwości prowadzenia badań psychologicznych, które były w Polsce zakazane w czasach stalinowskich za przykładem radzieckim. Jak autor starał się wykazać, odwilż w nauce polskiej miała charakter kontrolowany (od 1955 r. była inicjowana przez struktury i gremia związane z MZ), a dowodem pośrednim na utrzymywanie kontroli i pełnej decyzyjności nad zmianami przez MZ jest m.in. brak reaktywacji ruchu higieny psychicznej, pomimo wniosków i postulatów środowiska lekarskiego. Należy jednak podkreślić, że nauka, w tym psychiatria polska, przetrwały najtrudniejszy, stalinowski okres propagandy i represji oraz odblokowane zostały podstawowe mechanizmy hamujące swobodę badań, wymiany informacji i dyskusji naukowej, w tym kontakty i dialog z psychiatrią zachodnią. Przy wszystkich zmianach, świadczących o liberalizacji w życiu naukowym i społeczno-politycznym zachowana została dominująca rola partii, ideologii socjalistycznej oraz mechanizm centralnego planowania w medycynie, w oparciu o MZ, które przekładały się na sytuację leczenia i opieki psychiatrycznej w przyszłości.

W kolejnym rozdziale *Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki psychiatrycznej zamkniętej w Polsce w latach 1945–1948* Michalik charakteryzuje dwa modele ubezpieczeń społecznych, funkcjonujące w Europie – jeden zainicjowany przez Bismarcka w drugiej połowie XIX w., opierający się na prywatnych kasach chorych, który nie był powszechny, a opieka ambulatoryjna opierała się

³⁶ Ibidem, s. 246.

³⁷ F. Kaczanowski, *W X rocznicę śmierci*, „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska” 1958, r. 8, nr 3, s. 377–380.

na w większości prywatnych przychodniach, oraz model Publicznego Systemu Zdrowia w Wielkiej Brytanii (National Health System), wprowadzony w 1948 r., opierający się na finansowaniu całości zadań służby zdrowia przez system publiczny. Autor, pisząc o systemach służby zdrowia w krajach satelickich ZSRR, stwierdził, że obowiązywał w nich model m.in. Nikołaja Siemaszki z lat dwudziestych, a zastosowane w nim rozwiązania były podobne do angielskiego systemu NHS. Wydaje się jednak, że uwaga nie powinna sugerować wykorzystania przez N. Siemaszkę rozwiązań brytyjskich, skoro system NHS powstał dopiero w 1948 r.³⁸ W omawianej publikacji brakuje pełniejszego odniesienia się autora do sytuacji w przedwojennej opiece zdrowotnej. System zdrowotny w przedwojennej Polsce opierał się na przyjętej w styczniu 1919 r. ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym, obejmującej ubezpieczeniem pracowników najemnych, a którego finansowanie odbywało się w ramach systemu Kas Chorych. System ubezpieczeń zdrowotnych nie miał charakteru powszechnego, a duża część populacji kraju korzystała z pomocy częściowo odpłatnych, samorządowych szpitali i ośrodków zdrowia, a także jednostek prowadzonych przez stowarzyszenia i fundacje (m.in. przez związki wyznaniowe, chrześcijańskie, żydowskie) oraz prywatne inicjatywy filantropijne. Należy podkreślić, że dostęp do specjalistycznej pomocy medycznej był w Polsce przedwojennej mocno utrudniony nie tylko ze względu na biedę, ale także ze względu na małą liczbę lekarzy – w sumie około 13 tysięcy w 1939 r., którzy pracowali w szpitalach lub innych jednostkach ochrony zdrowia i prowadzili jednocześnie prywatne praktyki lekarskie. Pomiędzy 1945 r. a 1948 r. ochrona zdrowia w Polsce była wciąż wielosektorowa i nie była skalona. System psychiatrycznej opieki zdrowotnej funkcjonował do końca 1948 r. w oparciu o dotychczasowy, przejściowy model. Zmiany nastąpiły po przyjęciu Ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, wzorowanej na modelu radzieckim, która była wdrażana w Polsce od 1949 r. Czynnikiem, na który zwracały uwagę różne podmioty oficjalne (w analizowanym przez autora okresie) był brak wiarygodnych danych statystycznych dotyczących liczby pacjentów w zakładach psychiatrycznych, w efekcie dane MZ różniły się od danych podawanych w publikacjach środowiskowych. Statystyki różniły się znacząco jeszcze w 1952 r., kiedy dyrektor Wydziału Zdrowia Psychicznego MZ skarżył się na brak wiarygodnych danych ze szpitali psychiatrycznych. Zgodnie z ankietą prowadzoną w 1946 r. przez MZ, w analizowanym roku działały 24 zakłady i oddziały dla chorych psychicznie, a liczba łóżek wynosiła około 10 600 (z czego zajętych była połowa)³⁹. Według źródła wskazanego przez autora szacowano, że liczba łóżek psychiatrycznych realnie spadła w Polsce o blisko połowę pomiędzy rokiem 1938 a 1948⁴⁰.

³⁸ G. Michalik, *Psychiatria w Polsce*, s. 253–254.

³⁹ Ibidem, s. 267.

⁴⁰ *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1945–1967*, Warszawa 1969, s. 34, 35.

Redukcja liczby łóżek psychiatrycznych po wojnie była związana nie tylko ze zniszczeniami wojennymi, ale także ze zmianą przeznaczenia części obiektów psychiatrycznych na inne cele. Pomimo zmniejszenia liczby łóżek psychiatrycznych, liczba pacjentów przypadających na jedno łóżko w szpitalach była po wojnie podobna, ze względu na fakt wymordowania przez Niemców pacjentów psychiatrycznych oraz ogólny spadek liczby ludności Polski powojennej, wywołany stratami podczas okupacji. Szacowano jednocześnie, że realna liczba łóżek szpitalnych w psychiatrii jest o połowę za mała, wobec rzeczywistych potrzeb, a w dodatku rozmieszczenie szpitali nie było równomierne, co powodowało dodatkowe problemy organizacyjne, nasilające się w kolejnych latach. Najkorzystniejsza sytuacja, pod względem dostępności szpitalnych łóżek psychiatrycznych panowała w dużych miastach, a najbardziej zaniedbane pozostawały tereny wschodnie. Powstaje wątpliwość dotycząca celowości używania w recenzowanej publikacji określenia „chronicy” – było ono stosowane przez autora dość konsekwentnie, np. kiedy pisze o wymordowaniu przez okupanta „chroników”, przebywających w zakładach przez wiele miesięcy⁴¹. Określenie to jest archaicznym już kolokwializmem, nie dość, że jest to określenie nieprecyzyjne, to współcześnie nie jest używane. Liczba pacjentów psychiatrycznych zwiększała się w miarę stabilizacji sytuacji w kraju – w latach 1945–1948 zwiększyła się ponad trzykrotnie, zwłaszcza w 1946 r. oraz po wprowadzeniu bezpłatnej opieki zdrowotnej w 1948 r., jako pewna konsekwencja upaństwowienia szpitali (z ustawy wyłączono rolników, którzy zostali objęci systemem ubezpieczeń społecznych na mocy ustawy dopiero w 1972 r., a ich rodziny w 1977 r.). Autor cytuje opinię dr. Jana Jaroszewskiego, który wskazuje, że w okresie powojennym znacząco wzrosła liczba chorób psychicznych, w konsekwencji urazów psychicznych, alkoholizmu oraz zaburzeń psychicznych w przebiegu chorób wenerycznych⁴². Warto jednak uściślić, że jedyną chorobą weneryczną, w której przebiegu występują objawy zaburzeń psychicznych jest kiła układu nerwowego. Do istotnych problemów psychiatrii powojennej należał brak lekarzy psychiatrów, w 1947 r. wg J. Gallusa w psychiatrycznych jednostkach zamkniętych pracowało 80 lekarzy psychiatrów, a średnio jeden lekarz przypadał na blisko 100 pacjentów. Zainteresowanie specjalizacją z psychiatrii było stosunkowo niewielkie, więc sytuacja ta nie ulegała znaczącej poprawie w kolejnych latach. Autor podnosi też kwestię niskiego poziomu etycznego i braku przygotowania wśród pracowników zamkniętych ośrodków psychiatrycznych, a nawet braku kwalifikacji lekarskich wśród kadry kierowniczej szpitali psychiatrycznych. Podobna sytuacja dotyczyła średniego personelu medycznego, w tym pielęgniarzy i pielęgniarek.

Szpitalne psychiatryczne borykały się z dużymi problemami finansowymi, organizacyjnymi, lokalowymi oraz z trudnościami w ściąganiu opłat od pacjentów

⁴¹ G. Michalik, *Psychiatria w Polsce*, s. 265.

⁴² Ibidem, s. 268.

nieubezpieczonych, a koszty utrzymania pozostawały niedoszacowane, co powodowało rosnące zadłużenie szpitali. Zaniedbanym i nierozwiązanym problemem pozostawała psychiatria dziecięca, której sprawę podejmowała bezskutecznie m.in. Helena Bogusławska już w listopadzie 1945 r. na Konferencji w Tworkach. Szpitale psychiatryczne dla dzieci właściwie nie istniały, a dzieci często były hospitalizowane, następnie przebywały i były leczone na tych samych oddziałach co pacjenci dorośli. Zasadniczym jednak problemem leczenia psychiatrycznego w okresie powojennym była przede wszystkim ograniczona skuteczność używanych metod terapeutycznych oraz brak leków psychiatrycznych. Michalik omawia różne kategorie preparatów przekazanych w 1945 r. przez UNRRA do leczenia alkoholików, wymieniając szereg nie stosowanych współcześnie grup preparatów, w tym, jak pisze, „preparaty oparte o sero- i autoseroterapię” oraz stosuje kategorię ogólną opisującą wyciągi gruczołów wewnętrznego wydzielania, środki tonizujące czy narkotyczne (uspokajające), które określa jako „chemioterapia”⁴³. Fragment ten jest niejasny, wymagałby rozwinięcia i wyjaśnienia, gdyż współczesne nazewnictwo środków terapeutycznych nie uwzględnia takiego podziału i może wprowadzać w błąd. Autor pisze dalej, że metodami terapeutycznymi stosowanymi w tym okresie w polskich zakładach psychiatrycznych były metody fizykalne: wstrząsy elektryczne i hipoglikemiczne – m.in. w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej UJ. W szpitalu w Drewnicy stosowano wstrząsy kardiazolowe (lub pentetrazolowe) oraz leczenie malarią, w Międzyrzeczu-Obrzycach naświetlania lampą kwarcową⁴⁴. Tu też konieczny jest komentarz, gdyż wstrząsów hipoglikemicznych, kardiazolowych oraz leczenia malarią nie zalicza się do współcześnie rozumianych „metod fizykalnych”. W 1947 r. rozpoczęto w Polsce próby z elektronarkozą i elektrowstrząsami, a od 1948 r. dr Stanisław Cwynar podjął leczenie pacjentów elektronarkozą w szpitalu w Kobierzynie, co ciekawe, łączył elektronarkozę z psychoterapią. Otrzymał obiecujące wyniki w leczeniu pacjentów opornych na inne metody terapeutyczne, w tym w leczeniu schizofrenii i psychoz inwolucyjnych. Dr J. Jaroszewski podkreślał skuteczność stosowania elektrowstrząsów w leczeniu depresji, którą to metodę stosuje się do dnia dzisiejszego w przypadku pacjentów opornych na inne metody leczenia. Autor stwierdza, że oprócz elektrowstrząsów stosowano metody fizjoterapeutyczne: wodolecznictwo, światłolecznictwo, diatermię (prądem elektrycznym) i promieniami Roentgena. Ze względu na historyczny charakter zastosowania większości tych metod w psychiatrii (prócz światłolecznictwa- czyli fototerapii) należałoby się do nich krótko odnieść w komentarzu, zwłaszcza do stosowania i kwalifikacji przez autora (jako metody fizjoterapeutycznej) naświetlania promieniami Roentgena pacjentów leczonych psychiatrycznie, co jest z naszego współczesnego punktu widzenia metodą nieskuteczną, skraj-

⁴³ Ibidem, s. 279–285.

⁴⁴ Ibidem, s. 280.

nie szkodliwą i szalenie kontrowersyjną. Michalik zwraca uwagę, że jednymi z największych problemów psychiatrii powojennej było finansowanie kosztów leczenia i utrzymania szpitali, które w planowanej centralnie polityce zdrowotnej były traktowane drugorzędnie, natomiast priorytetem budżetowym była sytuacja epidemiczna i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, w tym przede wszystkim gruźlicy i chorób wenerycznych.

W kolejnym rozdziale *Organizacja i funkcjonowanie psychiatrycznej opieki zamkniętej w latach 1948–1956* autor zajmuje się problematyką szpitalnictwa psychiatrycznego. Jednym z problemów, który od 1950 r. stawał się coraz istotniejszy była zbyt mała liczba łóżek psychiatrycznych. Błędy centralnego planowania spowodowały konieczność zwiększania liczby łóżek dodatkowych, aranżowanych, często w warunkach nieodpowiednich, co mogło wpływać na zagrożenie higieniczne i spadek efektywności leczenia. W podsumowaniu wykonania Planu sześcioletniego w marcu 1956 r. stwierdzono niedobór 5134 łóżek etatowych. Odzwierciedleniem tej trudnej sytuacji był list psychiatrów polskich z 1 grudnia 1956 r., wystosowany do Prezydium Rady Ministrów PRL i KC PZPR, o katastrofalnym stanie lecznictwa psychiatrycznego. Trudna sytuacja panowała w zamkniętej opiece psychiatrycznej dziecięcej, a pogorszyła ją likwidacja Instytutu Higieny Psychiczej na początku 1950 r. W 1953 r. brakowało ok. 2700 łóżek na oddziałach dla pacjentów małoletnich, a psychiatria dziecięca była jedną z najbardziej zaniedbanych dziedzin psychiatrii. Autor wskazuje, że największe niedobory łóżek szpitalnych psychiatrycznych występowały w tym okresie w następujących województwach: olsztyńskim, rzeszowskim, lubelskim. Michalik zalicza je do „województw wschodnich”, z czym trudno się do końca zgodzić, gdyż na przykład województwo białostockie nie należało w tym rankingu do województw z małą liczbą łóżek, z kolei województwo olsztyńskie nie należy do województw wschodnich. W dalszej części autor pisze, że podział ten pokrywał się z podziałem rozbiorowym, „tereny wschodnie wchodziły niegdyś do Rosji, gdzie sieć szpitalna była najgorzej rozwinięta”⁴⁵. Pozostaje znów jako wyjątek teren województwa olsztyńskiego, którego przeważający obszar nie należał do Rosji, a do Prus, oraz paradoks województwa białostockiego, z relatywnie dużą liczbą łóżek, na terenie którego działał szpital psychiatryczny w Choroszczu, więc nie należało ono do najbardziej zaniedbanych. Można też podać w wątpliwość przynależność województwa kieleckiego do południowo-wschodnich rejonów Polski⁴⁶. Z danych prezentowanych przez autora wynika, że deficyt łóżek wywołany był przyrostem liczby pacjentów z ciężkimi schorzeniami psychicznymi, których schorzenia wymagały długotrwałej hospitalizacji. Zgodnie ze sprawozdaniami zbiorczymi z działalności zakładów psychiatrycznych w latach 1951–1958, (wg rozpoznania) większość chorych – 57% – stanowili pacjenci

⁴⁵ Ibidem, s. 307.

⁴⁶ Ibidem, s. 308.

cierpiący na schizofrenię. Według dr E. Wilczkowskiego w 1955 r. na choroby psychiczne cierpiało 3‰ mieszkańców Polski, natomiast opieki psychiatrycznej potrzebowało ok. 75 tys. osób (nie licząc nerwic), z czego w szpitalach przebywało ok. 22 tysięcy pacjentów, a więc opieką psychiatryczną objętych było ok. ¼ potrzebujących pomocy. Autor przywołuje decyzję Kolegium MZ z 17 września 1952 r., w ramach której przyjęto rozporządzenie o „Profilizacji szpitali” na zakłady detencyjne dla przewlekłe chorych oraz placówki dla lżejszych przypadków, a w latach kolejnych próbowano przesunąć z przyczyn budżetowych pacjentów chorych przewlekłe do zakładów opieki społecznej, finansowanych z budżetu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej (MPiOS), lecz zakłady opieki odmówiły przyjmowania pacjentów ze względu na brak miejsc. Dostrzegano wciąż nierozwiązany problem psychiatrii dziecięcej, a projekt zmian w tej dziedzinie przygotowany w 1954 r. został skonsultowany ze specjalistką radziecką dr Anną Samską, która w lutym 1955 r. proponowała zmiany organizacyjne, w tym: powiększenie liczby łóżek psychiatrycznych dziecięcych, utworzenie miejsc w zakładach MPiOS oraz wysłanie polskich lekarzy psychiatrów do ZSRR, na specjalizację z psychiatrii dziecięcej. W związku ze znacznym wzrostem liczby pacjentów w lecznictwie psychiatrycznym, od 1950 r. (średnio 2000 nowych pacjentów rocznie) odnotowano pogłębiający się deficyt liczby wykwalifikowanego personelu medycznego. Oszacowano, że w 1955 r. brakowało 343 lekarzy, aby móc realizować założone cele lecznicze. Zgodnie z informacjami przywołanymi przez autora, Instytut Psychoneurologiczny organizował kursy dokształcające dla lekarzy psychiatrów, ale nie cieszyły się one dużą frekwencją ze względu na ich znaczne obciążenia pracą. W 1950 r. na jednego psychiatrę w szpitalach psychiatrycznych przypadało 125 łóżek, a w lipcu 1952 r. jeden lekarz przypadał średnio na 100 pacjentów, przy około 159 lekarzach pracujących. Istotnym problemem lecznictwa psychiatrycznego w tym okresie było rosnące zadłużenie, głównie z tytułu zaległych, nieopłaconych przez MZ kosztów leczenia pacjentów. Z tego tytułu MZ, w lutym 1950 r. zwracało się do Kancelarii Rady Państwa o dodatkowe kredyty na pokrycie długów szpitali psychiatrycznych. Wzrost długów spowodowany został wzrostem liczby chorych, niedoszacowaniem norm żywieniowych, a w latach późniejszych także wzrostem kosztów leczenia wywołanych wprowadzeniem nowych leków. Sytuacja finansowa w psychiatrii zaczęła się poprawiać na początku 1956 r.⁴⁷ O ile rola Instytutu Psychoneurologicznego we wdrażaniu i propagandzie pawłowizmu była oceniana bardzo krytycznie, to działania lecznicze i organizacyjne, w tym m.in. opracowanie instrukcji przyjmowania i wypisywania chorych, odegrało istotną rolę praktyczną i przyczyniło się do usprawnienia systemu lecznictwa psychiatrycznego, w sytuacji braku ustawowej podstawy prawnej⁴⁸.

⁴⁷ Ibidem, s. 342, 343.

⁴⁸ *Instrukcja Ministerstwa Zdrowia w sprawie przyjmowania i wypisywania chorych ze szpitali*

W ramach rozdziału *Organizacja i funkcjonowanie psychiatrycznej opieki zamkniętej w latach 1948–1956* autor wyodrębnił podrozdział *Metody leczenia*, w którym opisał dwie fazy procesu zmian zachodzących w lecznictwie psychiatrycznym, nie wskazując jednak wyraźnej cezury czasowej (co pozwala przyjąć, że metody te współistniały), pierwszą fazą było wprowadzanie metod radzieckich oraz ograniczanie niektórych metod uznanych za niezgodne z „pawłowską psychiatrią”, w tym metod psychologicznych, psychoterapii, elektrowstrząsów, leukotomii. Taka sytuacja utrzymywała się do 1956 r. Później rozpoczął się odwrót od metod pawłowskich, spowodowany rezygnacją z metod motywowanych ideologicznie oraz większą swobodą w wyborach terapeutycznych, a także stopniowym wprowadzaniem nowych leków – „rezerpiny i largaktylu”⁴⁹ (uproszczone nazwy potoczne preparatów), powinno być: rezerpiny i chlorpromazyny (nazwy substancji czynnych) lub Serpasilu i Largactilu (prawidłowe nazwy preparatów). Wśród metod stosowanych w tym okresie Michalik omawia metodę snu przedłużonego, szeroko stosowaną w ZSRR, gdzie jako środek nasenny stosowano (wg autora) „amitalnatrium”⁵⁰, zapewne chodzi o nazwę handlową amobarbitalu – amytał natrium (pisaną jednak rozdzielnie), która należy do jednego ze starszych leków z grupy barbituranów. Terapię snem przedłużonym łączono z insuliną, zgodnie z metodą Iwanowa-Smołęńskiego, i w ten sposób zaliczano ją do metod leczenia „aktywnego”. Wśród metod zalecanych, zgodnych z ideologią radziecką, szczególnie miejsce przypisywano terapii pracą – metoda ta cieszyła się znaczącym poparciem w czasach socjalizmu, jako przejaw nowego, humanistyczno-socjalistycznego podejścia do pacjentów. W rzeczywistości metoda ta była znana co najmniej od XIX w. i stosowana w Polsce dość szeroko w okresie przedwojennym. Paradoksem zdaje się być jednak fakt, iż pacjenci przebywający w szpitalach długotrwale, w okresie powojennym byli wykorzystywani do prac uciążliwych, bez żadnego związku z terapią, o czym zdają się świadczyć raporty kontrolne np. odnośnie szpitala w Gostyninie, gdzie chorzy byli zmuszani m.in. do prac polowych, bez zapewnienia właściwych warunków terapeutycznych, czy opiekuńczych.

Inną kategorią metod terapeutycznych, wzorowanych na metodach radzieckich, były eksperymentalne próby leczenia tkankowego, w tym m.in. próby leczenia za pomocą, jak pisze autor, „przeszczepiania tkanek błon płodowych”⁵¹, które jest określeniem nieprecyzyjnym. Próby te były prowadzone w 1949 r. w Szpitalu w Rybniku u dzieci z moczeniem nocnym, na tle zaburzeń nerwicowych. W 1952 r. Warszawskie Zakłady Farmaceutyczne przygotowały, jak pisze Michalik, „wodny wyciąg łożyska”, który był przeznaczony do iniekcji pod-

psychiatrycznych, nr 120/52, „Dziennik Zdrowia” 10.12.1952, nr 24, poz. 240, s. 183, 184.

⁴⁹ G. Michalik, *Psychiatria w Polsce*, s. 349.

⁵⁰ Ibidem, s. 349.

⁵¹ Ibidem, s. 358.

skórnych⁵². Określenie iniekcje podskórne zdaje się świadczyć o przygotowaniu roztworu w soli fizjologicznej, a nie w roztworze wodnym, ale przykład ten wymaga dokładniejszego opisu. Autor cytuje pozytywną opinię „o skuteczności terapeutycznej preparatu w padaczce pourazowej, halucynozie alkoholowej, otępieniu alkoholowym, ale brak poprawy w schizofrenii i chorobie Alzheimera”, co również wymagałoby szerszego komentarza. Poniżej Michalik pisze, że pomimo ataków na metodę elektrowstrząsów, stosowano ją nadal, a od 1951 r. w Klinice Psychiatrycznej AM we Wrocławiu leczono schizofrenię elektrowstrząsami z podawaniem „wodnika chloralu”⁵³. Tu zapewne autor miał na myśli wodzian chloralu. Autor relacjonuje postawę psychiatrów polskich, którzy niezależnie od propagandy pawłowizmu dystansowali się wobec wprowadzania metod psychoterapeutycznych w lecznictwie zamkniętym, a także widzieli metody psychologiczne jako element wspomagający, a nie równorzędny oraz podkreśla, że nawet prof. J. Mazurkiewicz przyznawał nadrzędną rolę psychiatrii klinicznej⁵⁴. Sformułowania Michalika brzmią jak zarzuty, podczas gdy także współcześnie w leczeniu ciężkich psychoz nie traktuje się metod psychologicznych jako metod równorzędnych z farmakoterapią, ordynowaną przez psychiatrę. O wyborze metody decydują wskazania, przebieg schorzenia, ograniczenia stosowania oraz ocena potencjalnego zysku w odniesieniu do ryzyka wyboru terapii w procesie leczenia konkretnego pacjenta. Również powiązanie faktów oraz interpretacja autora zawarta w zdaniu „Zdystansowanie się polskich psychiatrów od psychologii można również postrzegać w kontekście pojawienia się na początku lat pięćdziesiątych XX w. nowych skutecznych leków psychotropowych”⁵⁵ wydaje się zbyt daleko idąca. Odkrycie nowych leków na początku lat pięćdziesiątych doprowadziło do przełomu terapeutycznego w psychiatrii, a co za tym idzie, to właśnie na tych metodach skoncentrowała się uwaga środowiska, lecz nie świadczyło to o celowej marginalizacji psychologii. Jednocześnie należy dodać, że metody psychologiczne nie miały, ani nie mają współcześnie w pełni równorzędnej pozycji wobec farmakoterapii, w znaczeniu, że nie są to metody alternatywne i w pełni zastępowalne w każdej sytuacji terapeutycznej i u każdego pacjenta. Współcześnie (zgodnie ze standardami Evidence Based Medicine, czyli Medycyny Opartej na Faktach) częściej traktuje się metody psychologiczne jako komplementarne w stosunku do farmakoterapii (np. w depresji), ale w zaburzeniu panicznym to właśnie psychoterapia, a nie farmakoterapia jest metodą z wyboru. Natomiast trudno mówić o nierównorzędnej pozycji tych metod, tym bardziej nieuzasadnione byłoby wskazanie na „gorszość” psychoterapii, można mówić o odmiennej, często uzupełniającej się roli obu metod leczenia.

⁵² Ibidem, s. 358.

⁵³ Ibidem, s. 362.

⁵⁴ Ibidem, s. 367.

⁵⁵ Ibidem, s. 368.

Wprowadzanie nowych leków przeciwpsychotycznych odbywało się w Polsce z kilkuletnim opóźnieniem i dużymi ograniczeniami dostępności, które były efektem ograniczeń budżetowych oraz wynikały z faktu, że leki te pochodziły początkowo tylko z Zachodu. W krajach Europy Zachodniej chlorpromazyna została wprowadzona do leczenia w latach 1952–1953, w listopadzie 1953 r. zorganizowano w Bazylei konferencję poświęconą temu lekowi, ale względnie szybko, bo już w październiku 1954 r., jedną z pierwszych prób leczenia podjął na terenie Polski T. Bilikiewicz, w Klinice w Gdańsku. W większości pierwszych prób leczenia chlorpromazyną na terenie Polski, leki do badań były dostarczane przez rodziny pacjentów, a dopiero od 1955 r. MZ zaczęło kupować i przydzielać „largaktyl” (nazwa międzynarodowa chlorpromazyny) do szpitali oraz na rynek apteczny. Ilości zaimportowanego leku były jednak zbyt małe w stosunku do potrzeb i wkrótce go zabrakło. Psychiatrizy wnioskowali o uruchomienie produkcji tego leku w Polsce. Drugim lekiem, który przyczynił się do przełomu w leczeniu psychiatrycznym, w latach pięćdziesiątych w Polsce był „serpasil” (nazwa międzynarodowa rezerpina). Pierwsze próby z tym lekiem podjęto w szpitalu w Kobierzynie w 1955 r., gdzie lek ten zastosowano u chorych na schizofrenię (dyr. J. Gallus). Lek szybko zyskiwał na popularności, a nawet w początkowym okresie był bardziej ceniony przez niektórych psychiatrów (T. Bilikiewicz), niż „largaktyl”. Według Michalika „sukcesy w leczeniu ciężkich i przewlekłych psychoz nowymi lekami umocniły w polskiej psychiatrii nurt biologiczny. Psychologia, wobec widocznych efektów terapii farmakologicznej traciła na znaczeniu”⁵⁶. Nie sposób zgodzić się z wnioskiem autora, który zdaje się opierać swoje zdanie na fałszywych przesłankach „równorzędności i zamienności metod psychiatrii i psychologii” w terapii ciężkich psychoz. Natomiast w pełni należy się zgodzić z wnioskiem, że wprowadzenie preparatów chlorpromazyny i rezerpiny było największym przełomem zarówno w zakresie leczenia chorób psychicznych, jak i w zakresie leczenia psychiatrycznego, co więcej, należy podkreślić, że leki te, w przeciwieństwie do większości wcześniej stosowanych metod leczenia psychiatrycznego, pozwalały na podjęcie skutecznego leczenia lub efektywne kontynuowanie leczenia „pacjentów poszpitalnych” w warunkach ambulatoryjnych. Do 1956 r. nie podjęto szerszej próby reformy systemu leczenia psychiatrycznego, co skutkowało brakiem realnej poprawy dostępności do szpitali dla pacjentów na terenie dużej części Polski, ale psychiatria wciąż nie była priorytetem w polityce zdrowotnej MZ. W podsumowaniu rozdziału autor trafnie konkluduje, że psychiatria polska, pomimo że była poddana dużej presji ideologicznej pawłowizmu przetrwała okres propagandy i szybko odrabiała straty wywołane wojną oraz wieloletnią izolacją od psychiatrii zachodniej, w okresie korekty i liberalizacji kursu PZPR. Proces odchodzenia od pawłowizmu oraz dość szybkiej recepcji

⁵⁶ Ibidem, s. 373.

nowych leków psychiatrycznych, nad którymi badania podejmowali przedwojenni psychiatrzy (m.in. T. Bilikiewicz, J. Gallus) wpłynęły na przyspieszenie zmian w polskiej psychiatrii, w tym także w lecznictwie zamkniętym. W efekcie następowały zmiany w innych dziedzinach i stopniowa liberalizacja stanowiska wobec metod psychologicznych w psychiatrii oraz uruchomiono proces stopniowej zmiany koncepcji i zadań szpitala psychiatrycznego - z ośrodka detencyjnego w zakład leczniczy.

W rozdziałach *Organizacja i funkcjonowanie lecznictwa otwartego psychiatrycznego w Polsce w latach 1945–1950* oraz *Organizacja i funkcjonowanie lecznictwa otwartego psychiatrycznego w Polsce w latach 1950–1956* autor opisuje najpierw system opieki ambulatoryjnej, który aż do końca 1949 r. w dużym stopniu opierał się na działalności oraz strukturze poradni funkcjonujących, w ramach Państwowego Instytutu Higieny Psychicznej (PIHP). PIHP jako pierwsza jednostka naukowo-badawcza (poza jego podstawową działalnością terapeutyczną i dydaktyczną), podjął w powojennej Polsce badania ankietowe wśród młodzieży w wielu regionach Polski, w celu próby określenia wpływu doświadczeń wojennych na tę populację⁵⁷. Wyniki wskazywały na bardzo duży procent zaburzeń w powojennej w populacji dzieci i młodzieży – w ich przebiegu częstość występowania zaburzeń psychicznych i nerwowych określono na 31%, a różne formy objawów deklarowało ponad 80% pytanych⁵⁸. Problematyka opieki psychologicznej nad dziećmi była szczególnie ważna z punktu widzenia działalności ambulatoryjnej Instytutu oraz łączyła się z kompetencjami innych podmiotów. Autor wspomina, że na polu opieki nad dziećmi „niedorozwiniętymi, [...] i upośledzonymi” (archaiczne określenia – współcześnie używa się określenia „niepełnosprawne intelektualnie”), działał Instytut Pedagogiki Specjalnej (na podstawie Rozporządzenia MZ z 3 sierpnia 1936 r.), jednak Michalik nie rozwija tej problematyki badawczej, pomimo że wydaje się ona istotna z punktu widzenia opieki i psychologii wychowawczej, a także ze względu na działalność zasłużonej psycholog Marii Grzegorzewskiej. Kolejnym środowiskiem, które miało zajmować się edukacją i wychowaniem dzieci „opóźnionych i niedorozwiniętych umysłowo” było Ministerstwo Oświaty, a dokładniej Referat Szkolnictwa Specjalnego i Referat Opieki Specjalnej, której to działalności autor nie opisuje. Inną ważną płaszczyzną działalności PIHP było leczenie alkoholików, które było realizowane w ramach poradnictwa otwartego. Problem alkoholizmu, a także zagrożenie alkoholizmem u młodocianych stawał się w okresie powojennym istotnym problemem społecznym, w rozwiązanie którego angażowały się organizacje społeczne (m.in. Towarzystwo Trzeźwość) i Kościół katolicki, ale od połowy 1947 r.

⁵⁷ Ibidem, s. 380.

⁵⁸ M. Kaczyńska, *Psychiczne skutki wojny wśród dzieci i młodzieży w Polsce (referat wygłoszony na II Zjeździe Higieny Psychicznej w Zagórz w 1947 r.)*, „Zdrowie Psychiczne” 1946, r. 1, nr 1, s. 50–69.

państwo zaczęło przejmować inicjatywę w kierowaniu akcjami przeciwalkoholowymi⁵⁹, w związku z budowaniem państwowego systemu opieki zdrowotnej oraz rosnącą ideologizacją w życiu społecznym, co skutkowało traktowaniem alkoholików jako szkodników społecznych, a nie chorych wymagających leczenia⁶⁰. Pomimo wcześniejszych prac, problematykę leczenia alkoholizmu regulowała dopiero Ustawa antyalkoholowa, która weszła w życie dopiero w 1956 r.

Pierwotna koncepcja funkcjonowania ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w powojennej Polsce polegała na odciążaniu szpitali psychiatrycznych, a pod koniec lat czterdziestych pojawiły się pierwsze propozycje organizacji opieki otwartej na wzorach radzieckich, w tym pojawiła się koncepcja powołania Głównej Poradni Zdrowia Psychicznego w Warszawie i poradni centralnych w miastach wojewódzkich. W marcu 1949 r. MZ nakazało tworzenie specjalistycznych przychodni psychiatrycznych, w tym także przychodni przyszpitalnych, dla odciążenia oddziałów zamkniętych, a jednocześnie wytworzenia mechanizmu łączności i współpracy poradni ze szpitalami. W latach 1950–1956 nastąpiła gruntowna przebudowa systemu ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego, do której doszło w wyniku podjęcia decyzji o likwidacji PIHP z dniem 31 grudnia 1949 r. W miejsce Instytutu Higieny Psychicznego 1 stycznia 1950 r. została powołana Główna Poradnia Zdrowia Psychicznego wraz z nową strukturą filii wojewódzkich, których główne zadania to leczenie i profilaktyka w zakresie psychiatrii dzieci i dorosłych (w odróżnieniu od zadań PIHP, który pełnił też funkcje naukowo-badawcze, szkoleniowe, wydawnicze). Od 1950 r. nadzór merytoryczny nad Główną Poradnią Zdrowia Psychicznego przejął Instytut Psychoneurologiczny, który tłumaczył likwidację PIHP m.in. niezgodnością stosowanych przez PIHP metod z pawłowizmem i modelem sowieckiej psychiatrii, propagowaniem przez środowisko IHP metod psychologicznych w diagnostyce i leczeniu, w tym także zakazanych przez psychiatrię sowiecką testów inteligencji u dzieci. Ale lista zarzutów wobec PIHP była znacznie dłuższa i dotyczyła m.in.: korzystania z wzorów amerykańskich higieny psychicznej w poradnictwie psychiatrycznym osób dorosłych, oparciu nauczania w Wyższej Szkole Higieny Psychicznej na wzorcach obcych ideologii socjalistycznej, „obciążeniu balastem idealistycznych przedmiotów, takich jak: psychologia, socjologia, logika, etyka”. Inną kategorię zarzutów stanowiły związki z eugeniką pozytywną (choć faktycznie jej zadania w okresie powojennym, w zakresie poradnictwa przedmałżeńskiego, były realizowane początkowo za zgodą i przy akceptacji MZ). Autor jako wytłumaczenie dla braku protestów ze strony środowiska polskich psychiatrów powojennych wobec likwidacji PIHP wysuwa przypuszczenie, że część środowiska podzielało krytyczny stosunek wobec IHP, a jednocześnie, jak pisze, „Obrona

⁵⁹ G. Michalik, *Psychiatria w Polsce*, s. 393.

⁶⁰ K. Kosiński, *Historia pijaństwa w czasach PRL. Polityka – obyczaje – szara strefa – patologie*, Warszawa 2008.

potępnego Instytutu Higieny Psychiczej mogła ponadto wiązać się z przykrymi konsekwencjami”⁶¹. Wydaje się, że wnioski autora w tym względzie idą zbyt daleko, gdyż jednocześnie przyznaje on, że brakuje materiałów świadczących o poparciu PTP dla likwidacji PIHP, a z kolei na III Walnym Zgromadzeniu Polskiego Towarzystwa Neurologów, Neurochirurgów i Psychiatrów (PTNNiP) w Poznaniu w grudniu 1956 r., T. Bilikiewicz i L. Korzeniowski zgłosili wniosek o rehabilitację higieny psychicznej oraz rehabilitację naukową i zawodową prof. K. Dąbrowskiego. Pozwala to przypuszczać, że w środowisku panował brak akceptacji dla działań administracyjnych władz MZ, ale istotnie, zmiany polityczne, społeczne i rosnący terror na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych mógł paraliżować bardziej zdecydowane reakcje solidarności zawodowej i społecznej, co można zrozumieć, pamiętając o sytuacji społeczno-politycznej w tym okresie. Powołanie Głównej Poradni Zdrowia Psychicznego i struktury Wojewódzkich Poradni Zdrowia Psychicznego, które podlegały MZ oraz wojewodom, a także zmiana zadań Głównej Poradni na profil leczniczo-profilaktyczny skutkowało ponad dziesięciokrotnym wzrostem liczby porad leczniczych w okresie od 1950 do 1955 r., co wiązano ze zwiększeniem dostępu do poradni zdrowia psychicznego. Autor odnotowuje, że: „Wśród zanotowanych chorób najwięcej było przypadków nerwic oraz alkoholizmu i wynikających stąd psychoz”⁶².

O ile nie może dziwić częstsze występowanie nerwic i uzależnień w statystykach pacjentów zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego, to uogólnione stwierdzenie – sugestia autora, że na ich tle rozwijają się psychozy, wymaga sprostowania. Współcześnie przyjmuje się, że u niektórych pacjentów w przebiegu choroby alkoholowej mogą powstawać psychozy, to jednak uważa się, że nie rozwijają się one na podłożu nerwic. Można jedynie mówić jedynie o ich współwystępowaniu. Autor zwrócił także uwagę na rosnącą w poradniach zdrowia psychicznego liczbę pacjentów pochodzących z miast, cierpiących na zaburzenia nerwicowe. Choć ludność wiejska stanowiła ok. 54% mieszkańców Polski, to nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, a dostęp do poradni był na wsi ograniczony. Statystyki z tego okresu są dość skąpe, niepewne, a ich metodologia nie dość dokładnie opisana, co za tym idzie, trudno wyciągać twarde wnioski, prócz zauważenia pewnych tendencji. W trakcie omawiania metod leczenia stosowanych w poradniach zdrowia psychicznego na Oddziale Terapii Zajęciowej, autor pisze, że: „Stosowano tam ambulatoryjną kurację insulinową, używano insuliny subkomatycznej lub też tzw. małej insuliny”⁶³. Wkradł się tu błąd, gdyż zabrakło w tych sformułowaniach określenia „w dawce”. Rehabilitacja metod psychologicznych rozpoczęła się pod koniec 1955 r. na Krajowej Naradzie Psychiatrów w Tworkach, która odbyła się w dniach 10–11 grudnia 1955 r. (autor pisze na

⁶¹ G. Michalik, *Psychiatria w Polsce*, s. 401

⁶² Ibidem, s. 404.

⁶³ Ibidem, s. 415.

przemian Tworki lub Pruszków), na której dyskutowano nad problemami psychiatrii dziecięcej z udziałem asystentów psychiatryczno-społecznych (którzy byli m.in. absolwentami Wyższej Szkoły Higieny Psychiczej), a wśród poruszanych tematów dyskutowano nad potrzebą powrotu do psychologicznych testów diagnostycznych.

W streszczeniu, które jest rodzajem podsumowania znajdujemy kilka nieścisłości. Michalik wymienia „Instytut Psychoneurologiczny w Warszawie”⁶⁴, a z kontekstu wynika, że chodzi o Instytut Psychoneurologiczny w Pruszkowie (lub w Tworkach), a nie Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie został przeniesiony dopiero w 1973 r. Pewne wątpliwości powstają podczas lektury fragmentu, w którym autor pisze o metodach terapeutycznych w psychiatrii i przełomie, jaki się dokonał po wprowadzeniu nowej generacji leków psychiatrycznych w latach pięćdziesiątych: „Były one stopniowo wdrażane w Polsce i stanowiły konkurencję wobec tradycyjnych metod leczenia”. Możemy się domyślać z lektury wcześniejszych rozdziałów jakie metody leczenia w psychiatrii końca lat czterdziestych i początku lat pięćdziesiątych może zaliczać autor do „metod tradycyjnych”, ale nie mamy pewności czy mają nimi być elektrowstrząsy, leczenie snem przedłużonym, wstrząsy insulinowe, fizykoterapia, czy też inne metody...? Określenie „tradycyjne metody leczenia” nie jest precyzyjnym terminem i powinno być przez autora zastąpione innym określeniem. Nie sposób w pełni zgodzić się z niektórymi opiniami Michalika, który pisze: „Koncepcje psychologiczne, np. psychoanaliza, zdobyły na początku XX w. dużą popularność. Wynikało to jednak przede wszystkim z braku skutecznych, biologicznych metod leczenia. Psychoanaliza wydawała się alternatywną formą terapii, ale wkrótce się okazało, że była nieprzydatna w leczeniu psychoz i zdezaktualizowała się”⁶⁵. Wyrażona przez autora opinia wydaje się być częściowo trafna, rzeczywiście psychoanaliza zdobyła na początku XX w. dużą popularność, ale jeśli chodzi o jej genezę, to można byłoby jej szukać raczej w oryginalności i skuteczności tej metody w niektórych wskazaniach (np. w nerwicach). Warto zaznaczyć, że w wielu krajach, w tym także w USA, psychoanaliza rozwija się, ewoluuje i ma się dobrze także współcześnie. Autor zdaje się nie akceptować faktu, że postęp nauki, medycyny i psychiatrii wiąże się z określaniem wskazań i ograniczeń do stosowania różnych metod terapii w poszczególnych schorzeniach. O ile w leczeniu zaburzeń o podłożu nerwicowym metody psychologiczne, w tym psychoanaliza, czy inne formy psychoterapii, znajdują swoje szerokie zastosowanie, to w leczeniu psychoz leczeniem z wyboru będzie oczywiście farmakoterapia. We współczesnej medycynie jesteśmy coraz bardziej pogodzeni z myślą, że choćby z uwagi na różnorodność biologiczną nie sposób zakładać, że jedna metoda leczenia będzie równie skuteczna we wszystkich wskazaniach i u wszystkich

⁶⁴ Ibidem, s. 448.

⁶⁵ Ibidem, s. 433.

pacjentów. Pewnym mankamentem omawianej publikacji jest brak pełniejszej korekty medycznej, która pozwoliłaby uniknąć pewnych błędów i nieścisłości, zwłaszcza dotyczących metod terapii i nazw leków. Niedosyt pozostawia również brak szerszego odniesienia się przez autora do sytuacji przedwojennej np. w zakresie działalności organizacyjnej i naukowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Należy docenić, że autor podkreśla potrzebę dalszych badań oraz dalszej weryfikacji materiałów archiwalnych z omawianego okresu historii polskiej psychiatrii m.in. pod kątem ewentualnych projektów lub prób wykorzystywania psychiatrii dla celów politycznych⁶⁶.

Grzegorz Michalik na blisko 450 stronach publikacji przedstawił niezwykle złożoną historię polskiej psychiatrii lat powojennych 1945–1956, z bogatymi odniesieniami do czasów przedwojennych, a także odniesieniami do tradycji psychiatrii światowej od przełomu XIX i XX w. Dzięki obszernej, systematycznej i dobrze udokumentowanej pracy mamy możliwość prześledzenia dynamicznych zmian zachodzących w psychiatrii polskiej w okresie 1947–1956, w którym przebiegło realne odsunięcie od wpływu na kształt nauki przedwojennych psychiatrów i oparcie modelu polskiej psychiatrii powojennej o wzorce radzieckie, ograniczenie autonomii środowiska, likwidację Higieny Psychiczej, centralizację, podporządkowanie badań, publikacji i zaostrzenie cenzury prewencyjnej w czasopiśmie naukowych. W coraz większym stopniu odwoływano się do nauki radzieckiej, ograniczając kontakty z psychiatrią zachodnią. Przełomem w tym procesie była Krajowa Narada Psychiatrów Polskich w Tworkach we wrześniu 1952 r., kiedy przyjęto pawłowizm jako obowiązującą doktrynę. Politykę naukową w psychiatrii polskiej współtworzyło środowisko powołanego na przełomie 1949 i 1950 r. Instytutu Psychoneurologicznego, utworzonego na wzór Instytutu im. W.P. Serbskiego w Moskwie. Wielu lekarzy zajęło jednak postawę wyczekującą, biernego oporu, tylko formalnie poddając się zaleceniom narzucanym wg wzorów radzieckich. Pawłowizm w Polsce został wprowadzony dość powierzchownie i ze znacznymi oporami, niemniej pomimo faktu, że recepcja pawłowizmu była pozorna, to zmiany te spowodowały negatywne konsekwencje, w tym przede wszystkim brak możliwości swobodnego rozwoju, przeorientowanie nauki pod wpływem doktryn ideologicznych, brak kontaktu z psychiatrią światową, w okresie dynamicznych zmian, wywołanych przełomem terapeutycznym spowodowanym wprowadzeniem nowych leków, w tym zwłaszcza pierwszej generacji neuroleptyków, oddaliły lub odebrały wielu pacjentom możliwość podjęcia skutecznego leczenia.

⁶⁶ Ibidem, s. 438.

Bibliografia

Źródła

- Archiwum Akt Nowych w Warszawie, zespół: Ministerstwo Zdrowia w Warszawie (1944–1960), sygn. 2/644/0: Działalność Instytutu Psychoneurologicznego w Tworkach, Plany prac naukowych, sprawozdania, korespondencja 1950–1955, 5/39, Sprawozdanie z działalności Instytutu Psychoneurologicznego w Tworkach za 1952 rok.
- Dekret z dnia 25 czerwca 1946 r. o utworzeniu Państwowego Instytutu Higieny Psychiczej*, „Dziennik Zdrowia” 1.08.1946, r. 2, nr 14, poz. 83.
- Instrukcja Ministerstwa Zdrowia w sprawie przyjmowania i wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych*, nr 120/52, „Dziennik Zdrowia” 10.12.1952, nr 24, poz. 240.
- Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1945–1967*, Warszawa 1969.
- Sprawozdanie ze wspólnego Walnego Zgromadzenia Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego odbytego w dniu 13 XI 1954 r. w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Pruszkowie*, „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska” 1955, r. 5, nr 2, s. 225–226.

Opracowania

- Bilikiewicz A., Jaroszewski Z., Nasierowski T., *Historia psychiatrii polskiej*, [w:] *Psychiatria w Polsce*, red. A. Bilikiewicz, J. Rybakowski, Gdańsk 2002, s. 1–13.
- Bilikiewicz T., *Odpowiedź na artykuł prof. dr Andrzeja Jusa „W sprawie teorii etioepigenetycznej”* („Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska” 1954, nr 3), „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska” 1956, r. 6, nr 1, s. 93–106.
- Bilikiewicz T., Gallus J., *Psychiatria polska na tle dziejowym*, Warszawa 1962.
- Brzeziński T., *Historia medycyny*, Warszawa 1988.
- Jaroszewski Z., *XX Zjazd Psychiatrów Polskich*, „Zdrowie Psychiczne” 1946, r. 1, nr 1, s. 71–80.
- Jus A., *W sprawie teorii etioepigenetycznej*, „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska” 1954, r. 4, nr 3, s. 338–350.
- Kaczanowski F., *W X rocznicę śmierci*, „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska” 1958, r. 8, nr 3, s. 377–380.
- Kaczyńska M., *Psychiczne skutki wojny wśród dzieci i młodzieży w Polsce (referat wygłoszony na II Zjeździe Higieny Psychiczej w Zagórzu w 1947 r.)*, „Zdrowie Psychiczne” 1946, r. 1, nr 1, s. 50–69.
- Konferencja Pawłowska w Krynicy rozpoczyna nowy etap medycyny polskiej*, „Służba Zdrowia” 1952, r. 4, nr 1–2, s. 1.
- Kosiński K., *Historia pijaństwa w czasach PRL. Polityka – obyczaje – szara strefa – patologia*, Warszawa 2008.
- Kostkiewicz B., *Osiągnięcia psychiatrii radzieckiej*, „Rocznik Psychiatryczny” 1949, r. 27, t. 37, nr 2/3, s. 259–288.
- Lem S., *Szpital Przemienienia*, Kraków 1955.
- Mazurkiewicz J., *O anatomicznym podłożu stanów psychicznych i ich zaburzeń*, Łódź 1918.
- Michalik G., *Psychiatria w Polsce w latach 1945–1956. Nauka i opieka zdrowotna*, Warszawa 2021.

- Nasierowski T., *Dzieje psychiatrii: główne wydarzenia, osoby i tendencja rozwojowe*, [w:] *Psychiatria*, t. 1, red. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2002, s. 1–56.
- Nauki XX Zjazdu*, „Służba Zdrowia” 1956, r. 8, nr 14, s. 2.
- Pawłow I.P., *Dwadzieścia lat badań wyższej czynności nerwowej i zachowania się zwierząt*, Warszawa 1951.
- Pawłow I.P., *Wybór pism*, Warszawa 1951.
- Pawłow I.P., *Wykłady z czynności mózgu*, Warszawa 1951.
- Płonka-Syroka B., *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007.
- Selesnick T., Alexander F.G., *The History of Psychiatry. An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present*, New York 1966.
- Stone M.H., *Healing the Mind. A history of Psychiatry from Antiquity to the Present*, London 1997.
- Śnieżniewski A.W., *Nauka I.P. Pawłowa podstawą rozwoju psychiatrii*, „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska” 1953, r. 3, nr 1, s. 3–17.
- Uszkiewicz L., *Pawłowizm oznacza również walkę ideologiczną*, „Służba Zdrowia” 1952, r. 4, nr 7, s. 2.
- Zyss T., Hese R.T., Zięba A., *Terapia wstrząsowa w psychiatrii – rys historyczny*, „Psychiatria Polska” 2008, t. 42, nr 6, s. 797–818.

Robert Jan Księżopolski – lekarz medycyny, pracownik Instytutu Historii Nauki im. L. i A. Birkenmajerów Polskiej Akademii Nauk w Warszawie oraz Centrum Terapii i Szkoleń Vita Longa. Absolwent Akademii Medycznej w Warszawie oraz studiów podyplomowych w Instytucie Żywności i Żywienia oraz Szkole Głównej Gospodarstwa Wiejskiego. Prowadzi badania w zakresie historii nauk przyrodniczych i medycznych, zwłaszcza XIX i XX w. Jest autorem publikacji poświęconych przede wszystkim roślinom leczniczym, bezpieczeństwu żywności i tradycyjnym środkom leczniczym. Ekspert Grupy Fokusowej „Plant-Based medicinal and cosmetic Products” EIP AGRI przy Komisji Europejskiej oraz koordynator podgrupy *Wild collection: recommendations to avoid over exploitation and to promote sustainable use of wild resources*.
e-mail: robertksi@gmail.com