

Instytut Pamięci Narodowej

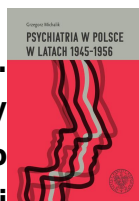
<https://ipn.gov.pl/pl/publikacje/nie-tylko-o-ksiazkach/157621,Nachalnosc-pawlowizmu-razila-nawet-umiarkowanyc-h-zwolennikow-nauki-radzieckiej.html>
2022-05-26, 17:10

Nachalność pawłowizmu raziała nawet umiarkowanych zwolenników nauki radzieckiej

Rozmowa z dr. Grzegorzem Michalikiem, autorem książki „Psychiatria w Polsce w latach 1945-1956. Nauka i opieka zdrowotna”.

Zacznijmy od okresu międzywojennego. W środowiskach medycznych toczyły się wówczas żywe dyskusje o psychoanalizie i eugenicie. W jaki sposób psychiatrzy polscy odnosili się do teorii Freuda?

Psychiatrzy polscy interesowali się psychoanalizą i psychologią w ogóle. Tadeusz Bilikiewicz badał znaczenie snów w psychoterapii. Stworzył własną metodę ich analizy, tzw. onejroanalizę. Psychologią interesował się także Jan Mazurkiewicz, uważany za twórcę polskiej psychofizjologii. Próbował on dokonać syntezy psychiatrii z psychologią, pod warunkiem że ta druga będzie jednak oparta na solidnych podstawach naukowych. Wśród polskich psychiatrów dominowała zatem psychiatria kliniczna, której przedstawiciele upatrywali źródeł chorób umysłowych przede wszystkim w zaburzeniach pracy mózgu lub układu nerwowego. Psychologię uważali za wartościową dyscyplinę, mogącą pomóc w zrozumieniu istoty chorób umysłowych. Dystansowali się zarazem od dalej idących spekulacji metafizycznych i rozważań nad psychiką ludzką. Psychoanalizę postrzegali raczej jako źródło inspiracji naukowych niż odrębną naukę uniwersytecką, równorzędną z psychiatrią kliniczną. Metody psychoanalityczne miały wspomagać główny proces leczenia – jako przydatne raczej w



Psychiatria w Polsce w latach 1945-1956. Nauka i opieka zdrowotna

terapii lżejszych zaburzeń, np. nerwic. Takie stanowisko wynikało w dużej mierze z faktu, że zdecydowana większość polskich psychiatrów kształciła się na uczelniach niemieckich czy austriackich bądź w tamtejszych klinikach, gdzie przeważała właśnie orientacja kliniczna.

A eugenika? W latach trzydziestych u naszych zachodnich sąsiadów realizacja postulatów eugenicznych zaczęła zmierzać w kierunku zbrodni.

Przypomnijmy, że ruch eugeniczny stawiał sobie za cel genetyczne udoskonalanie społeczeństwa oraz jego ochronę przed moralną i biologiczną degeneracją. Zwolennicy eugeniki pozytywnej wspierali reprodukcję jednostek uzdolnionych, lepiej przystosowanych do życia. Przedstawiciele eugeniki negatywnej z kolei domagali się ograniczenia rozrodczości osobników niepełnowartościowych, ułomnych poprzez na przykład prawny zakaz małżeństwa czy nawet przymusową sterylizację. Eugenika w tej ostatniej, najbardziej radykalnej formie została wdrożona przez władze III Rzeszy. W 1934 r. wprowadzono ustawę o „zapobieganiu obciążeniom dziedzicznym i chorobowym potomstwa”, co zapoczątkowało przymusową sterylizację m.in. chorych psychicznie. W ramach tajnej akcji T4 w latach 1939–1945 w III Rzeszy uśmiercono tysiące osób niedorozwiniętych, upośledzonych lub chorych umysłowo. W 1941 r. na skutek rosnącego sprzeciwu w niemieckim społeczeństwie oraz protestów Kościoła (m.in. biskupa von Galena) akcję oficjalnie przerwano. Proceder trwał jednak nadal, praktycznie do końca wojny. Pacjentów zakładów psychiatrycznych uśmiercano skrycie, np. poprzez zmniejszanie racji żywnościowych i powolne głodzenie.

Co o wprowadzeniu tej ustawy w Rzeszy sądzili polscy psychiatrzy?

W okresie międzywojennym działało Polskie Towarzystwo Eugeniczne. W tym gronie dyskutowano nad wprowadzeniem ustawy eugenicznej (sterylizacyjnej). Członkami PTE było wielu lekarzy, w tym wybitni psychiatrzy, m.in. Jan Mazurkiewicz, Witold Łuniewski, Oskar Bielawski. Trzeba jednak podkreślić, że pojęcie eugeniki było bardzo szerokie. Większość psychiatrów była po prostu zatroskana o zdrowie fizyczne i moralne społeczeństwa, mocno okaleczonego przez I wojnę światową. Dlatego popierała „miękkie” metody i hasła eugeniki pozytywnej, na przykład walkę z alkoholizmem, prostytutką, chorobami wenerycznymi, poradnictwo przedślubne, ograniczenia małżeństw, popularyzowanie krzewienia tężyzny fizycznej. Bycie zwolennikiem eugeniki nie było więc jednoznaczne z tym, że się ma złe intencje czy akceptuje się brutalne środki. Tylko niektórzy lekarze, jak na przykład Oskar Bielawski, Wiktor Grzywo-Dąbrowski, Witold Łuniewski, proponowali, a i to pod pewnymi warunkami (na przykład po orzeczeniu sądu) obowiązkową sterylizację osób ciężko upośledzonych, chorych psychicznie lub niedorozwiniętych. Większość psychiatrów w Polsce, z Janem Mazurkiewiczem na czele, było przeciwnikami eugeniki negatywnej. Uchwalenie wspomnianych przepisów

eugenicznych w Niemczech z pewnością wzmocniło sprzeciw wobec kodyfikowania tego typu rozwiązań w Polsce, nawet w bardzo ograniczonym – w porównaniu z zachodnim sąsiadem – zakresie. W 1936 r. odbył się XVI Zjazd Naukowy Psychiatrów Polskich, którego uczestnicy oficjalnie odrzucili projekty przepisów wprowadzających przymusową sterylizację. Skrytykowali oni referat Łuniewskiego, w którym autor dopuszczał tę metodę eugeniczną w wypadku m. in. osób z ciężkim niedorozwojem umysłowym czy psychopatią i nałogowych alkoholików. Na tym zjeździe psychiatrzy zdecydowanie potępili praktyki III Rzeszy. Jan Mazurkiewicz uznał je wprost za okrutne.

A Łuniewski?

On także, choć przecież sam proponował sterylizację niektórych osób. Jego zdaniem niemiecka ustawa eugeniczna była przejawem gwałtu na prawach jednostki. Tu widać zresztą różnicę między polskimi i niemieckimi zwolennikami sterylizacji. Pierwsi dopuszczali ją, ale nigdy na taką skalę i w taki sposób, jak odbywało się to w Niemczech. Łuniewski w swoim referacie podkreślał, że to może mieć miejsce tylko w szczególnych przypadkach, po uzyskaniu orzeczenia lekarskiego i sądowego. Chodziło tu o niezdolność tych osób do udźwignięcia rodzicielstwa i uniknięcie przyszłych problemów z tym związanych. Polscy zwolennicy sterylizacji nie kierowali się ponadto, jak ich niemieccy koledzy, względami ekonomicznymi, lecz społecznymi. W III Rzeszy podkreślano natomiast nieustannie, jakim to obciążeniem finansowym dla narodu są chorzy czy upośledzeni umysłowo. Tak więc nawet ci lekarze, którzy dopuszczali sterylizację, wyraźnie odcinali się od praktyk niemieckich.

Co stało się ostatecznie z pomysłem wprowadzenia ustawy eugenicznej w Polsce?

Sprzeciw psychiatrów polskich na wspomnianym zjeździe przyczynił się ostatecznie do upadku projektu polskiej ustawy eugenicznej. W II RP nigdy nie doszło zatem do masowych, ustawowych sterylizacji, jak na przykład w Szwecji, czy tym bardziej do eliminacji, jak w III Rzeszy, osób chorych i upośledzonych psychicznie. Wpływ na to miał także sprzeciw Kościoła (oraz związanej z nim endecji), jak również niechętnie stanowisko władz wobec tak daleko idących pomysłów.

Niestety w 1939 r. owa Rzesza bezpardonowo najechała Rzeczpospolitą. Ofiarami zbrodni okupanta niemieckiego były m.in. tysiące pacjentów szpitali psychiatrycznych. Czy po wojnie, po traumatycznych doświadczeniach, jakie ze sobą przyniosła, przywoływano jeszcze w Polsce pewne idee eugeniczne z dawnych dyskusji?

Tak, ale dotyczyło to eugeniki pozytywnej i to w pewnym zakresie oraz przez krótki okres. Zajmował się tym Instytut Higieny Psychiczej. W Poznaniu działała prowadzona przez poradnia eugeniczna. Zakres jej działania był jednak niewielki – przykładowo w 1949 r. przyjęto tam zaledwie 14 osób. Po wojnie istniało także poradnictwo przedślubne dla

funkcjonariuszy Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego. Wprowadzono też przepisy ograniczające zawieranie małżeństwa osobom chorym umysłowo. Dekret z dnia 25 września 1945 r. – Prawo małżeńskie zabraniał zawierania małżeństwa osobom dotkniętym chorobą psychiczną (nawet w okresie przytomności umysłu) lub z niedorozwojem psychicznym. Ustawa z dnia 27 czerwca 1950 r. – Kodeks rodzinny łagodziła nieco powyższe rygory. Sąd mógł bowiem zezwolić na zawarcie związku, jeśli stan zdrowia takiej osoby nie pozostawał w sprzeczności z istotą i celami małżeństwa. Niemniej eugenika jako taka wywoływała w nowej rzeczywistości niebezpieczne skojarzenia z nazistowskimi praktykami eugenicznymi oraz coraz bardziej potępianą „burżuazyjną” nauką Zachodu, w szczególności z „opresyjną” psychiatrią amerykańską. Dlatego praktyki, które wcześniej wpisywały się w postulaty eugeniki pozytywnej (na przykład wspomniane poradnictwo przedślubne) nie mogły być odtąd postrzegane w tym kontekście. Obowiązujące także dzisiaj ograniczenia małżeństwa dla osób chorych psychicznie (art. 12 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) są zbieżne z hasłami eugeniki pozytywnej, choć nikt nie nazwie przecież polskiego ustawodawcy eugenikiem.

Ilu polskich lekarzy zajmujących się chorymi psychicznie i osobami upośledzonymi umysłowo nie przeżyło II wojny światowej?

Terror niemiecki oraz radziecki były skierowane w szczególności przeciwko inteligencji, chodziło o pozbawienie narodu polskiego elit. Przed wojną Polskie Towarzystwo Psychiatryczne liczyło 219 członków – ponad połowa nie przeżyła wojny. Przyczyny śmierci części z nich oczywiście nie były z nią związane. Braki kadrowe odczuwano jeszcze przez kilka lat, na przykład w 1952 r. było niespełna 160 psychiatrów – to 1 lekarz na 100 chorych (przy czym za minimalny wskaźnik uznawano 1 lekarza na 73 chorych).

Ważnym zagadnieniem, w tym z punktu widzenia badawczego, jest zdrowie psychiczne ofiar konfliktów zbrojnych. Czy tuż po II wojnie światowej polscy psychiatrzy podjęli dyskusję na ten temat?

Zbrodnie niemieckie w okupowanej Polsce były przedmiotem obrad XX Zjazdu Psychiatrów Polskich w Tworkach w listopadzie 1945 r. Podejmowano też próby zbadania wpływu wojny na psychikę. Na II Zjeździe Higieny Psychiczej w Zagórze w 1947 r. Maria Grzywak-Kaczyńska przedstawiła ciekawe wyniki badań psychicznych poświęconych skutkom wojny u dzieci i młodzieży. Prawie jedna trzecia badanych uważała, że wskutek wojny cierpi na zaburzenia psychiczne lub nerwowe. W innym badaniu ponad 80 proc. skarżyło się na wywołane wojną apatię, zubożenie, brak radości z życia. Lekarze niewątpliwie dostrzegali więc problem. Zwracali uwagę zwłaszcza na alkoholizm, jako główny i najbardziej widoczny przejaw spustoszenia w tej sferze.

Powojenny kształt granic RP wpłynął zapewne na stan bazy szpitalnej. W jaki sposób?

Dla ludności przesiedlonej przymusowo ze wschodnich terenów II RP sytuacja pod tym

względem uległa pewnej poprawie. Na Ziemiach Zachodnich funkcjonowała bowiem bardziej rozwinięta sieć szpitali psychiatrycznych pozostawionych przez Niemców. Mniejsze odległości oraz dość dobra infrastruktura komunikacyjna zwiększały dostępność tych placówek dla mieszkańców. Oczywiście należy pamiętać o zniszczeniach i rabunkach wojennych, ale generalnie Polska przejęła lepiej rozwinięte zaplecze szpitalne. Przykładowo w 1954 r. szpitale w województwach wrocławskim czy zielonogórskim należały do najmniej obciążonych. Inna sprawa to stan techniczny tych obiektów oraz ich późniejsze zagospodarowanie – budynki to nie wszystko, potrzebne były leki, wyposażenie medyczne, o kadrach już nie wspominając.

Czy powojenna opieka psychiatryczna była regulowana odrębną ustawą? Czy była bezpłatna?

Powszechność państwowej, scentralizowanej służby zdrowia nie oznaczała, że w omawianym w książce okresie była ona bezpłatna dla ogółu ludności. Przykładowo na wsi rolnicy indywidualni uzyskali dostęp do w pełni bezpłatnej publicznej ochrony zdrowia dopiero w 1972 r. Opieka psychiatryczna była uregulowana w ramach ogólnego ustawodawstwa zdrowotnego – ustawy o społecznych zakładach służby zdrowia z 1948 r. Przez cały okres PRL nie uchwalono żadnego kompleksowego aktu regulującego leczenie psychiatryczne. Pierwszym takim dokumentem była dopiero Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Jakie znaczenie dla środowiska polskich psychiatrów miała śmierć prof. Jana Mazurkiewicza?

W 1947 r. odszedł niewątpliwy autorytet w tej dziedzinie. Jego śmierć dla wielu lekarzy była rzeczywiście końcem pewnej epoki. Mogli poczuć się osamotnieni bez tak silnego wsparcia moralnego i etycznego. Można tę sytuację porównać, pamiętając o różnicach, z ucieczką Mikołajczyka, z którym wiązano spore nadzieje na zachowanie resztek wolności w życiu politycznym. Oczywiście jeden i drugi nie powstrzymaliby całej maszyny komunistycznej, ale obecność autorytetu umacnia ludzi i ułatwia przeczekaanie trudnych czasów.

Które wydarzenie było zatem przełomowe dla początku stalinizmu w psychiatrii polskiej?

Była nim Krajowa Narada Psychiatrów w Tworkach we wrześniu 1952 r. Wziął w niej udział prof. Andriej Snieżniewski – późniejszy twórca koncepcji tzw. pełzającej schizofrenii, pozwalającej władzom ZSRR kwalifikować dysydentów jako chorych psychicznie i przymusowo zamykać ich w zakładach. Konsekwencją narady było ostateczne, oficjalne uznanie pawłowizmu i psychiatrii radzieckiej za jedyne wzorce dla polskich lekarzy. Psychiatria zachodnia (w tym psychoanaliza) została potępiona jako burżuazyjna i traktująca człowieka jak istotę zdeterminowaną przez dziedziczenie, podczas gdy radziecka postępową nauką zakładała zmienność cech dziedzicznych. Skrytykowano ostro także przedwojenną polską psychiatrię naukową – m.in. koncepcje prof. Mazurkiewicza, ruch

higieny psychicznej (i tak już wcześniej zlikwidowany). Narada ugruntowała zatem na kilka lat absolutne jedynowładztwo pawłowizmu w psychiatrii polskiej.

Czy można go jakoś porównać z łysenkizmem?

Pawłowizm i łysenkizm miały ze sobą wiele wspólnego. Trofim Łysenko uważał, że przy uprawie roślin cechy dziedziczone są uzależnione od zmiennych warunków otoczenia. Twierdził, że rośliny można swobodnie modyfikować w zależności od czynników zewnętrznych i te zmiany będą dziedziczne. Było to przeniesienie marksistowskiej zasady „byt kształtuje świadomość” na grunt genetyki i uprawy roślin, z nieszczęśliwymi zresztą dla rolnictwa radzieckiego skutkami. Łysenko odrzucał fatalizm dziedziczności, według którego funkcjonowanie organizmów było zdeterminowane przez stałe, niezmiennie cechy genetyczne. Podobnie było w psychiatrii – zwolennicy zideologizowanej wersji teorii Pawłowa potępiali determinizm genetyczny. Uznali, że człowiek i jego psychika mogą być kształtowane poprzez zmienne warunki, które decydują o dziedziczeniu cech nabytych. Te z kolei można dowolnie tworzyć i – w duchu socjalizmu – doskonalić, podobnie jak Łysenko miał dowolnie modyfikować rośliny przez sztuczne zmiany środowiska. Obie koncepcje wyrosły zatem na gruncie ideologii zmieszanej z nauką. Łysenkizm zdominował nauki przyrodnicze w ZSRR i krajach satelickich, podobnie jak pawłowizm psychiatrię. Ostatecznie obie te teorie upadły w Polsce równie szybko, jak się pojawiły – na fali odwilży 1956 r.

Czy pozwalano sobie na krytykę nauki radzieckiej?

Jeśli tak, to raczej dyskretnie – podczas spotkań towarzyskich lub w prywatnych rozmowach. Oficjalnie, w publikacjach nie było takich głosów, nawet w okresie względnej swobody. Cenzura blokowała wydanie treści krytycznych wobec radzieckiej myśli psychiatrycznej, zresztą samo zgłoszenie takiej publikacji do druku byłoby ryzykowne. Wyjątkiem był wykład prof. Mazurkiewicza na XX Zjeździe Psychiatrów Polskich w Tworkach, kiedy to skrytykował on teorię nieżyjącego już (zm. w 1927 r.) rosyjskiego psychiatry Władimira Bechterewa, który zresztą był w sporze z Pawłowem. Krytyka, która zaczęła pojawiać się w 1955 r. na fali odwilży dotyczyła raczej dogmatyzmu w nauce i nachalnej propagandy pawłowizmu niż właściwych podstaw naukowych teorii Pawłowa. Wytykano raczej mechanizm przymusowego wprowadzania nauki radzieckiej niż ją samą. Zresztą pawłowizm w psychiatrii został niekorzystnie zweryfikowany przez samo życie – pojawienie się skutecznych leków przeciwpsychotycznych zepchnęło dawne teorie na margines zainteresowania naukowego polskich psychiatrów.

Czy wzorce, nazwijmy to ogólnie, nauki radzieckiej pozostawiły po sobie trwałe ślady?

Nachalność i prymitywizm pawłowizmu raziły niekiedy nawet umiarkowanych zwolenników nauki radzieckiej i innych ludzi związanych z obozem władzy. Przykładowo w 1952 r. Zygmunt Grynberg, dyrektor Departamentu Planowania i Budżetu Ministerstwa Zdrowia,

podkreślił, że „zagadnienie psychiatrii w Polsce jest zagadnieniem politycznym”. W 1955 r. na posiedzeniu Plenum Rady Naukowej przy Ministerstwie Zdrowia przyznał już jednak, że w kwestii odgórnego wprowadzania pawłowizmu do polskiej psychiatrii „przechyliliśmy pałkę”. Wzorce naukowe z ZSRR były wprowadzane szybko i równie szybko upadły. Jeżeli możemy mówić o jakichś pozostałościach w okresie PRL, to raczej dotyczyły one ogólnych stosunków w nauce polskiej, na których lata czterdzieste i pięćdziesiąte XX w. odcisnęły niestety silne piętno. W końcu odwilż polegała na odrzuceniu tego, co stalinowskie, ale nadal to, co radzieckie, było przodujące. Oczywiście w naukach ścisłych czy medycznych nastąpiło pewne otwarcie na Zachód, tym bardziej że przychodziły stamtąd wieści o skutecznych lekach przeciwpsychotycznych. Ciągłe jednak należało zachować pewną ostrożność, powściągliwość w komentowaniu nowinek zza żelaznej kurtyny.

Jak wyglądały ówczesne sposoby leczenia zaburzeń umysłowych? Z których metod w latach 1945-1956 zrezygnowano, a które wprowadzono?

W dalszym ciągu stosowano, z braku innych, znane już metody leczenia, takie jak insulinoterapia, terapia pracą, snem przedłużonym, a także elektrowstrząsy, całkiem skuteczne w porównaniu z tradycyjnymi metodami. Używano też metod fizjoterapeutycznych: wodolecznictwa (metoda Żniniewicza), światłolecznictwa, diatermii (prądem elektrycznym) i promieniami Roentgena, naświetlania lampą kwarcową. Higiena psychiczna, psychoanaliza i pokrewne jej metody znalazły się natomiast na indeksie. Podobnie było w wypadku psychochirurgii (lobotomii, leukotomii, topektomii), z którą ostrożne próby przeprowadzano w Akademii Medycznej w Gdańsku – potępiono ją jednak na wspomnianej już Krajowej Naradzie Psychiatrów w Tworkach w 1952 r. Warto dodać, że inwazyjny zabieg lobotomii nie tyle leczył, ile eliminował objawy psychoz u pacjentów (przy okazji powodując wiele skutków ubocznych). Wzorując się na doświadczeniach ZSRR zaczęto leczyć chorych także za pomocą przeszczepów tkanek pochodzenia ludzkiego, zwierzęcego i roślinnego. W 1949 r. w Rybniku wszczepiano tkanki błon płodowych, co przyniosło obiecujące wyniki przy halucynozie, otępieniu alkoholowym i padaczkę pourazowej. Pod koniec 1954 r. rozpoczęto pierwsze próby z chloropromazyną, m.in. w Gdańsku Krakowie, Pruszkowie, Łodzi i Drewnicy. Drugi lek – serpasil – wypróbowano w 1955 r. w Kobierzynie, Łodzi i Kochanówce. Wyniki leczenia były bardzo obiecujące, żywo je dyskutowano, co tym bardziej spychało na margines metody pawłowowskie.

Jak było z dostępnością tych nowych - zachodnich przecież - leków w Polsce?

Pierwsze dawki chloropromazyny, które wypróbowano w Gdańsku, pochodziły częściowo od rodzin pacjentów. Na początku większość leków z Zachodu zdobywano więc własnymi siłami. Jak to ujął Tadeusz Bilikiewicz, chorzy kupowali je sami „po cenach najczęściej paskarskich” lub otrzymywali od rodziny i przyjaciół. Dopiero w 1955 r. Ministerstwo Zdrowia zaczęło przydzielać largaktyl (polska nazwa chloropromazyny), który stał się dostępny na receptę w aptekach po niższych, urzędowych cenach. Wydaje się, że trudności z zaopatrzeniem w nowe leki nie tyle wynikały ze względów ideologicznych, ile były przejawem ogólnej niewydolności państwowej służby zdrowia. Fakty mówiły zresztą same

za siebie – lekarstwa wyraźnie pomagały nawet w ciężkich chorobach, więc nie było za bardzo z czym dyskutować. Pawłowistom wytrącono w ten sposób ostatecznie argumenty z ręki.

Czy w placówkach opieki psychiatrycznej chorzy mieli dostęp do książek, muzyki, radia? Czy stosowano na przykład choreoterapię?

Tego typu wyższe standardy opieki należały do rzadkości. Wyjątkiem było sanatorium w Kościanie, które dysponowało tzw. willą Mazurkiewicza, wyposażoną w wygodne tapczany dla chorych, fortepian i stół do bilardu. Większość zakładów miała jednak problemy z podstawowym zaopatrzeniem. W źródłach nie natrafiłem na wzmianki o biblioterapii czy choreoterapii. Z pewnością chorzy mieli dostęp do radia, muzyki, książek, ale czy były to powszechnie i świadomie wykorzystywane narzędzia terapii – nie mogę tego jednoznacznie stwierdzić.

Czy mieliśmy w tym okresie własne odkrycia lub innowacje, na przykład teorie i urządzenia?

Jan Mazurkiewicz jeszcze przed II wojną światową opracował własną teorię ewolucji i dysolucji psychizmu ludzkiego. Po wojnie, pomimo ograniczonych środków i dogmatu pawłowizmu, polscy psychiatry również mogli pochwalić się pewnymi osiągnięciami. Eugeniusz Brzezicki wprowadził do psychiatrii termin „paragnomen” oznaczający niezwykle, zaskakujące, nagłe zachowanie człowieka, będące przejawem rozwijającej się choroby psychicznej. Tadeusz Bilikiewicz stworzył teorię etioepigenezy i oparty na niej oryginalny układ nozograficzny, uwzględniający wielowarstwową diagnozę zaburzeń psychicznych. Do tej teorii odwołują się na przykład twórcy amerykańskiego systemu DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Z kolei Kazimierz Dąbrowski rozwijał swoją koncepcję integracji i dezintegracji pozytywnej, która jednak zyskała pewne uznanie dopiero po jego wyjeździe za granicę w latach sześćdziesiątych XX w. Warto również wspomnieć, że Stanisław Cwynar przeprowadzał w szpitalu w Kobierzynie próby z leczeniem elektrowstrząsami.

Czy ograniczono kontakty międzynarodowe psychiatrów polskich?

Współpraca naukowa i w ogóle wszelkie kontakty z Zachodem zostały bardzo mocno ograniczone. Na przykład w 1950 r. miał się odbyć I Międzynarodowy Kongres Psychiatrów w Paryżu. Przygotowania wieloosobowej delegacji polskiej do wystąpienia na tak prestiżowym i pierwszym spotkaniu światowych psychiatrów skończyły się ostatecznie skromnym referatem prof. Ryszarda Dreszera o powrotach pamięci u pacjentów po elektrowstrząsach. Sytuacja poprawiła się wraz z odwilżą, czemu sprzyjały także doniesienia z Zachodu o bardzo dobrych efektach leczenia nowymi lekami.

Czy język partyjny i ideologia na stałe zagościły na łamach fachowych

periodyków, czy też starano się tego unikać?

Tutaj niestety nie było wyboru – autor publikacji musiał na ogół odwołać się do teorii Pawłowa lub nauki radzieckiej. Mniej nowomowy naukowej było w artykułach o charakterze bardziej technicznym, ścisłym, np. statystycznym. Nawet jeśli treść artykułu w żadnym stopniu nie dawała się powiązać z pawłowizmem i tak należało w jakiś sposób się do niego odnieść, choćby we wstępie. Dopiero po 1955 r. artykuły w prasie fachowej uwolniono od tych przymusowych, nachalnych naleciałości ideologicznych.

Jak w latach 1945-1956 postrzegano rolę psychiatrii w społeczeństwie?

Dla władz najpilniejszym zadaniem było opanowanie epidemii chorób zakaźnych, np. gruźlicy, schorzeń wenerycznych etc. Sprawy psychiatrii były na dalszym planie. Społeczeństwo kojarzyło natomiast psychiatrię zazwyczaj z zakładem zamkniętym i obłąkanymi w kaftanach bezpieczeństwa. Zresztą taki miała wówczas charakter – izolacyjny, zabezpieczający chorego przed innymi i przed samym sobą. Powolne zmiany zostały zapoczątkowane w momencie wprowadzenia nowoczesnych leków przeciwpsychotycznych, umożliwiających bardziej otwarty system leczenia, w którym wielu ciężko chorych nie było już skazanych na długotrwałe zamknięcie w szpitalu.

W zakresie psychiatrii polscy pawłowiści postulowali „walkę o socjalistyczny stosunek do psychicznie chorego”. Na czym ona polegała?

Władze usiłowały udowodnić, że socjalizm jest we wszystkim lepszy od kapitalizmu – także w zakresie traktowania chorego psychicznie. Podczas Krajowej Narady Psychiatrów w Tworkach podkreślono, że walka o socjalistyczny stosunek do chorego jest zagadnieniem ustrojowo-politycznym i powinny być do niej włączone środki polityczno-wychowawcze. Humanitarne podejście do obłąkanych było już znane i stosowane w czasach nowożytnych – symbolicznie zapoczątkował je pod koniec XVIII w. francuski lekarz Philippe Pinel, nakazując uwolnić ich z łańcuchów. W nowej rzeczywistości zyskiwało ono jednak prawdziwie ludzkie, bo socjalistyczne, oblicze. W kształtowaniu nowego stosunku do psychicznie chorych aktywnie uczestniczył Instytut Psychoneurologiczny, którego jednym z ważnych zadań było wprowadzanie w życie tzw. pawłowizmu dnia codziennego, oznaczającego nowe, humanistyczno-socjalistyczne podejście do pacjentów. Jego elementem miała być np. znana od wieków terapia za pomocą pracy. W praktyce pod wzniosłymi hasłami kryła się siermiężna rzeczywistość – leczenie pracą często oznaczało po prostu wykorzystywanie bardziej zdrowych pacjentów jako taniej siły roboczej.

Zainteresowały mnie prezentowane przez Pana w książce przypadki nadużyć wykrytych w wyniku kontroli przeprowadzanych w szpitalach psychiatrycznych.

Nadużycia należy oceniać z perspektywy tamtych, trudnych przecieży, czasów. Wykorzystywanie zdrowszych pacjentów do prac fizycznych czy innych usług byłoby dzisiaj nie do pomyślenia, ale wtedy nierzadko było przykrą koniecznością, swoistym uzupełnieniem braków kadrowych. Kontrole stwierdzały liczne przypadki angażowania

zdrowszych pacjentów do prac w polu, przy wyładunku węgla czy nawet w prywatnych gospodarstwach domowych personelu. Wydaje się jednak, że przypadków naprawdę ciężkiego traktowania pacjentów, świadomego znęcania się nad nimi było stosunkowo niewiele. Nieprawidłowości były też czasami przerysowanym czy wręcz zmyślnym elementem ostrych konfliktów między kadrą lekarską a czynnikiem partyjnym, który reprezentowali wicedyrektorzy ds. społeczno-wychowawczych (odpowiednicy tzw. politruków) – przykładem tego była sprawa lodówki dyrektora Gallusa, o której wspominam w książce.

Szczegóły tej ciekawej sprawy pozostawmy zatem czytelnikom. Czy prominenci nowego systemu lub ich znajomi mieli przywileje również w zakresie dostępu do opieki psychologicznej lub psychiatrycznej?

Znanym symbolem przywilejów nowej władzy były słynne sklepy za żółtymi firankami. To samo dotyczyło opieki zdrowotnej. Możemy tu wyróżnić przywileje formalne i nieformalne. W ramach tych pierwszych tworzono odrębne, lepiej wyposażone placówki lecznicze. Przykładowo Ministerstwo Bezpieczeństwa Publicznego miało do dyspozycji własną, lepiej zaopatrzoną opiekę zdrowotną (wspomniane poradnie przedślubne). Przywileje nieformalne wiązały się z pozycją i wpływami, jakie mieli ludzie związani z władzą – lepsze traktowanie, szybsza porada itp. Przejawem tego był przypadek niejakiego Stanisława Boruka, kierowcy szpitala w Abramowicach – był on nieusuwalny ze swojego stanowiska mimo pijaństwa i związanych z tym ekscesów. Boruk cieszył się bowiem względami samego ministra Jerzego Sztachelskiego, który znał go ze wspólnej pracy w Wilnie w czasie wojny. Dyrektor sanatorium w Kościanie Oskar Bielawski był wielokrotnie krytykowany za to, że urządzał „salony” dla jednych chorych, podczas gdy „zwykli” pacjenci szpitala w Kościanie byli dyskryminowani – wiarygodność tych doniesień trudno jednak zweryfikować. W raporcie NIK stwierdzono, że zarzuty te były częściowo uzasadnione, choć w pewnej mierze wynikały też z urazów osobistych. Przywileje to jednak tylko jedna strona medalu. W odpowiedzi na Pana pytanie trzeba również wskazać, że już samo korzystanie z poradni psychiatrycznej czy psychologicznej mogło dla funkcjonariusza bezpieki oznaczać stygmatyzację i początek końca kariery.

Czy w okresie stalinowskim próbowano wykorzystywać szpitale psychiatryczne w Polsce jako miejsca odosobnienia przeciwników politycznych?

Takie sytuacje miały miejsce – przykładowo, jak podaje Tadeusz Nasierowski, w 1948 r. w Więzieniu nr II we Wrocławiu otwarto męski oddział psychiatryczny, do którego byli kierowani m.in. więźniowie polityczni z całego kraju. Innym przypadkiem było zamknięcie Władysława Broniewskiego w zakładzie w Kościanie w 1954 r., ale miało ono charakter bardziej prewencyjny niż represyjny. Chodziło bowiem o uniknięcie ewentualnego skandalu związanego z ryzykownym zachowaniem poety. Kwestia wykorzystania psychiatrii w celach represyjnych to interesujący temat na osobne badania. Wydaje się jednak, że proceder ten w Polsce nigdy nie był stosowany w takiej skali jak w ZSRR (osławione psychuszki). Często psychiatrzy mogli uchronić działaczy opozycji przed aresztowaniem, wystawiając im

odpowiednie zaświadczenia czy umieszczając w szpitalu.

W ostatnich latach, a w szczególności w okresie pandemii, mówi się wiele o niedoborach w zakresie psychiatrii dziecięcej. Jak prezentowała się sytuacja w tej kwestii na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych?

Problemem w zakresie opieki psychiatrycznej nad dziećmi była mała liczba specjalistycznych zakładów. Ich organizacją zajmował się Państwowy Instytut Higieny Psychiczej. Były to placówki w Józefowie, gdzie umieszczano dzieci z debilizmem i niedorozwinięte, Miedzeszynie i Kręgach dla dzieci psychopatycznych (przy czym ośrodek w Miedzeszynie zamknięto w 1947 r.), Zagórz dla dzieci nerwicowych i psychonerwicowych z trudnościami wychowawczymi, Spławie i Rybieniu, gdzie leczono psychopatie i neuropatie. W 1948 r. do PIHP należała też klinika neuropsychiatrii dziecięcej w Warszawie, gdzie prowadzono badania naukowe. Likwidacja w 1949 r. Państwowego Instytutu Higieny Psychiczej dodatkowo pogorszyła sytuację. Trzeba też wspomnieć o zamknięciu przedwojennego ośrodka w Zagórz i przeznaczeniu go na Ośrodek Szkoleniowy Ministerstwa Zdrowia, co krytykowali nawet niektórzy zwolennicy pawłowizmu. Doszło to tego, że w 1953 r. brakowało około 2700 łóżek dla dzieci z różnymi schorzeniami psychicznymi. W dodatku mali pacjenci przebywali w tych samych szpitalach co dorośli, choć zalecano ich separację w wyodrębnionych zakładach.

Czy możemy powiedzieć, że podejście mieszkańców Polski do osób leczących się psychiatrycznie zmieniło się z czasem?

Zaburzenia psychiczne stanowiły pewnego rodzaju stygmatyzację chorego i jego rodziny, zwłaszcza w środowiskach wiejskich, które miały i tak gorszy dostęp do opieki psychiatrycznej. Było to związane z charakterem systemu leczenia, w którym dominował tradycyjny szpital psychiatryczny jako zamknięta placówka izolująca ciężko chorych. Nawet dzisiaj, gdy wiele ciężkich chorób można już leczyć w warunkach opieki otwartej (na przykład schizofrenię), a chorzy dzięki nowoczesnym lekom mogą w miarę normalnie funkcjonować w okresach remisji choroby, zaburzenia umysłowe są tematem wstydlivym, piętnującym. Powtarzające się kampanie społeczne, które próbują oswoić ludzi z chorobami psychicznymi, są tego potwierdzeniem.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał Maciej Foks