

PSYCHIATRYCZNY

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

Założony przez
PROFESORA DR RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

Rok XXVII

1949

Tom 37 Nr 1

1025857
TREŚĆ:

Od Redakcji	1	Résumés	
<i>Jan Mazurkiewicz</i> : Dwoista funk- cja układu nerwowego	3	<i>Jan Mazurkiewicz</i> : La double fonction du système nerveux	159
<i>Roman Markuszewicz</i> : O nowy kie- runek w psychopatologii	16	<i>Roman Markuszewicz</i> : Nouveau problème dans la psychopatalo- gie	
<i>Stefan Baley</i> : O pewnej metodzie badań wpływów wojny na psy- chikę młodzieży	33	<i>Stefan Baley</i> : A Method of Inve- stigating the Influence of War upon the Mind of Children	161
<i>Józef Handelsman</i> : Wskazania klini- czne do leczenia za pomocą wstrząsów elektrycznych	47	<i>Józef Handelsman</i> : Clinical topics for Electroshock treatment	
<i>Ryszard Dreszer</i> : Wstrząs leczni- czy jako eksperyment naukowy	51	<i>Ryszard Dreszer</i> : Shock treatment as scientific experiment	
<i>Maurycy Borsztajn</i> : O przyczy- nie pomysłnych wyników lecze- nia schizofrenii przy pomocy in- suliny, kardiazolu i prądów elektrycznych o wysokim napię- ciu	55	<i>Maurycy Borsztajn</i> : Sur la cause des bons succès dans le traite- ment de la schizophrénie à l'aide des shocks du cardiazol de l'in- suline et des électro-shocks	161
Praca zbiorowa: Zbrodnie niemiec- kie w stosunku do umysłowo chorych w Polsce. (Dane z Za- kładów Psychiatrycznych)	55		
<i>Mieczysław Kaczyński</i> : Wstęp	57		
<i>Maria i Wiktor Grzywo-Dąbrow- scy</i> : Okrucieństwa hitleryzmu	60		
<i>Stanisław Batawia</i> : Zbrodnie nie- mieckie jako zagadnienie socjo- kładał Psychiatrycznych):	63	<i>Stanisław Batawia</i> : Les crimes allemands en tant que problème social et criminel	162
<i>Roman Markuszewicz</i> : Barbarzyń- ska likwidacja przez Niemców Szpitala Psychiatrycznego w Choroszczy	67	<i>Roman Markuszewicz</i> : La liquida- tion barbare de l'hôpital psy- chiatrique à Choroszcz	162
<i>Adolf Falkowski</i> : Szpital św. Jana Bożego w latach 1939 — 1944	75	<i>Adolf Falkowski</i> : L'hôpital St. Jean de Dieu de 1939 à 1944	163

Dalszy ciąg na str. 3-iej okładki

KOMITET REDAKCYJNY

EUGENIUSZ BRZEZICKI (Kraków), MAURYCY BORNSTAJN (Łódź), WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI (Warszawa), RYSZARD DRESZER (Poznań), JÓZEF HANDELSMAN (Tworki), MIECZYŚLAW KACZYŃSKI (Warszawa-Tworki), BRONISŁAW KOSTKIEWICZ (Warszawa), EUGENIUSZ WILCZKOWSKI (Łódź)

Redaktor
JÓZEF HANDELSMAN

Z-ca Redaktora
BRONISŁAW KOSTKIEWICZ

Sekretarz Redakcji
MICHAŁ ROSTAFIŃSKI

Adres Redakcji: J. HANDELSMAN p. Pruszków, Szpital Tworki

Wydawca: LEKARSKI INSTYTUT NAUKOWO-WYDAWNICZY
Warszawa, ul. Chocimska 22

Prenumerata kwartalna 400 zł.
Prenumeratę należy wpłacać przez konto P. K. O. Warszawa I-654
Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy

Ceny ogłoszeń: cała stronica zł. 10.000, $\frac{1}{2}$ stronicy zł. 5.500, $\frac{1}{4}$ stronicy zł. 3.000

B-63697

Druk Sp. Wyd. „Chłopski Świat” — Warszawa, Al. Jerozolimskie 83

ROCZNIK PSYCHIATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Założony przez
PROFESORA DR RAFAŁA RADZIWIŁOWICZA

Rok XXVII

1949

Tom 37 Nr 1

Biblioteka Jagiellońska



1002212166



OD REDAKCJI

102 585 II

37 (1949)

W styczniu 1939 r. ukazał się 36 zeszyt Rocznika Psychiatrycznego; był to ostatni zeszyt przed wojną. Redakcja „Rocznika Psychiatrycznego” przygotowała zeszyt 37, który został całkowicie złożony w sierpniu 1939 r., nie zdołano go jednak rozesłać członkom Polskiego Tow. Psychiatrycznego. We wrześniu 1939 r. władze niemieckie nakały zniszczyć cały nakład. Pomimo rozkazu Redakcja zeszyt ten przechowywała w Klinice Psychiatrycznej U. W. licząc, że po skończeniu wojny roześle go członkom Towarzystwa. Niestety, w powstaniu Warszawskim zeszyt ten wraz z Kliniką Psychiatryczną uległ całkowitemu zniszczeniu.

W okresie od ukazania się ostatniego zeszytu Redakcja „Rocznika Psychiatrycznego” poniosła bolesne straty personalne. Zmarł pierwszy redaktor (1921—1928), prof. *Jan Mazurkiewicz*, oraz drugi redaktor, (1928), płk. *Jan Nelken*. Zasługi obu tych uczonych dla psychiatrii są wielkie; najbliższy zeszyt „Rocznika”, który poświęcony będzie ich pamięci, zamieści dane biograficzne.

Z Komitetu redakcyjnego ubyli także prof. *Eugeniusz Artwiński*, doc. *Witold Łuniewski* oraz prof. *Stefan Pieńkowski*. Wśród przeszło 100 zabitych i zmarłych członków Polskiego Tow. Psychiatrycznego było wielu stałych współpracowników „Rocznika”. Straty te dla rozwoju psychiatrii polskiej, a zwłaszcza dla naszego czasopisma są olbrzymie.

Polskie Tow. Psychiatryczne na Walnym Zgromadzeniu dn. 2.XI. 1945 r. zdecydowało wznowić działalność swojego czasopisma. Redakcja „Rocznika Psychiatrycznego”, wydając obecny zeszyt jako kolejny 37 tom zamieszcza w nim część prac wygłoszonych na XX Zjeździe Psychiatrów Polskich w 1945 r. pozostawiając do opublikowania w następnych zeszytach resztę posiadanych prac.

Redakcja zwraca się do wszystkich psychiatrów polskich z prośbą o przysyłanie swoich prac naukowych i o poparcie w ten sposób zamierzeń Redakcji.

Redakcja Rocznika Psychiatrycznego

JAN MAZURKIEWICZ

DWOISTA FUNKCJA UKŁADU NERWOWEGO

Układ nerwowy jest jedynym narządem w organizmie ludzkim, który wykazuje funkcje tak bardzo rozbieżne, jak funkcje cielesne i funkcje psychiczne. Dwoistość ta jest tym trudniejsza do zrozumienia, że do dzisiejszego dnia wielu fizjologów widzi tylko swoistą cechę tkanki nerwowej, mianowicie przewodnictwo podrażnienia w łuku odruchowym: odruch. Dla klasycznego, refleksologicznego kierunku w fizjologii nie istnieje żadna akcja układu nerwowego, istnieje tylko jego reakcja, tym silniejsza, im silniej działa bodziec, który ją wywołuje. Stąd wszelkie funkcje układu nerwowego bez wyjątku muszą mieć zawsze charakter odruchów: prostych, łańcuchowych, złożonych, bezwarunkowych czyli instynktownych, odruchów warunkowych, a wreszcie odruchów psychicznych, które *Pawłow* i jego szkoła zaliczają również do odruchów warunkowych.

Temu kierunkowi refleksologicznemu zawdzięczamy prawie całą naszą dzisiejszą wiedzę o układzie nerwowym. Ale z tej samej szkoły wyszły z biegiem lat badania, które coraz bardziej zaczęły podważać najgłębsze podstawy teorii refleksologicznej.

Już przed pięćdziesięciu laty najpierw jeden z badaczy angielskich, a wkrótce po nim i niezależnie od niego dwaj polscy fizjolodzy, *Adolf Beck* i *Napoleon Cybulski* doświadczalnie stwierdzili istnienie aktywności własnej kory mózgowej pod postacią potencjałów elektrycznych, powstających niezależnie od podrażnień dośrodkowych. Początkowo dalszy rozwój tych badań postępował zółwim krokiem naprzód. Ale w ciągu ostatnich kilkunastu lat przed wojną światową wynalezienie aparatu, pozwalającego badać te potencjały w korze mózgowej przez powłoki skórne i kostne, spowodowało nadzwyczajny rozrost tych

badania i utworzenie odrębnego działu neurofizjologii, mianowicie tak zwanej elektroencefalografii, która doszła do całego szeregu wyników bardzo ciekawych i mogących mieć pierwszorzędne znaczenie dla psychofizjologii i dla kliniki psychiatrycznej. Do najciekawszych wniosków należy stwierdzenie, że: aktywność własna kory mózgowej istnieje, że jej nie ma u noworodka, że powstaje u dziecka pod postacią wykształconych fal alfa, takich, jakie stwierdzone są u dorosłych, dopiero koło 8—9 roku życia, że zmiany w tych falach powstają zwłaszcza pod wpływem wzruszeń, silniejszych zainteresowań i podnieć zewnętrznych, szczególnie wzrokowych, itp. Ale u głuptaków i psychicznie chorych badania te dotąd nie wykazały jeszcze żadnych różnic w stosunku do badań u ludzi zdrowych. Jesteśmy jeszcze dopiero u początku tych obiecujących badań, ale w każdym razie już dzisiaj mamy prawo twierdzić, że mylnie jest dawniejsze twierdzenie, że wszystkie funkcje układu nerwowego są zawsze natury odruchowej, są zawsze tylko reakcją, ponieważ doświadczalnie została stwierdzona także akcja własna kory mózgowej. Zachodzi tylko oczywiście konieczność wyjaśnienia pochodzenia tych potencjałów i ich stosunku do aktywności psychicznej. Fakt tworzenia się tej aktywności własnej dopiero w życiu osobniczym dziecka i wykształcanie się fal alfa dopiero koło 8—9 roku jego życia zdaje się przemawiać za engraficznym charakterem ich genezy, zgodnie z zapatrywaniem tych autorów, którzy już od dawna uważali korę mózgową za akumulator energii nerwowej. Ale kumulowanie energii nerwowej jest procesem zachowawczym, mnemicznym, a nie przewodnictwem podrażnień w łuku odruchowym, które było uważane dawniej za jedyną cechę swoistą tkanki nerwowej. A także fale alfa, czy też może i inne istniejące jeszcze, są aktywnością globalną, a więc znowuż przeciwstawną do przewodnictwa podrażnienia w poszczególnym łuku odruchowym.

Podwaliny dawniejszych poglądów refleksologicznych zaczęły się chwiać także ze strony najmniej spodziewanej, mianowicie ze strony badań nad samym odruchem. Mianowicie *Lapicque* stwierdził, że przewodnictwo podrażnienia odbywa się tylko przez drogi izochroniczne, czyli mające tę samą pobudliwość, mierzoną za pomocą chronaksji*), a nadto stwierdził, że neuron, pośredniczący w rdzeniu kręgowym między neuronem dośrodkowym a odśrodkowym, ma inny

*) Chronaksja jest to czas trwania prądu krótkotrwałego (poniżej 5/1000 sek.) wywołującego pierwszy widoczny skurcz mięśnia przy podwójnej rheobazie, czyli podwójnym progu galwanicznym.

rytm i inną chronaksję, niż dwa pozostałe neurony łuku odruchowego, mianowicie ma chronaksję większą, czyli pobudliwość mniejszą, wskutek czego przewodnictwo podrażnienia w łuku odruchowym może się odbyć tylko po dokonanych procesie tak zwanego sumowania się podrażnień, powtarzających się w ciągu pewnego czasu w określonych przerwach. — Okazuje się z tych stosunków, że wbrew dawniejszym poglądom na przewodnictwo podrażnień, jako jedynej swoistej właściwości tkanki nerwowej, — w samym łuku odruchowym, mianowicie w neuronie pośredniczącym, stwierdzamy ten proces sumowania się podrażnień, który jest nie przewodnictwem, ale kumulowaniem, magazynowaniem energii nerwowej, która wzmacnia pobudliwość neuronu pośredniczącego aż do chwili, w której powstaje izochronizm dróg, a przez to możliwość wyładowania nagromadzonej energii w odruchu. To gromadzenie energii jest właśnie engrafią czyli jedną z faz procesu mnemicznego (pamięci fizjologicznej), obok fazy utajenia „engramów” i obok fazy ich ekforii, czyli przekształcenia stanu utajenia energii, ponownie w jej stan dynamiczny.

Ścisłe mówiąc, ten proces engraficzny należałoby nazywać nie sumowaniem się podrażnień, jak to się zwykle nazywa, ale sumowaniem się skutków podrażnień, ponieważ w rzeczywistości podrażnienia, dopływające do neuronu pośredniczącego, bynajmniej się w nim nie sumują, ale energia tych dopływających podrażnień ulega w neuronie pośredniczącym przekształceniu, i dopiero ta przekształcona, a więc już własna energia neuronu pośredniczącego ulega w nim kumulowaniu. Im bliżej poznajemy czynności układu nerwowego, tym częściej się okazuje ta jego działalność transformatorska. Nasuwa się pytanie, jaki może być cel biologiczny neuronu pośredniczącego i całego tego procesu mnemicznego, który się w nim odbywa podczas sumowania się skutków podrażnień? *Lapicque* sądzi, że opóźnienie odruchu, które powstaje na skutek sumowania się skutków podrażnień, ma na celu uzyskanie czasu, w ciągu którego mózgowie, albo inaczej siły własne układu nerwowego, mogą wywrzeć swój wpływ, nasilający lub hamujący, na odruch.

Dalszy wielki krok w kierunku nieco bliższego poznania tych stosunków zawdzięczamy szwajcarskiemu fizjologowi, *W. R. Hessowi* (1924), oraz uczniowi i następcy *Pawłowa*, *Orbeliemu* (1925). *Hess* za pomocą badań farmakologicznych, *Orbeli* w drodze precyzyjnych doświadczeń laboratoryjnych, wykazali prawie równocześnie, że układ nerwowy wegetatywny steruje czynnością nie tylko narządów ustro-

jowych organizmu, ale i czynnością układu nerwowego zwierzęcego. Doświadczenia *Orbeliego*, powtórzone w różnych innych krajach, zostały w zupełności potwierdzone. Dla zrozumienia wręcz rewolucyjnej doniosłości tych wniosków, należy sobie przypomnieć, że blisko przez sto lat uchodziło za pewnik twierdzenie *Bichata*, że funkcjami ustrojowymi rządzi układ nerwowy wegetatywny, zaś stosunkiem organizmu do świata zewnętrznego rządzi układ nerwowy zwierzęcy i że układ nerwowy wegetatywny, jako układ obwodowy, należy przeciwstawić układowi zwierzęcemu, jako ośrodkowemu. Całą głębię tych wielkich pomyłek zaczynamy powoli rozumieć dopiero teraz, gdy wiemy, że układ wegetatywny jest nie tylko obwodowy, ale stanowi jak najbardziej integralną część wszystkich pięter osi mózgowo-rdzeniowej, nie wyłączając kory mózgowej i, gdy się teraz dowiadujemy, właśnie dzięki *Hessowi* i *Orbeliemu*, że układ wegetatywny rządzi także układem zwierzęcym. Wielką doniosłość tego ostatniego wniosku dla nas, dla psychologów i psychiatrów, możemy sobie uświadomić dopiero wtedy, jeżeli zestawimy sterowanie układu zwierzęcego przez układ wegetatywny z jednej strony, zaś sterowanie myśli i naszego zachowania się przez tendencje uczuciowe z drugiej, i jeżeli równocześnie przypomnimy sobie, że anatomo-fizjologicznym odpowiednikiem życia uczuciowego są neurodynamizmy wegetatywne na różnych piętrach ewolucyjnych układu nerwowego. Dopiero takie ujęcie i zestawienie daje pierwsze możliwości rozpoczęcia pracy nad psychofizjologią życia uczuciowego, w związku z mnemicznym jego pojmowaniem. — Rewolucyjny zwrot w fizjologii układu nerwowego, który się odbywa właśnie obecnie, przemawia bardzo silnie na korzyść dynamicznego kierunku w psychologii i w psychiatrii, i przeciwko kierunkowi asocjacionistycznemu, który jest psychologicznym odpowiednikiem teorii refleksologicznej. Zmienia się dzisiaj samo pojęcie odruchu, który przestaje być reakcją na bodziec zewnętrzny, reakcją o nasileniu zależnym od nasilenia tego bodźca, a staje się wypadkową dwóch sił: bodźca zewnętrznego i sterującej siły układu wegetatywnego.

Dawniejsza neurofizjologia wykazywała tendencję do upatrywania we wszystkich funkcjach układu nerwowego ich jednolitego charakteru, wypływającego konsekwentnie z przewodnictwa podrażnień, jako jedynej swoistej cechy tkanki nerwowej. Obecnie zmuszeni jesteśmy i pod tym względem, przeciwnie, jak najmocniej podkreślać przekształcające funkcje układu nerwowego. Układ nerwowy obwodowy i ośrodkowy, jest wielkim transformatorem. Każdy obwo-

dowy narząd zmysłów przekształca energię bodźca zewnętrznego na energię podrażnienia nerwowego; już *Monakow* mówił o dalszym przekształcaniu podrażnienia włókien nerwu wzrokowego w ośrodkach wzrokowych podkorowych, i jeszcze ich dalszym przekształcaniu w ośrodkach wzrokowych kory mózgowej. *Canon* wykazał, że obwodowy zwoj współczulny jest również transformatorem, ponieważ prąd, dopływający do tego zwoju, nie jest identyczny z prądem, który z tego zwoju wypływa.

Dla psychiatriy najciekawsze są jednak te funkcje przekształcające układu nerwowego, które doprowadzają do tworzenia funkcji nerwowych globalnych i jakościowo różnych, czyli doprowadzają do różnicowania funkcji piętrowych. Istnienie tego rodzaju urządzeń transformatorskich w rdzeniu kręgowym zostało stwierdzone doświadczalnie przez *Matthewsa* i *Barrowa*, i wyniki tych doświadczeń *Adrian* określił na Międzynarodowym Zjeździe Fizjologów w Moskwie w roku 1935 w następujący sposób. Impulsy czuciowe, dochodzące do mózgu, nie są identyczne z impulsami czuciowymi, które wchodzi do rdzenia kręgowego, ponieważ znaczna ich ilość ulega stłumieniu wskutek istnienia pewnego rodzaju mechanizmu, który filtruje i kontroluje dopływająca podrażnienia, który osłabia silne wahania podrażnień czuciowych, dochodzących do rdzenia kręgowego, i wskutek tej selekcji skierowuje do mózgowia prąd już bardziej dostosowany.

Wyniki te pozostają w dobrej zgodzie z wynikami doświadczeń laboratoryjnych *Dusser de Barennea*, a także spostrzeżeń klinicznych *H. Heada*, jak również *O. Förstera*, dotyczących jedności czynnościowych segmentarnych w rdzeniu kręgowym człowieka.

Mamy prawo przypuszczać, że dalszą stacją przekształcającą i filtrującą są w górze wzrokowe, do których zlewają się zatem nie współczesne podrażnienia obwodowe, ponieważ te w sposób izolowany występują tylko na obwodzie, ale współczesne jedności czynnościowe segmentarne, nie stanowiące już sumy podażnień obwodowych, bo te ostatnie już uległy przekształceniu.

Na drugim podkorowym poziomie dróg dośrodkowych, mamy zatem do czynienia już z bez porównania bardziej złożonymi stosunkami. Ale nie tylko większa złożoność wyróżnia jedności czynnościowe talamiczne od segmentarnych. Dalsza, najbardziej podstawowa różnica polega na tym, że przekształcenie na poziomie rdzeniowym ma charakter czysto fizjologiczny, podczas gdy na piętrze podkorowym ma

już charakter psychofizjologiczny: talamiczny ośrodek afektywności protopatycznej „produkuje”, według wyrażenia *Head*a, afetywny ton niektórych podrażnień zmysłowych i ustrojowych, a przez to samo różnicuje te podrażnienia. Proces filtrowania i kontrolowania współczesnych zespołów segmentarnych przez wzgórze wzrokowe (wraz z podwzgórzem) polega na tym, że jedne zespoły pozostają obojętne, zaś inne budzą ośrodek afektywności protopatycznej i otrzymują przez to zabarwienie uczuciowe, dodatnie lub ujemne. Po rzutowaniu zespołów talamicznych na korę mózgową, w tej ostatniej ulegają zespołowej engracji tylko zespoły talamiczne, zabarwione uczuciowo, wszystkie inne, obojętne zespoły, ulegają engrafii tylko mechanicznej, wzmagającej, owszem, ogólną pobudliwość kory, ale nie mającej znaczenia wybiórczego dla pamięci psychologicznej, dla przeżyć zapamiętywanych.

Kora mózgową jest narządem, magazynującym i opracowującym doświadczenia osobnicze dzięki temu, że posiada strukturę, umożliwiającą jej maksymalną działalność mnemiczną, nie tylko czysto mechaniczną, elementarną, jak w zwykłym zjawisku sumowania się skutków podrażnień, ale i w znaczeniu rozwojowo wyższej postaci aktywności mnemicznej, mianowicie wybiórczej, kojarzeniowej, zespołowej. W tej postaci nie energia wszelkich, byle jakich podrażnień nerwowych, zostaje kumulowana i daje w wyniku wzmoczenie ogólnej pobudliwości, ale ulegają engrafii tylko te zespoły współczesnych, swoistych, zróżnicowanych podrażnień, które są wybiórczo zabarwione tonem uczuciowym protopatycznym, dodatnim lub ujemnym. Ten rozwojowo wyższy rodzaj pamięci fizjologicznej cechuje się zatym tym, że dla takiej zespołowej engrafii samo działanie bodźca zewnętrznego, chociażby nieskończoną ilość razy powtarzającego się, jest niewystarczające, ponieważ dla doprowadzenia do engrafii zespołowej wymaga niezbędnie współdziałania drugiego czynnika, mianowicie siły energii własnej, fizjologicznego odpowiednika uczucia zainteresowania i jego funkcji: uwagi. Stąd wynika, że kora mózgową, we wszystkich okresach swego rozwoju i swojej działalności, magazynuje tylko te zespoły wrażeń, które budzą zainteresowanie i uwagę dlatego, że są przyjemne lub przykre.

Oprócz własności chemicznych, ewolucyjnie najwyżej stojących, kora mózgową dla spełnienia swych zadań biologicznych, jako narządu świadomości, magazynu doświadczeń życiowych i energii psychicznej swoistej, musi posiadać jeszcze inną cechę, mianowicie być początkowo

tablicą niezapisaną, musi istnieć wolne miejsce w korze, aby mogła się odbyć „wędrowka czynności ku przodowi”, czyli przewędrowanie tych czynności z narządów podkorowych do kory mózgowej. I rzeczywiście, kora mózgowa noworodka jest swoście niepobudliwa i nieczynna, żyje życiem wyłącznie tylko ustrojowym. Już *Arystoteles* spostrzegł, że „niema nic w umyśle, czego nie byłoby przedtem w zmysłach” i, parafrazując to powiedzenie, moglibyśmy stwierdzić, że w korze mózgowej niema żadnej takiej czynności pierwotnej, któraby się nie dała sprowadzić do swego źródła we wzgórzach wzrokowych. Cała początkowa aktywność kory mózgowej, bez reszty, wypływa z przeróbki rzutowanych na nią talamicznych jedności czynnościowych. Gdy się jednak mówi o wędrowce czynności ku przodowi, to zwykle ma się na myśli tylko czynności zmysłowe i ruchowe. W tym przekonaniu tkwi wielki błąd, gdyż dzisiaj nie możemy już wątpić, że narządem uczuciowości protopatycznej są wzgórza wzrokowe wraz z podwzgórzem, i że narządem uczuciowości ewolucyjnie wyższej, psychicznej, jest kora mózgowa. Psychologia i psychiatria już zdawna twierdzą, i słusznie, że aktywność psychiczna wyrasta z instynktu. Ale nie należy przytym zapominać, że u noworodka ludzkiego instynkt nie posiada ani gnozi, ani gotowych wzorów sprawności ruchowej, i polega wyłącznie popędowości uczuciowej. W jednościach czynnościowych talamicznych, rzutowanych, na korę mózgową, składnik afektywny, budzony przez podrażnienia natury zmysłowej i ustrojowej, musi zatym w korze mózgowej odgrywać główną rolę energii wegetatywno-afektywnej, kojarzącej się przez promieniowanie z elementami przede wszystkim gnostycznymi, i tworzącej przez to kojarzenie nowe jedności czynnościowe korowe, mianowicie mnemiczne zespoły czyli kompleksy poznawczo-uczuciowe, te mianowicie, które są koniecznym warunkiem powstania każdego odruchu warunkowego.

Fakt tworzenia się w korze mózgowej odruchów warunkowych, które nie mogą się tworzyć w mechanizmach podkorowych człowieka, świadczy o tym, że kora mózgowa niewątpliwie jest stacją przekształcającą, tak samo jak piętro rdzeniowe, i piętro podkorowe. Ale kora mózgowa jest narządem, w którym się odbywa około dwóch dziesiątków lat ewolucja życia psychicznego, od jego punktu zerowego u noworodka ludzkiego, aż do pełnego bogactwa i zróżnicowania życia psychicznego człowieka pełnoletniego. Nasuwa się pytanie, czy rozwój psychiczny na całej tej olbrzymiej drodze odbywa się wciąż na tym samym, jednym piętrze przekształcającym kory mózgowej jako

całości, czy też istnieje w jej obrębie więcej pięter przekształcających? Dopóki psychologia sądziła, że rozwój psychiczny polega na różnicach tylko ilościowych, można sobie było wyobrazić tego rodzaju jednolitość kory mózgowej. Jeżeli jednak stwierdzamy dzisiaj różnice jakościowe w różnych stadiach rozwoju psychicznego, to już jest znacznie trudniej wyobrazić sobie, że ten sam narząd korowy daje w wyniku jakościowo odmiennie funkcje.

Badacze, którzy upatrywali w korze mózgowej, zgodnie z klasycznymi poglądami refleksologicznymi, narząd najbardziej złożonych (psychicznych) odruchów, podkreślali zgodność podstawowego planu budowy kory mózgowej z planem poprzecznego przekroju rdzenia kręgowego: jak w tym ostatnim drogi czuciowe wchodzą przez korzonki tylne, a drogi ruchowe wychodzą przez korzonki przednie, tak w korze mózgowej ku tyłowi od rowka centralnego leżą pola zmysłowe, zaś ku przodowi od niego pola ruchowe. Takie ujęcie planu kory mózgowej możnaby nazwać anatomicznym, albo statycznym, albo neurologicznym. Jest ono uzasadnione tym, że procesy odruchowe odbywają się na wszystkich poziomach osi mózgowo-rdzeniowej, a więc i na poziomie kory mózgowej. Plan ten od połowy ubiegłego wieku jest powszechnie znany i nie wymaga bliższego zastanowienia. Ale w tym planie nie mieszczą się żadne stacje przekształcające i nie widać tu miejsca dla żadnej ewolucji i dla jej bardzo długiej drogi.

W rzeczywistości jednak ewolucja istnieje napewno, a prawdopodobieństwo istnienia paru stacyj przekształcających w korze jest znaczne. Ewolucja kory mózgowej przejawia się w procesie tak zwanej przez antropologów francuskich cefalizacji i psychizacji człowieka. Ten proces, polegający na rozwoju kory mózgowej, jest w najwyższym stopniu nierównomierny i anatomicznie i czynnościowo. Tylny, zmysłowy biegun kory jest u wyższych ssaków i u człowieka mniej więcej jednakowo zbudowany i mniej więcej jednakowo czynny, a nawet, sądząc z doświadczeń Pawłowa nad odruchami warunkowymi, zdolność różnicowania np. stopni szarości tablic okulistycznych jest u jego doświadczalnych psów większa, aniżeli u człowieka. Pomijamy tu brak narządu mowy u zwierząt, słuchowego i ruchowego, a także neurologicznie „niemego pola” na skrzyżowaniu płatów ciemieniowego, potylicznego skroniowego.

Stosunki rozwojowe przedniego bieguna kory, a więc narządu czołowego, przedstawiają się zupełnie odmiennie, aniżeli bieguna tylnego. Ogromne różnice w rozwoju narządu czołowego znajdujemy nie

tylko pomiędzy ssakami, nawet najwyższymi, nawet małpami człekopodobnymi, a człowiekiem, ale nawet pomiędzy człowiekiem kopalnym (neandertalskim i rodezyjskim) z jednej strony i człowiekiem historycznym z drugiej. Nasz znany warszawski antropolog, *Edward Loth**) twierdził, że proces rozwojowy płatów członowych u dzisiejszego człowieka nie jest jeszcze zakończony, i że dalszy rozwój człowieka przymiesie „dalsze uwypuklenie czaszki mózgowej i zmniejszenie twarzoczaszki”, wskutek czego kształt czaszki normalnego człowieka przyszłości może się zbliżyć do patologicznego kształtu wodogłowia, które dzisiaj widzujemy. Równolegle do tego procesu cefalizacji, stwierdzamy coraz dalej idącą psychizację i intelektualizację człowieka. Nawet pomiędzy dziś żyjącymi ludami pierwotnymi a człowiekiem kraju cywilizowanego różnice pod tym względem są ogromne. Jest rzeczą niezmiernie charakterystyczną, że *Pawłow*, ujmujący korę mózgową ze strony przede wszystkim anatomicznej i refleksologicznej, przez badanie odruchów warunkowych u psów, którym wycięto płaty czołowe, doszedł do wniosku, że płaty czołowe nie są potrzebne dla odruchów warunkowych i że w ogóle nie spełniają żadnych specjalnie ważnych funkcji. Ale przyroda nie stwarza w żadnym organizmie narządów zbędnych, i musimy sądzić, że słusność jest tu raczej po stronie antropologów, a zresztą także i klinicyistów, którzy na podstawie przypadków patologicznych dochodzą do wniosku, że płaty czołowe są narządem ewolucyjnie najwyższych funkcji psychicznych. Anatomiczny i funkcjonalny rozwój kory mózgowej nie jest zatem bynajmniej równomierny, gdyż jej biegun tylny pozostaje obecnie już w okresie zastoju, zaś biegun przedni wykazywał i wykazuje ciągle rozwój. Ewolucja idzie zatem od tyłu ku przodowi w korze mózgowej właśnie tak samo, jak szła w tak zwanej wędrówce czynności ku przodowi, czyli od mechanizmów podkorowych do kory. Można więc powiedzieć, że istnieje dalszy ciąg jakiejś wędrówki czynności, dającej się stwierdzić w samej korze, wędrówki, która na nowych piętrach tworzy nowe czynności, ale nie kasując swoistych czynności pięter niższych, np. popędowości uczuciowej czystego instynktu na poziomie podkorowym, albo odruchowości warunkowej na poziomie pozaczołowym. Narządem rozwojowo szczytowych funkcji korowo-psychicznych jest narząd czołowy.

Nie wiemy, gdzie się lokalizują dynamizmy prelogiczne, które z punktu widzenia ewolucyjnego, dyssolucyjnego i klinicznego zaj-

*) Zginął w Warszawie od bomby niemieckiej w wrześniu 1944. Por. jego „Postępy nauki o człowieku XX w.“. Rocznik Tow. Nauk. Warsz. 1936.

niują miejsce pośrednie między psychizmami odruchowości warunkowej a dynamizmami czołowo-logicznymi. Można tylko przypuszczać, że dynamizmy prelogiczne mieszczą się raczej w narzędzie pozaczolowym (może w jego neurologicznie „niemych” polach?), ponieważ wszystkie cechy tych dynamizmów, jak zobaczymy wkrótce, bliższe są mechanizmów pozaczolowych, niż czołowych, pomimo swego charakteru intrapsychoicznego. Gdyby przypuszczenie to odpowiadało stosunkom rzeczywistym, w takim razie z powyższych wywodów wynikałaby bardziej ogólna zasada, że chronogeny rozwój psychiczny idzie równolegle do topogenego rozwoju poszczególnych pięter kory mózgowej.

Tak więc mamy teraz do wyboru dwa ogólne plany budowy kory mózgowej: jeden, opierający się bardziej na anatomii, na statyce, który możnaby nazwać planem refleksologicznym albo neurologicznym, i drugi, opierający się na własnościach mnemicznych kory mózgowej, na jej globalnych dynamizmach i jej ewolucji; ten plan możnaby nazwać psychofizjologicznym albo psychiatrycznym.

Który z tych planów jest lepszy i bliższy rzeczywistości? W pytaniu tym tkwi dużo naiwności i zupełnego niezrozumienia aktywności korowej, w której możemy znaleźć i proste odruchy i czynności korowo-psychiczne, które są najbardziej złożonym zjawiskiem na świecie. Oba te plany, pomimo swojej rozbieżności, są jednakowo dobre i jednakowo uzasadnione, ale z zastrzeżeniem, że plan neurologiczny jest dobry, a nawet wyraźnie lepszy, tylko dla neurologii, która musi się opierać na łuku odruchowym, jednakowo czynnym na wszystkich piętrach osi mózgowo-rdzeniowej, i która dlatego mówi z pewnym pobłażliwym uśmiechem o własnościach mnemicznych układu nerwowego i hierarchii jego czynności. Są to pojęcia zbędne albo prawie zbędne dla neurologa, który bada zaburzenia tylko cielesne. I przeciwnie, psychiatra, jeżeli dąży do psychofizjologicznego ujęcia zaburzeń psychicznych i nie chce poprzestawać na mglistych spekulacjach psychologicznych, musi się oprzeć na własnościach mnemicznych tkanki nerwowej, na ewolucji hierarchiczno-piętrowych aktywności nerwowych i na ich dyssolucji. Ale we wszystkich tych sprawach psychiatra ma do czynienia wciąż tylko z globalnymi funkcjami układu nerwowego, tylko z jego własną aktywnością, ewolucyjnie możliwie najbardziej przekształconą i najdalszą od przewodnictwa podrażnienia w tym łuku odruchowym, który dla psychiatry — dopóki mówi o zaburzeniach psychicznych, a nie cielesnych — jest w ogóle czymś zupełnie zbędnym. Funkcja układu nerwowego jest więc rzeczywiście dwoista, ale

z tej dwoistej funkcji tylko jedna — własna, globalna, mnemiczno-zespołowa — ulega przekształceniu, ewolucji i dyssolucji, czyli procesowi odwrotnemu do ewolucji.

Hughlings Jackson w swojej nauce o ewolucji, głoszonej już przed 60 laty, wychodził z dwóch założeń podstawowych: 1 funkcją układu nerwowego jest nagromadzenie energii i wyładowywanie jej, i 2 budowę układu nerwowego należy ujmować ewolucyjnie, i rozróżniać w nim trzy poziomy. Najgłębszym poziomem są rdzeń kręgowy i przedłużony, które obejmują procesy najbardziej automatyczne, najmocniej zorganizowane, najmniej dowolne. Na wyższych poziomach procesy występują w koordynacji coraz bardziej złożonej, coraz mniej odruchowej, coraz słabiej zorganizowanej; drugi poziom widział *Jackson* w ciele prążkowanym z przynależnymi doń zwojami *Rolanda*, zaś trzeci poziom, najwyższy, w zwojach kory czołowej. W dyssolucji widział *Jackson* proces odwrotny do ewolucji, wywoływany przez chorobę, która bezpośrednio daje objawy tylko negatywne czyli ubytkowe, przyczem ubytek zaczyna się zawsze od warstwy ewolucyjnie najwyższej i pogłębia w kolejności odwrotnej do ewolucji. Wszystkie objawy pozytywne, czyli nieubytkowe, nie są wywołane przez chorobę, ale są objawami normalnymi dla warstw niższych, tylko wyzwolonymi wskutek braku tłumienia ze strony warstw nadrzędnych. Choć po upływie przeszło pół wieku niektóre twierdzenia *Jacksona* muszą już ulec korekcie, to jednak zastosowanie jego podstawowych poglądów dynamicznych, ewolucyjnych i dyssolucyjnych w psychiatrii daje do dnia dzisiejszego jak najbardziej owocne wyniki, właśnie przez zestawienie tych poglądów z ubiegłego stulecia z najnowszymi zdobyczami naszej wiedzy z zakresu fizjologii układu nerwowego.

Największa różnica w poglądach na funkcję układu nerwowego dotyczy roli bodźca zewnętrznego i roli sił własnych układu nerwowego, w poglądach na jego reakcje i akcje. W stuleciu ubiegłym organizm zwierzęcy i ludzki był uważany za maszynę odruchową, czynną tylko po zadziałaniu bodźca zewnętrznego. Dzisiaj stwierdzamy, że odruch nawet rdzeniowy nie jest przejawem tylko bodźca zewnętrznego, ale jest — jak widzieliśmy — wypadkową dwóch sił: siły bodźca zewnętrznego i sił własnych układu nerwowego. Ale te siły własne układu nerwowego mają charakter zmienny, ulegający na różnych jego piętrach radykalnym przekształceniom, wskutek których również radykalnej zmianie ulega stosunek tych sił własnych do bodźca zewnętrznego, który odgrywa tym mniejszą rolę, im na wyższe piętro układu nerwowego wznosimy się.

Rzeczywiście, na poziomie rdzenia kręgowego rola sił własnych układu nerwowego jest tak znikoma, że fizjologia mogła utrzymywać twierdzenie, że nasilenie reakcji jest zależne tylko od nasilenia bodźca zewnętrznego, — dopóki subtelne doświadczenia *Orbzlliego* nie wykazały, jak widzieliśmy, wpływów układu wegetatywnego na odruch.

Na poziomie podkorowym znajdujemy już takie czynności organizmu, w których żaden bodziec zewnętrzny nie działa zupełnie, które są zatem akcją sił własnych organizmu, albo inaczej mówiąc, reakcją na ustrojową konstelację organizmu w danej chwili (wrażenie głodowe i inne potrzeby fizjologiczne, decydujące o zachowaniu się dziecka).

A wreszcie na poziomie korowym znajdujemy jeszcze inny, trzeci rodzaj czynności nerwowych, które nie są reakcją na bodziec zewnętrzny, i nie są reakcją na konstelację ustrojową na obwodzie, a które są nazywane w psychologii i w psychiatrii „dowolnymi”, pomimo że pojęcie „woli” coraz bardziej zanika i w psychologii i w psychiatrii. Jeżeli słusznie unikamy wprowadzania do biologii i psychiatrii pojęć metafizycznych, które nic nie wyjaśniają, to nie powinniśmy wpadać w drugą ostateczność i w ogóle zamykać oczy na różnice, rzeczywiście istniejące pomiędzy reakcjami na bodźce zewnętrzne lub ustrojowe z jednej strony, a „dowolnymi” czynnościami kory mózgowej z drugiej strony. Istotne wyjaśnienie tej różnicy nastąpi dopiero wtedy, kiedy uda się zbadać fizjologiczną naturę czynności „dowolnych”, niewątpliwie odrębną od reakcyj instynktowych na potrzeby fizjologiczne. Dzisiaj możemy tylko w bardzo ogólnikowy sposób powiedzieć, że czynności „dowolne” zależą od każdorazowej konstelacji psychologicznej, czyli, mówiąc językiem fizjologicznym, od każdorazowej konstelacji korowo - mnemicznej, która ze swej strony zależna jest od magazynowanych przeżyć, to jest od zespołów poznawczo - uczuciowych, które uległy engrafii. Czynności dowolne sprawiają wrażenie samorzutnej akcji, ponieważ nie są reakcją na bodźce zewnętrzne lub ustrojowe; ale samorzutność ich jest pozorna właśnie dlatego, że zależna jest w zupełności od przeszłości korowo-mnemicznej. Każda engrafia zespołowa jest przechowywaniem nie tylko wiedzy i tendencyj uczuciowych, ale także energii utajonej ich engramów, która jest siłą zupełnie realną, w znaczeniu fizykalnym, i która biologicznie jest siłą w zupełności własną. Pozory samorzutności czynności, zwanych dowolnymi, powstają zatem wtedy, gdy mnemiczne zespoły poznawczo-uczuciowe ulegają ekforii pod wpływem bodźców również natury mnemicznej i doprowadzają do jakiejś „akcji”, czyli reakcji na konstelację korowo-

psychiczną, niezależną od stosunków ustrojowych na obwodzie dopóty, dopóki te ostatnie nie wywierają ujemnego wpływu na życie ustrojowe tkanki mózgowej. Mamy więc zupełne prawo mówić o energii psychicznej lub energii własnej układu nerwowego, ale z zastrzeżeniem zrozumienia, że ta energia własna jest zjawiskiem fizjologicznym *p o c h o d n y m*, powstającym po wielu uprzednich przekształceniach współczesnych podrażnień układu nerwowego; jest zjawiskiem bardzo złożonym i stojącym na najwyższym szczeblu rozwoju i hierarchii aktywności nerwowej, najdalszym od tej odruchowości, która jest zależna od bodźca zewnętrznego. Stąd zaczyna być zrozumiałe twierdzenie *Jacksona*, że choroba psychiczna wywołuje dysolucję w znaczeniu ubytków właśnie w tej hierarchicznie najwyższej, najsłabiej zorganizowanej warstwie ewolucyjnej, ponieważ jest ona najmniej odporna na wszelkie szkodliwości.

Aktywność własna układu nerwowego jest na wszystkich jej poziomach aktywnością wegetatywno-uczuciową, która tworzy konstelację fizjologiczną (w znaczeniu potrzeb) i konstelację psychologiczną, jest więc dynamicznym motorem wszelkiego życia instynktowego i psychicznego. Ale chcąc zrozumieć te zawile stosunki, nie należy pod nazwą „układ wegetatywny” rozumieć — jak to się dzisiaj jeszcze często zdarza — tylko układu współczulnego i przywspółczulnego, które są układami wegetatywnymi odśrodkowymi, ruchowymi, i — rzecz prosta — jako takie nie mogą mieć nigdy siły własnej, mogą być jedynie i wyłącznie aparatem wykonawczym. Wszędzie, gdzie mówimy zatem o układzie wegetatywno-uczuciowym, mamy na myśli oczywiście układ wegetatywny dośrodkowy, czuciowy, albo ośrodkowy, ale nigdy odśrodkowy, wykonawczy. W takim ujęciu życie uczuciowe człowieka, pomimo swego najbardziej podmiotowego, dynamicznego i nieuchwytnego charakteru, znajduje swój neurodynamiczny odpowiednik w układzie wegetatywno-afektywnym, co pozwala na rozpoczęcie badań psychofizjologicznych nie ułamkowych, jak np. dotychczasowe badania wrażeń zmysłowych, ale dotyczących najgłębszej istoty wszelkich czynności psychicznych, którą jest zawsze uczucie. Uczucie kieruje myśleniem człowieka i uczucie kieruje jego zachowaniem się. Uczucie tworzy wielki świat wiedzy, życia intelektualnego i życia społecznego, tworzy charakter człowieka czyli tworzy w ogóle wszelką aktywność psychiczną, tworzy z człowieka *j e d n o ś ć p s y c h o f i z y c z n ą*. A skoro człowiek jest jednością psychofizyczną, to nie należy nigdy leczyć choroby psychicznej, ale należy zawsze leczyć człowieka chorego.

ROMAN MARKUSZEWICZ

O NOWY KIERUNEK W PSYCHOPATOLOGII

Teorie psychopatologiczne bądź opierają się o teorie psychologiczne, bądź przyczynają się do ich kształtowania. Konieczność powstania nowego kierunku w psychopatologii uwidoczniła się, jeśli w szkicu bodaj pobieżnym naświetlimy krytycznie najistotniejsze prądy ideologiczne, ujawniające się zarówno w psychologii, jak i w psychopatologii.

Istnieją oddawna dwa zwalczające się nawzajem kierunki w psychologii: kierunek materialistyczny, który sprowadza zjawiska psychiczne do fizycznych, — i idealistyczny, który wywodzi zjawiska materialne z psychicznych. Kierunki te powstały w następstwie teorii *Descartesa* (XVII stulecie), który wywarł wpływ decydujący na rozwój psychologii klasycznej. Wprowadzony przez *Descartesa* sztuczny podział na duszę i materię trwał w psychologii niezmiennie, nie zważając na wysiłki teoretyczne autorów późniejszych, aby fikcyjną dwoistość człowieka zastąpić jego realną jednością. Dualizm przejawiał się w nieprzewycięzonej trudności, która stała na przeszkodzie przy sprowadzaniu zjawisk kategorii jednej do zjawisk kategorii drugiej. Stwierdzamy to zarówno w teorii psychofizycznej paralelizmu, jak w teorii psychofizycznej współdziałania — i wreszcie w teorii psychofizycznej tożsamości.

Pierwsza z nich twierdzi, że psychika i materia stanowią dwa szeregi zjawisk, które, równolegle przebiegając, odpowiadają sobie w poszczególnych etapach rozwoju, lecz nigdy nie współdziałają, nie łączą się ze sobą. Teoria psychofizycznego współdziałania przyjmuje, że zmiany fizjologiczne powodują zmiany również i w dziedzinie psychiki, podobnie jak i procesy psychiczne wywołują objawy fizjologiczne. Obie te teorie są teoriami dualistycznymi, gdyż zakładają istnienie dwu kategorii odrębnych zjawisk. Teoria współdziałania stwierdza tylko bez-

sprzeczne fakty, jak np. że uczucia wywołać mogą objawy fizjologiczne. Teoria ta nie jest jednak w stanie podanych przez siebie faktów wyjaśnić, gdyż owo współdziałanie oznaczałoby zaledwie zewnętrzne powiązanie tego, co uprzednio, w teorii, uległo sztucznemu podziałowi. Teoria trzecia — psychofizycznej tożsamości — ma na celu przezwycięzenie sztucznego dualistycznego stanowiska teorii poprzednich: sprowadza ona przejawy psychiczne do zjawisk fizjologicznych. Wywodzi się ona jeszcze z poglądów *Priestiego* (druga połowa 18 stulecia), który zaprzeczał istnieniu zasadniczej różnicy między zjawiskami psychicznymi a fizycznymi i rozpatrywał psychologię jako część fizjologii. W rozwoju kierunku tego odegrały dużą rolę odkrycia w dziedzinie fizjologii układu nerwowego i narządów zmysłowych. Powstała nowa dziedzina doświadczalnej, fizjologicznej psychologii (*Fechner, Wundt*). Kierunek ten ma trwale zasługi, gdyż wniósł do nauki dużo doniosłych faktów. Umożliwił poznanie, dzięki eksperymentalnemu badaniu, całego szeregu czynności świadomości, jak np. postrzeganie, uwaga, pamięć itp. Poznanie fizjologii ośrodkowego układu nerwowego zdawało się umożliwiać powstawanie szeroko zakreślonych koncepcyj, które miały wyjaśnić genezę zjawisk psychicznych na podstawie fizjologicznej. Taką koncepcją, opartą o duży materiał fizjologiczny, jest teoria *J. Mazurkiewicza*¹⁾. *Monakow* starał się uzasadnić istnienie psychologii biologicznej i wprowadził²⁾ pojęcie „horme“, „jako nie dająca się bliżej wyjaśnić siłę pra-popędową w żywej protoplazmie, siłę, której przypada reprezentacja żywotnych interesów stworzenia“. Horme miała łączyć zjawiska psychologiczne z biologicznymi. Ale pojęcie horme jako pra-impulsu i to wszystkich czynności organizmu jest niejasne, co *Monakow* sam przyznał, mówiąc, że nie da się tego pra-impulsu wyjaśnić.

Psychologia fizjologiczna, nie zważając na jej duże zasługi, nie jest dotychczas w stanie wyjaśnić bardziej złożonych procesów psychicznych, nie uwzględnia również znaczenia czynników społecznych w psychologii, — wobec czego jej wartość dla psychopatologii jest ograniczona. Co więcej: przejście od zjawiska fizjologicznego do psychologicznego jest nawet dla zwolenników psychologii fizjologicznej zagadnieniem nie do rozwiązania. „Nie możemy sobie wyobrazić — mówi *Mikulski*³⁾ — by pomiędzy zjawiskiem fizjologicznym z jednej strony, a psychologicznym —

1) J. Mazurkiewicz „Zarys fizjologicznej teorii uczuć“, Rocznik Psychiatryczny, 1930 r. z. XII.

2) C. v. Monakow „Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych.“, 1920 t. VI, z. 1.

3) A. Mikulski „Podręcznik psychologii“, Wilno, 1925.

z drugiej mógł być przerzucony most, lecz związek pomiędzy tymi w tak śnny wymiarze leżącymi zjawiskami nie ulega wątpliwości⁴. Te tkwiące w samej istocie zagadnienia trudności spowodowały, że obok rozpatrywanego kierunku rozwijał się nadal idealistyczny kierunek psychologii. Taką była np. psychologia całości, psychologia obejmująca *Sprangera*, psychologia opisowa *Dilteja*, która również rezygnuje z wyjaśnienia bardziej złożonych zjawisk psychicznych i ogranicza się do ich opisywania.

Trudności, na które natrafiają zarówno kierunek materialistyczny, jak i idealistyczny, wynikają — jak to słusznie zaznacza *Rub'nsztajn*⁴) — nie tylko z przesłanek dualizmu, z którego oba te kierunki wywodzą się, ale i z właściwego teoriom tym intelektualistycznego pojęcia świadomości. Jest to pojęcie wprowadzone do psychologii również przez *Descartesa*, który stawiając tezę: *cogito - ergo sum*, dał podstawę introspekcyjnego pojmowania świadomości jako zamkniętego w sobie świata wewnętrznego. Jest on dostępny poznaniu jedynie przeżywającego podmiotu i dlatego psychologia klasyczna stała się nauką subiektywną, niesprawdzalną obiektywnie, gdyż metodą poznania psychologicznego była introspekcja. Przedmiot psychologii uległ w ten sposób sztucznemu ograniczeniu, gdyż sprowadzony został do poznania tylko czynności świadomości.

Jako reakcja na subiektywizm klasycznej psychologii powstał w Ameryce na początku XX stulecia nowy kierunek psychologii, tzw. behawioryzm. Teoria ta powstała w wyniku badań nad zachowaniem się zwierząt (*behavior* — oznacza zachowanie się) i przeniesiona została na ludzi (*Torndyke, Watson, Lashley, Hunter*). W Rosji kierunkiem analogicznym była refleksologia (*Bechterew*). Behawioryzm odrzuca świadomość człowieka i bada jego działalność, zachowanie się, aby w ten sposób stać się psychologią obiektywną, niezależną od introspekcji. Działalność jednak ludzka sprowadzona zostaje przez ten kierunek psychologii do nieświadomych odruchowych reakcji, które występują jako odpowiedź na bodźce zewnętrzne. Behawioryzm prowadzi w ten sposób do zniekształcenia obrazu człowieka, który staje się zmechanizowanym automatem. Nie są bowiem brane pod uwagę wewnętrzne przyczyny działalności człowieka — jego popędy, które dają impuls do ludzkiej działalności. Zaleta behawioryzmu — jego obiektywizm — okupiona jest ceną zbyt wysoką: psychologia zdegradowana zostaje do refleksologii.

⁴) S. L. *Rubinsztajn* „Osnowy obszczej psychologii”. Moskwa. 1940.

Odejście od descartowskiego pojęcia świadomości ujawniło się w sposób znacznie głębszy w kierunku psychopatologii, znanym powszechnie pod nazwą freudyzmu. Świadomość — w myśl poglądów *Freuda* — jest zaledwie cechą zjawisk psychicznych, która nawet nie zawsze im towarzyszy. Istotnym punktem wyjścia procesów psychicznych jest nieświadomość, która jest siedliskiem popędów. Te ostatnie, a specjalnie popęd seksualny — jak to *Freud* stwierdził na wielkim materiale klinicznym — jest motorem czynów człowieka. Nie intelekt — ale popędy determinują zachowanie się człowieka, jego dążności, tendencje, a nawet typ jego przeżycia. Człowiek bowiem zdolny jest tylko do takiego przeżycia, które wynika z utrwalonej jego organizacji popędowej, z konstytucji jego popędu seksualnego. Świadomość zaś — ten najistotniejszy przedmiot psychologii klasycznej — zdegradowana jest w teorii *Freuda* do instancji cenzury moralnej, do siły tłumiącej, ale zazwyczaj ulegającej nakazom potężnego popędu seksualnego. Nieprzemijającą zasługą *Freuda* jest udowodnienie determinizmu popędowego — dzięki odkryciu historii rozwoju popędu seksualnego, — wprowadzenie do psychologii pojęcia dynamiki psychicznej, konfliktu chorobotwórczego, umożliwienie zrozumienia psychopatologii życia codziennego, dzięki czemu najprostsze czyny i myśli człowieka stają się zrozumiałe, — zapewne, nie zawsze w ten obłudny sposób, jak by sobie tego życzyła świadomość człowieka. Psychologia stała się nauką naprawdę obiektywną, gdyż przeżycie — przy uwzględnieniu całego jego przebiegu i wszystkich towarzyszących mu okoliczności — jest bardziej zrozumiałe dla obserwatora, niż dla podmiotu przeżycia. Freudyzm jako teoria psychopatologiczna umożliwiła głębsze zrozumienie psychonerwicy i dała nowy oręż do ich zwalczania. Jednocześnie doprowadziła do powstania psychologii głębinowej, która umożliwiła nowe wglądy w cały szereg innych gałęzi wiedzy, jak pedagogika, literatura, religioznostwo, mitologia. Zasługi *Freuda* dla nauki są nie przemijające. Uznanie to jednak nie powinno przysłańać nam dostrzegania w jego teorii błędów zasadniczych, które w końcu doprowadziły do kryzysu freudyzmu⁵⁾). Błędami tymi są: panseksualizm i nie uwzględnianie warunków bytowania jako czynnika kształtującego psychikę. Doprowadziło to w końcu do wypaczenia — w praktyce psychoanalitycznej — odkryć *Freuda*: determinizm popędowy przekształcił się w fatalizm konstytucjonalny, analiza subtelnych mechanizmów psychicznych stała się często bezcelowym psycho-

⁵⁾ Por. rozprawy moje: „O niekończącej się analizie *Freuda*”, Rocznik Psychiatryczny. 1938. z. XXXIV/XXXV i „Kryzys freudyzmu”, 1945 r.

log' zowan'iem, wyolbrzymiony przez mikroskop szczegół psychologiczny przysłonił całość badanego obiektu, gdyż zagubione zostały powiązania społeczne człowieka.

Potrzeba zrozumienia człowieka jako członka społeczeństwa ujawniła się w kierunku psychologii francuskiej tzw. szkoły socjologicznej *Lévy-Bruhl, Blondel, Pyagé* wyjaśniają postaci świadomości jako produkt rozwoju społecznego. Ale rozwój psychiczny — w myśl poglądów tej szkoły — nie jest ciągiem dalszym rozwoju biologicznego, lecz wynikiem wypierania form pierwotnej psychiki, uwarunkowanej rozwojem biologicznym, przez psychikę uspołecznioną. Linia ewolucji zostaje w ten sposób sztucznie załamana, rozwój społeczny przeciwstawiany jest rozwojowi biologicznemu człowieka.

Analogiczne tendencje ujawniły się w psychologii radzieckiej. *Wygotskij* przeciwstawia rozwojowi kulturalnemu rozwój naturalny człowieka, przy czym ten pierwszy jest nadbudówką nad rozwojem biologicznym. Swoistą jednak cechą psychologii radzieckiej lat ostatnich jest — jak zaznacza *Rubinsztajn*⁶⁾ — dążność do zbudowania psychologii marksistowskiej na podłożu dialektycznego materializmu. Psychologia ta ma dlatego charakter deklaracyjny: jej punktem wyjścia nie jest materiał obserwacyjny — ale marksizm jako filozoficzna podstawa psychologii. Próba ta nie powiodła się *Korniłow*i, który w teorii swej połączył psychologię doświadczalną z behawioryzmem. Dopiero w latach ostatnich szkoła moskiewska (*Rubinsztajn*) stawia problemat psychologii człowieka jako istoty uspołecznionej ze znacznie większym powodzeniem.

Podobnie jak *Korniłow*, również *Rubinsztajn*⁷⁾ w teorii swojej dał syntezę psychologii doświadczalnej z behawioryzmem. Synteza ta jednak powoduje powstanie czegoś nowego, gdyż usunięte zostają błędy obu tych kierunków, zaś teorię swoją *Rubinsztajn* wyprowadza z filozoficznego marksizmu.

Najnowszy ten kierunek psychologii radzieckiej nawiązuje do poglądów *Marksa*, które wypowiedział on we wstępie do „Krytyki ekonomii politycznej“ (1859) o istniejącym związku między świadomością człowieka, a jego warunkami bytowania. *Rubinsztajn* stwierdza, że zjawiska psychiczne przejawiają się w działalności człowieka i w introspekcji, tzn. w odzwierciedlaniu się psychiki w sobie samej. Świadomość jest swoistą postacią odzwierciedlania się obiektywnej rzeczywistości.

⁶⁾ S. L. *Rubinsztajn* „Osnovy obszczej psichologii“, Moskwa, 1940.

⁷⁾ Ibid.

która istnieje niezależnie od świadomości. Ta ostatnia nie jest więc zamkniętym w sobie światem, gdyż jej treść wewnętrzna wynika z ustosunkowania jej do zewnętrznej, obiektywnej rzeczywistości. Świadomość dlatego jest zawsze uświadomionym bytowaniem. Świadomość, kształtując się w procesie społecznej praktyki, ujawnia się nie tylko w produktach ludzkiej działalności — ale te ostatnie wywierają wpływ kształtujący na świadomość. Psychika kształtuje się w czynności, świadomość więc ujawnia się w działalności, zachowaniu się człowieka. Działalność i świadomość nie są to dwa zwrócone w różnych kierunkach aspekty, ale tworzą organiczną całość, nie tożsamość, ale jedność.

W ten sposób, jak widzimy, ulega zasadniczej zmianie zarówno behaviorystyczne pojęcie działalności, jak i introspekcyjne pojęcie świadomości, która jest wynikiem historycznego rozwoju człowieka. A dzięki temu umożliwiające jest zrozumienie powstania psychiki w wyniku dalszego biologicznego rozwoju. Psychika i materia nie są dwoistością, nie są również tożsamością — ale jednością. Pierwszą bowiem przesłanką powstania ludzkiej świadomości był rozwój mózgu człowieka. Ale sam mózg i jego swoiste właściwości są produktem historycznego rozwoju człowieka. Podstawowe prawo biologicznego rozwoju organizmów zawarte jest w twierdzeniu o jedności budowy i czynności: organizm rozwija się funkcjonując; zaś jego psychika kształtuje się w procesie jego działalności życiowej. Podstawowe prawo historycznego rozwoju psychiki, świadomości człowieka, zawarte jest w twierdzeniu, że człowiek rozwija się pracując. Zmieniając otaczającą go przyrodę, człowiek sam również podlega zmianie. Wytwarzając przez swą działalność — praktyczną i teoretyczną — przedmioty bytu uczłowieczonej przyrody, kultury, człowiek jednocześnie zmienia, kształtuje, rozwija swoje właściwości psychiczne. Podstawowe prawo rozwoju — jedność budowy i czynności otrzymuje w zastosowaniu do historycznego rozwoju psychiki klasyczny swój wyraz w jednym z fundamentalnych twierdzeń marksizmu: praca stworzyła człowieka.

Najnowsza ta teoria psychologiczna wymaga zastanowienia i dyskusji.

W oparciu o, znaną zresztą z fizjologii, zasadę jedności budowy i czynności, *Rubinsztajn* wprowadza do psychologii twierdzenie *Marksa* o jedności pracy, działalności człowieka i jego świadomości. Podkreślony jest w ten sposób wpływ kształtujący działalności na świadomość, dzięki czemu uzasadnione jest znaczenie warunków bytowania jako czynnika formującego ludzką świadomość. Jest to pozytywne osiągnięcie psychologii radzieckiej. Kierunek ten udowadnia konieczność poznawania człowieka

przez psychologię jako jednostki uspołecznionej. Jednocześnie uzasadnony jest stale postępujący rozwój człowieka, nie zważając na sprzeczność, pozorne załamania się w jego przebiegu. Idea ewolucjonizmu jest utrwalona przez stwierdzenie, że rozwój historyczny człowieka jest ciągiem dalszym jego rozwoju biologicznego. Stwierdzenie to umożliwia postawienie zasady jedności jako próby rozwiązania problemu psychofizycznego.

Podkreślając pozytywne osiągnięcia tego kierunku psychologii, stwierdzić jednak należy i jego niedociągnięcia. Miejsce naczelne w teorii tej zajmuje działalność człowieka: jako czynność — kształtuje organizm, jako praca — formuje świadomość człowieka. Działalność jest więc motorem rozwoju zarówno biologicznego, jak i psychicznego. Ale narzuca się pytanie: skąd płynie ta działalność, — z jakich źródeł dynamicznych czerpie swą siłę? *Rubinsztajn* nie udziela odpowiedzi zadawalającej na to zasadnicze pytanie. Działanie człowieka ma wypływać z jego świadomości; idee mają być siłą napędową zachowania się człowieka. Brak jednak odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób powstają idee, jaki w ich genezie jest udział popędów — potrzeb, interesów człowieka. Nieuwzględnianie dynamiki psychicznej, wywodzącej się z popędów, sprowadza człowieka do automatu według wzoru behavioryzmu — i uniemożliwia zrozumienie tego, co w człowieku jest najistotniejsze. Wystarczy zwrócić się do materiału klinicznego — do psychoneurozy, psychopatii — aby zrozumieć, skąd idee czerpią swą nigdy nie wyczerpującą się siłą napędową. Teoria psychologiczna, która okazała by się nieprzydatną dla psychopatologii, udowodniłaby tym samym swą niedostateczność. Dla psychopatologa nie mogą istnieć wątpliwości, że jednym z najistotniejszych źródeł dynamicznych działalności są popędy. Omawiając poprzednio kierunek behaviorystyczny, zwróć łem uwagę, że bez uwzględnienia popędów działalność człowieka przestaje się być zrozumiała i wydaje się łańcuchem odruchów. Zastanawiające jest, że *Rubinsztajn* ustosunkowuje się ze względów ideologicznych negatywnie do freudyzmu jako do kierunku idealistycznego i rzekomo irracjonalnego. W stanowisku takim ujawnia się nieprzezwyciężanie behavioryzmu i podejście do teorii psychologicznej z punktu widzenia deklaratywnego, a nie na podstawie obserwacji i materiału klinicznego. Psychiater radziecki tej młody, jak *Gilarowski*, krytykuje teorię freudowską ze stanowiska jedynie słusznego — na podstawie faktów klinicznych — i wypowiada⁸⁾ dlatego pogląd następujący: „Zainteresowanie psychoanalizą w Związku Radzieckim jest obecnie

⁸⁾ *A. Gilarowski* „Psychiatrija“, Moskwa, 1935, str. 706.

bardzo małe, jak również brak jest jej teoretycznego opracowania. Należy po części wyrazić żal, że zupełnie uzasadniona krytyka psychoanalizy, przeprowadzona z punktu widzenia dyskusji zasadniczej nad podstawowymi zagadnieniami psychopatologii, rzuciła odium na najbliższe nawet zainteresowanie freudyzmem⁹⁾. „Psychoanaliza zasługuje na całkowitą naszą uwagę jako metoda, która dać może wiele dla poznania nie tylko genezy zjawisk neurologicznych, ale i całości struktury psychicznej i bardzo dużo odkryć *Freuda* weszło na trwałe do psychopatologii, przy czym freudowski sposób myślenia, jego poglądy i terminologię przyswoili sobie, niejednokrotnie nieświadomie, liczni psychopatolodzy, którzy ustosunkowują się ujemnie do wartości leczniczej psychoanalizy“.

Punktem wyjścia teorii psychopatologicznej winien więc być materiał obserwacyjny, kliniczny. Poglądy ideologiczne mogą być konsekwencją teorii, ale nie punktem jej wyjścia. Taką właśnie drogą doszedłem do wniosków, które umożliwiają teoretycznie ich uogólnienie¹⁰⁾.

Materiałem moim obserwacyjnym były analizy neurotyków, które prowadziłem pierwsze 10 lat, posługując się techniką psychoanalityczną ściśle freudowską. Gdy przekonałem się jednak, że ta metoda lecznicza zawodzi, opracowałem w następnych 7 latach technikę odmienną, chociaż psychoanalityczną, lecz posługującą się nie tylko popędem seksualnym, ale i zachowawczym. Zwróciłem bowiem uwagę, że w psychoneurozach, w psychopatologii życia codziennego i społecznego odgrywa równie zasadniczą rolę, co popęd seksualny, również i popęd zachowawczy. Nieuwzględnianie tego ostatniego popędu przez *Freuda* powoduje, że metoda lecznicza freudowska jest często niedostateczna, gdyż uniemożliwia osiągnięcie choremu samodzielności psychicznej. Jest to więc analiza nie dość głęboko przeprowadzona. Obserwacje neurotyków przekonały mnie, że istnieje w ich życiu psychicznym szereg zasadniczych cech i właściwości, które wynikają z popędu zachowawczego. Cechami tymi są: bierność, dążność do oparcia, czasami ruchliwość.

⁹⁾ Ibid., str. 708.

¹⁰⁾ Pracę w tym kierunku rozpocząłem przed rokiem 1933 (por. „Wstępny zarys psychopatologii popędu samozachowawczego”, Rocznik Psychiatryczny, 1933 r. z. XXI, — i szereg następnych moich prac) — a więc niezależnie od najnowszej teorii psychologii radzieckiej (rok 1940). Teoria, którą przedstawię w największym skrócie, różni się też znacznie od tej ostatniej, chociaż część wniosków, do których doszedłem na podstawie doświadczenia, jest zbieżna z najnowszym kierunkiem psychologii radzieckiej.

która stwarza tylko pozory aktywności, lecz aktywnością celową nie jest; uczucie zagrożenia wobec konieczności aktywności; nastawienie czynnościowe, przekreślające odczucie rozkoszy; wreszcie swoiste, ambiwalentne ustosunkowanie się do społeczeństwa, prowadzące często do nastawienia aspołecznego, względnie antyspołecznego. Analiza psychologiczna lęku udowodniła¹¹⁾ istnienie konfliktu między popędem seksualnym a zachowawczym. Obserwacje te doprowadziły mnie do rewizji dotychczasowego pojęcia popędu samozachowawczego i do propozycji odmiennej jego definicji.

Popędem zachowawczym nazywam popęd zachowania czynności. Takie określenie popędu zachowawczego jest wynikiem analizy rozwoju czynności. Nie odpowiada bowiem rzeczywistości twierdzenie, że reakcje popędowe są preformowane. Nowonarodzone zwierzęta muszą dopiero uczyć się najniezbędniejszych czynności: młode papugi chybają, gdy chcą uchwycić się gałęzi, niedoskonała początkowo czynność ssania u psów nowonarodzonych stopniowo tylko się kształtuje. Również u noworodka ludzkiego mechanizm ssania — inaczej niż odruch ssania, który istnieje już w życiu płodowym — wymaga dużego wysiłku i stopniowo się kształtuje. Podobnie i nauka „widzenia“ trwa u dziecka stosunkowo długo: dopiero w wieku 6—8 miesięcy umiejętność tę można uważać za uformowaną (W. W. Zienkowski¹²⁾). Powolny rozwój zasadniczych czynności człowieka i nieznaczny w nich udział czynności wrodzonych uzależniony jest od niedojrzałości narządów noworodka i od stopniowego rozwoju układu nerwowego ośrodkowego. Ta ostatnia okoliczność ujawnia się w myelogenezie, tzn. w stopniowym powstawaniu w różnych odcinkach mózgu osłonek rdzennych myelinowych dokoła nitek osiowych włókien nerwowych, dzięki czemu szare zabarwienie mózgu zmienia się w tych miejscach na białe. Powstawanie otoczek myelinowych jest wyrazem czynnościowej dojrzałości włókien nerwowych. W związku z rozwojem czynności ruchowych, Monakow¹³⁾ mówi: „Jak wiadomo, rozwój ten dokonywa się według niezmiennego porządku, ustalonego przez c z y n n o ś ć dojrzewającego organizmu i wyraża się pod względem budowy anatomicznej przede wszystkim w tworzeniu się osłonek rdzennych“. Również i Edinger zwraca uwagę na czynność jako na bo-

¹¹⁾ Por. rozprawę moją: „Konflikt popędowy“, Rocznik Psychiatryczny, 1937 z. XXIX/XXX.

¹²⁾ W. W. Zienkowski „Psychologia dziecięctwa“, tłum. polskie P. Macewicza.

¹³⁾ C. v. Monakow „Die Lokalisation im Grosshirn“, str. 145.

dziec rozwojowy i kształtujący anatomiczną budowę narządu: „W korze mózgu — mówi ten autor¹⁴⁾ — ciągle jeszcze, w okresie życia późnym, bo aż po wiek średni, powstają nowe tory mózgowie, zawierające włókna rdzenne. Rozwój osłonek rdzennych nasuwa przypuszczenie, że sami sobie stwarzamy, ćwiczeniem nowe te tory. Całe nasze wychowanie polega może na tym, że dzięki ćwiczeniu nowe tory stają się zdolne do użytku“.

Myelogeneza ośrodkowego układu nerwowego dostarcza nam więc cennego dowodu, że czynność jest nie tylko wynikiem anatomicznej budowy narządu, ale też bodźcem ewolucyjnym dla danego narządu. Czynność doskonali narząd, jest więc czynnikiem kształcącym. Pod wpływem czynności, narząd zmienia swą budowę anatomiczną. Rozumimy dzięki temu, że niemowlę uczy się już czynności, gdy narządy jego nie są jeszcze do nich dostosowane, że patrzy, chociaż jeszcze nie widzi, że stara się chodzić, chociaż nie potrafi trzymać się na nogach. Narządy te dojrzewają właśnie dzięki bodźcowi ewolucyjnemu, jakim jest czynność.

W uczeniu się pierwotnych czynności rolę zasadniczą odgrywają dwa czynniki: utrwalone i w sposób swoisty dla danego gatunku sprzężone ze sobą odruchy pierwotne — i popęd zachowawczy. Sprzężenie odruchów wskazuje kierunek, w jakim postępują wysiłki koordynacji: np. patrzenie odruchowe na matkę jest początkowo pierwowzorem dla umiejętności patrzenia. Wysiłek zaś konieczny dla uczenia się czynności, nie zważając na niedostateczny rozwój narządów, możliwy jest dzięki sile dynamicznej popędu. W miarę bowiem uczenia się czynności, dostosowanych co raz bardziej do nowych warunków, możliwą się staje odpowiednia reakcja wobec nowego bodźca. W ten sposób ma miejsce co raz pełniejsze odprowadzenie energii podrażnienia pod postacią energii czynności, którą dany bodziec wyzwała. Ta ustępująca, znajdująca wyładowanie, energia działania daje uczucie przyjemności i trwa tak długo, jak długo trwa czynność. W związku więc z czynnością ujawnia się uczucie przyjemności. Jest to przyjemność, wzmagająca samopoczucie człowieka. Jest ona dlatego silnie powiązana z czynnością i ujawnia się w dążności do zachowania czynności.

¹⁴⁾ L. Edinger „Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane“, 1904, t. I, str. 32.

Zachowanie czynności ułatwione jest dzięki swoistym warunkom bytowania, w jakich żyje noworodek. Warunki te pozostają w związku ze stanem niedojrzałości fizjologicznej niemowlęcia. Wszystkie potrzeby płodu w życiu wewnątrzmacicznym były zaspakajane za pośrednictwem łożyska przy współdziałaniu organizmu matki. Z chwilą narodzenia, a tym samym wyłączenia czynności łożyska, niemowlę zaczyna zaspakajać potrzeby swego organizmu dzięki czynnościom swych narządów wewnętrznych, ale również jeszcze w łączności z matką. Narodzenie nie jest jednoznaczne z usamodzielnieniem się organizmu niemowlęcia, jego niezależeniem się od czynności organizmu matki. Jedność, istniejąca w stanie embrionalnym między płodem a matką, jest kontynuowana w życiu pozapłodowym, trwa przez pewien czas i ujawnia się zarówno w czynnościach gruczołów piersiowych matki, wytwarzających pokarm najbardziej odpowiedni dla narządów trawiennych niemowlęcia, jak w pomocy udzielanej niemowlęciu przez matkę przy wykonywaniu przezeń czynności, koniecznych dla organizmu. Łączność między niemowlęciem a matką jest podstawą biologiczną i koniecznym warunkiem zadośćuczynienia potrzebom popędu zachowawczego niemowlęcia. Stąd powstaje zasadnicza i utrwalona — zarówno przez warunki życia embrionalnego, jak i przez pierwsze lata dzieciństwa — tendencja popędu zachowawczego, przejawiająca się następnie pod względem psychicznym jako dążność do łączności z matką. Dążność ta jest wynikiem współdziałania popędu zachowawczego z warunkami bytowania niemowlęcia. Ujawnia się ona, jeżeli jej przejaw jest słabszy, jako dążność do oparcia o matkę, jeżeli zaś ulega wzmoczeniu — w uczuciu tożsamości z matką. Obie te postaci, różniące się tylko pod względem siły napięcia, są psychicznym przejawem infantrylnego popędu zachowawczego.

Infantrylnym więc popędem zachowawczym nazywam pierwszy okres rozwoju popędu zachowawczego, który przejawia się w dążności do zewnętrznego oparcia. Uczucie równowagi psychicznej i własnej mocy powstaje dzięki temu, że to zewnętrzne oparcie zostało uzyskane. W nieobecności zaś obiektu oparcia dochodzi do wzmocnienia infantrylnego popędu zachowawczego, tzn. do uczucia zagrożenia.

Natomiast virilnym (dojrzałym) popędem zachowawczym nazywam drugi okres rozwoju popędu zachowawczego, który przejawia się w dążności do oparcia o siebie samego. Ustosunkowanie do otoczenia jest cechowane gotowością udzielenia innym ludziom oparcia o siebie: Infantrylna dążność do oparcia o matkę ulega przekształceniu — sublimacji — w dążność do oparcia o społeczeństwo. Uczucie zagrożenia

powstaje w wyniku bardziej skomplikowanego mechanizmu — na skutek nie zlikwidowania konfliktu popędowego¹⁵⁾. Przejście od infantylnej do wirilnej postaci popędu zachowawczego wynika z całego rozwoju człowieka i zależne jest również od warunków bytowania, w jakich człowiek przebywa. Rozwój popędu odbywa się stopniowo, przyczym postać rozwojowo późniejsza nie przekreśla postaci wcześniejszej, która wchodzi w skład postaci dojrzałej, ulegając przekształceniu. Tak więc dążność do oparcia o matkę przechodzi w dążność do oparcia o społeczeństwo; ale trwa ona częściowo w swej postaci pierwotnej i ujawnia się w oparciu o osoby najbliższe, którym jednak wirilny osobnik również udziela oparcia.

Te dwie różne postaci popędu zachowawczego zwalczają się: w stanie zdrowia psychicznego popęd zachowawczy infantylny zostaje słu-

¹⁵⁾ Ze względu na to, że przedstawiam tutaj teorię moją w największym skrócie, nie poruszam zagadnienia popędu seksualnego i konfliktu popędowego, które odgrywają jednak rolę zasadniczą zarówno w genezie psychoneurozów, jak i w rozwoju normalnym człowieka. Zaznaczę tylko, celem orientacji ogólnej, że w okresie wczesnego dzieciństwa infantylny popęd seksualny (tzw. „popędy cząstkowe” — Freud) współdziała z infantylnym popędem zachowawczym: popędy cząstkowe są premią rozkoszy za wykonywanie czynności koniecznych dla organizmu. W wieku lat 3—4 ujawnia się u dziecka nowy popęd cząstkowy, który nazwałem urogenitalnym (por.: „Urogenitalizm”. Rocznik Psychiatryczny, 1936 z. XXVI/XXVII). Urogenitalizm składa się z dwóch składników: 1) z erotyki cewki moczowej u chłopca, a z erotyki przedstonka u dziewczynki i 2) z erotyki dotykowej powierzchni członka (u chłopca) i powierzchni łechtanki (u dziewczynki). Popęd urogenitalny cechuje, między innymi, ciekawość seksualna wobec matki, a więc aktywność w stosunku do dotychczasowego obiektu oparcia. Powstaje wskutek tego konflikt podstawowy między infantylnym popędem seksualnym (urogenitalnym), a infantylnym popędem zachowawczym (por.: „Konflikt popędowy”, Rocznik Psychiatryczny, 1937 z. XXIX/XXX). Ciekawość bowiem urogenitalna chłopca prowadzi go do aktywnego wystąpienia w stosunku do matki czy postaci zastępczej, wobec której przecież konieczne jest zachowanie bierności, jako że matka, dla infantylnego popędu zachowawczego jest jednocześnie obiektem oparcia. Widzimy, że między psychicznymi przejawami urogenitalizmu, a infantylnego popędu zachowawczego istnieje zasadnicza rozbieżność, która prowadzić musi do konfliktu między obu tymi popędami. W związku z istnieniem konfliktu popędowego odróżniam dwa zasadniczo odmienne mechanizmy uczucia zagrożenia: 1) przedkonfliktowe uczucie zagrożenia i 2) konfliktowe uczucie zagrożenia. Cechą pierwszego jest to, że wzmoczenie energii infantylnego popędu zachowawczego jest reakcją na zjawisko zewnętrzne, realne, jakim jest brak obiektu oparcia. Zmniejszenie uczucia zagrożenia przedkonfliktowego możliwe jest przez uzyskanie oparcia o obiekt, dzięki któremu potrzeby popędu zachowawczego dadzą się zaspokoić. Natomiast zagrożenie konfliktowe powstaje nie z przyczyn zewnętrznych, ale z wewnętrznych, tzn. z konfliktu między popędami (urogenitalnym, a zacho-

mięony przez popęd zachowawczy virilny; natomiast w przypadkach nerwicy udawało mi się zawsze stwierdzić niedotłumienie infantylnego popędu zachowawczego.

Zagadnieniem więc podstawowym w rozwoju człowieka jest osiągnięcie przezeń równowagi psychicznej w zależności od punktu ciężkości i oparcia ustroju psychicznego. W warunkach nawet fizjologicznych punkt oparcia podlega zmianom w zależności od wieku. Fakt ten znalazł poetycki swój wyraz w zagadce, którą sfinks stawia Edypowi: jakie to zwierzę, które rano chodzi na czterech nogach, w południe — na dwóch, wieczorem zaś — na trzech. Odpowiedź Edypa brzmiała: jest to człowiek. Istotnie, w dzieciństwie potrzeba oparcia zewnętrznego

wawczym). Zmniejszenie uczucia zagrożenia konfliktowego możliwe jest dzięki rezygnacji z oparcia zewnętrznego, czyli na skutek przejścia dziecka do poczucia swojej odrębności, a więc i do samodzielności, czego następstwem jest stopniowe osłabienie i, wreszcie, zlikwidowanie konfliktu popędowego. Wówczas urogenitalizm, nie powodując już konfliktu, uzyskuje możliwość dalszego rozwoju do okresu genitalizmu dojrzałego. Zagrożenie konfliktowe zostaje więc likwidowane w sposób wprost przeciwny temu, który prowadzi do zmniejszenia zagrożenia przedkonfliktowego.

Dowodem sprzężania w konflikcie popędowym urogenitalizmu z popędem zachowawczym jest to, że gdy wzrasta energia jednego z nich, drugi wzmaga się automatycznie; gdy napięcie jednego jest bardzo silne, drugi ulega tłumieniu. Jako przykład podniecania urogenitalnego na skutek niezbyt silnego wzmocnienia popędu zachowawczego niech posłuży wystąpienie erekcji, a nawet wytrysku, spowodowane obawą spóźnienia się na pociąg, lub lękiem ucznia podczas pisania klasówki. Analogicznych przykładów dostarcza obserwacja faktu, że słabe zagrożenie wpływa pobudzająco na urogenitalizm. Stosunek seksualny w sytuacji niezwyklej, zdobywanie nowego, nieznanego obiektu seksualnego — co połączone bywa z zwyczaj z pewnym uczuciem niepokoju — zawiera dla ludzi, u których konflikt popędowy został zlikwidowany niedostatecznie, specyficzny posmak rozkoszy. Jest to skutkiem współistniejącego uczucia zagrożenia, ale tylko, gdy nie jest ono zbyt silne. Jeżeli zupełnie brak zagrożenia, osobnicy tego typu reagują słabiej pod względem urogenitalnym. Gdy zaś popęd zachowawczy zostaje bardzo silnie wzmoczony, np. w obliczu niebezpieczeństwa, zagrażającego życiu, lub podczas odczuwania silnego bólu organicznego urogenitalizm ulega tłumieniu i człowiek jest wówczas niewrażliwy na bodźce seksualne. Ten sam efekt obserwujemy u człowieka z zupełnie nie zlikwidowanym konfliktem popędowym, gdy staje on wobec sytuacji zewnętrznej, która obiektywnie nie jest wcale groźna, ale jednak wywołuje w nim uczucie zagrożenia, powodujące tłumienie urogenitalizmu, a wynikające z projekcji zagrożenia konfliktowego na sytuację zewnętrzną (np. w przypadku niemocy płciowej).

jest największa, w okresie dojrzałości punkt oparcia przemieszcza się z zewnątrz do wewnątrz ustroju psychicznego, i wreszcie na starość występuje zazwyczaj częściowe przesunięcie punktu oparcia na zewnątrz. Zagadka sfinksa przedstawia więc sposób obrazowy zasadnicze prawo ewolucji psychicznej człowieka: zależność okresu rozwoju od punktu oparcia ustroju psychicznego. W ścisłej łączności bowiem z umiejscowieniem jego punktu ciężkości — zzewnątrz czy wewnątrz ustroju — odmienna jest jego dynamika, gdyż płynie ona ze swoistej dla siebie postaci popędu zachowawczego: infantrylnej lub wirilnej. Psychologia starzenia polegałaby na stopniowym przemieszczaniu punktu oparcia na zewnątrz psychiki, zbliżając się do typu infantrylnego oparcia. Stąd w wieku starczym odgrywać zaczynają co raz większą rolę obiekty oparcia zewnętrznego, jak np. osoby z najbliższego otoczenia. A jednocześnie na skutek chwiejności równowagi psychicznej, wynikającej z nietwalej wartości oparcia zewnętrznego, występuje z łatwością uczucie zagrożenia, niepewność, insuficjencja, z czego płynie potrzeba wzmocnienia zachwianej równowagi: ujawnia się to albo w wyolbrzymianiu zasług własnych, — albo w odwróceniu się od przykrej rzeczywistości i regresji do okresu własnej młodości.

Stwierdzając stopniowy rozwój popędu zachowawczego rozumiemy, dlaczego mechanizmy popędowe, które w psychoneerwicy ujawniają się w sposób patologiczny, działają do pewnego stopnia i u ludzi zdrowych. Znaczenie więc mechanizmów w infantrylnej i wirilnej postaci popędu zachowawczego nie ogranicza się do psychoneerwicy. Duża jest ich rola w życiu społecznym, zarówno jak w psychopatologii życia codziennego.

Niedotłumienie infantrylnej dążności do zewnętrznego oparcia prowadzi do wytwarzania ludzi niezdolnych do samodzielnego życia psychicznego i poszukujących w miejsce oparcia o matkę — oparcie zastępczych jak np. oparcia o pieniądz, o stanowisko, lub o osoby z najbliższego swego otoczenia. Dążność do oparcia zewnętrznego ujawnia się również w pewnych formach życia społecznego: w łatwości z jaką ludzie podporządkowują się jednostkom kierowniczym, tzw. „wodzom“. Otaczają ich kultem aby zabezpieczyć sobie zewnętrzne oparcie, przypisują im najpotężniejsze właściwości, podobnie jak dziecko fantazjuje o swoich rodzicach. Oparcie zewnętrzne jednak nigdy nie może spowodować równowagi psychicznej trwałej, gdyż punkt ciężkości znajduje się poza ustrojem psychicznym. Zewnętrzne oparcie powoduje, co najwyżej, tylko w początkowym okresie jego osiągnięcia uczucie zabezpieczenia — ale wkrótce

wyzwała się również i lęk, aby tego oparcia nie utracić¹⁶⁾). I dlatego właściwością takich ustroju społecznych jest posługiwanie się lękiem, zagrożeniem wobec poszczególnego obywatela: im bardziej bowiem zagrożony jest człowiek — tym usilniej dąży on do zabezpieczenia sobie potężnego oparcia zewnętrznego. Utrwalenie więc infantylnego popędu zachowawczego determinuje nie tylko typ przeżycia osobnika, ale i łatwość podporządkowania się określonym ustrojom społecznym.

Uznając prawo determinizmu popędowego, przyznajemy jednak — dzięki nowej definicji popędu zachowawczego — że ustrój społeczny, warunki bytowania wywierają wpływ przemożny na rozwój popędu zachowawczego. Im mniejsze bowiem oparcie społeczeństwo udziela jednostce, tym trudniejszy jest jej rozwój, tym bardziej opiera się ona o inne jednostki, względnie szuka innego oparcia zastępczego i zabezpieczenia, a więc utrwała się infantylny popęd zachowawczy. Podobne skutki występują w następstwie wszelkich nierówności społecznych, braku sprawiedliwości socjalnej, niezabezpieczenia poszczególnej jednostki równego startu życiowego. Społeczeństwo jako sublimacja oparcia o matkę, nie może i nie powinno traktować po macoszemu części obywateli lub nawet całych warstw ludności. Spoistość społeczeństwa rozpada się wówczas. Możliwość jego rozwoju ulega zahamowaniu. W tym samym kierunku — zahamowania rozwoju psychicznego — działają również i inne warunki bytowania. Niedostateczne wynagrodzenie za pracę, głodowe płace powodują pogoń za pieniądzem, a więc poszukiwanie oparcia zastępczego, aby zdobyć konieczne warunki utrzymania. Wytwarza się wówczas przeświadczenie, że jedynym miernikiem pracy jest nie jej wartość spo-

¹⁶⁾ Niemożność uzyskania przez człowieka dojrzałego równowagi psychicznej, dzięki oparciu zewnętrznemu, wynika z konfliktu popędowego. Zmniejszenie uczucia zagrożenia możliwe jest w tym okresie rozwoju tylko dzięki rezygnacji z oparcia zewnętrznego, przejściu do oparcia o siebie samego z zachowaniem sublimowanego oparcia o społeczeństwo. Uczucie zagrożenia u człowieka dojrzałego może być więc zlikwidowane w sposób wprost przeciwny do tego, jak to ma miejsce u dziecka. Jest to wynikiem istnienia konfliktu między infantylnym popędem seksualnym (urogenitalnym), a infantylnym popędem zachowawczym. Im bardziej dąży człowiek do oparcia zewnętrznego, tym silniej wzmaga się infantylny popęd zachowawczy, a wówczas tym łatwiej konflikt popędowy ulega aktualizacji, w wyniku czego powstaje uczucie lęku. Prawdziwą gwarancją niezależności i równowagi psychicznej człowieka jest odejście od wszelkich zastępczych oparcie zewnętrznych z zachowaniem jedynego oparcia — o społeczeństwo. Z tego punktu widzenia staje się zrozumiałe, że zdrowie psychiczne jest jednoznaczne z wartością społeczną człowieka. Psychonerwice zaś są chorobami społecznymi — w ścisłym tego słowa znaczeniu.

leczna — ale pieniądz, który daje możność życia. Praca — ta naistotniejsza działalność człowieka — zostaje zdegradowana; infantylny popęd zachowawczy ulega utrwaleniu. Podobnie działają i inne warunki bytowania. Świadomość, że praca służy wzbogaceniu jednostki — a nie społeczeństwa — pozbawia tę pracę walorów społecznych i uniemożliwia oparcie o społeczeństwo. Praca pod stałą groźbą bezrobocia, gdy utrata miejsca pracy jest równoznaczna z przekreśleniem warsztatu pracy, działalności człowieka, oznacza skazanie człowieka nie tylko na głód, ale i na przymusową bezczynność, bierność. Takie warunki bytowania powodują tym większą zależność od pracodawcy, w stosunku do którego wytwarza się infantylny stosunek oparcia — zagrożenia, aby oparcia tego nie utracić.

Warunki więc bytowania wywierają wpływ kształtujący na psychikę człowieka. Wpływ ten skuteczniany jest poprzez popęd zachowawczy. Utrwalenie bowiem infantylnego popędu zachowawczego powoduje utrwalenie i infantylnego popędu seksualnego, w wyniku czego świadomość ulega deformacji.

Stwierdzamy więc ścisłą zależność między osiągniętym rozwojem popędowym człowieka, a warunkami jego bytowania. Te dwa czynniki oddziałują na siebie nawzajem, są szeregiem wzajemnie uzupełniających się przyczyn. Ustrój społeczny — o ile chodzi o jego przesłanki psychologiczne — jest nie tylko wyrazem organizacji popędowej człowieka, jego głęboko utrwalonej potrzeby oparcia, ale jest i czynnikiem kształtującym dalszą ewolucję człowieka. Rozwój gospodarczo - społeczny kieruje się bowiem własnymi prawami. Jest to proces zazwyczaj powolny. W okresach jednak, gdy nagromadzone sprzeczności dochodzą do wyładowania, jak np. podczas rewolucji lub wojny, ujawniające się wówczas wyraźne przeobrażenia gospodarczo - społeczne powodują zmianę warunków bytowania. Powstająca w ten sposób nowa rzeczywistość kształtuje świadomość ludzką, daje jej nową treść, a początkowo zaledwie nową frazeologię. Istotne natomiast przeobrażenie świadomości możliwe jest wówczas, gdy pod wpływem nowych warunków bytowania nastąpi zmiana nastawienia popędowego (popędu zachowawczego). Jest to proces bardzo powolny. Należy go przyspieszyć przez uświadomienie społeczne i wychowanie. W przeciwnym razie całe ugrupowania ludzi nie nadążając za rozwojem socjalnym, pozostają poza nawiasem zbiorowości. Tracą oni wówczas co raz bardziej oparcie o społeczeństwo, na skutek czego ujawniają się wśród nich cechy psychiczne rozkładowe, regresywne, charakteryzujące ugrupowania zdeklasowane. Rozwijają się natomiast w owych wa-

runkach warstwy społeczne, dotychczas upośledzone. Reformy socjalne — o ile idą w parze z głębokim przeobrażeniem ideologii wychowania — są dla tych warstw silnym bodźcem rozwojowym. Zmianie treści świadomości towarzyszy wówczas stopniowe przekształcenie głębszych warstw psychicznych. Nowa rzeczywistość kształtuje w ten sposób nowego człowieka.

Przytoczone fakty udowadniają, że ewolucja biologiczna sprzęga się z rozwojem historycznym człowieka przez popęd zachowawczy. Ten punkt widzenia stanowi o nowym kierunku psychopatologii, który proponuję nawać **biologiczno-społecznym**.

STEFAN BALEY

O PEWNEJ METODZIE BADAŃ WPLYWÓW WOJNY NA PSYCHIKĘ MŁODZIEŻY

Gdy dokonuje się zaćmienie słońca astronomowie dokładają wszelkich starań, by wykorzystać okazję i przeprowadzić odpowiednie badania. Zaćmienie ludzkości, jakim jest wojna, nie daje się przewidzieć z taką samą dokładnością. Nie mniej i ona wymaga uwagi ze strony kompetentnych badaczy. Tyczy się to między innymi psychologów i psychiatrów, na których ciąży obowiązek śledzenia uwikłanych w mechanizm wojny wraz z jej następstwami mechanizmów psychicznych. Powinni by oni właściwie, tak jak astronomowie: badać. Tylko, że tam, gdzie teren obserwacji jest najciekawszy, istnieje też największa trudność, a często niemożliwość badania. To też musimy ograniczać się do tego, co w danych warunkach jest możliwe.

Otóż czy istotnie świat psychologów i psychiatrów wykorzystał te ograniczone możliwości? Może nie całkowicie.

Będąc niedawno na kongresie szwajcarskim, poświęconym krzywdzie dziecka, dokonanej przez wojnę, gdzie mogłem spotkać się z przedstawicielami psychologii i psychiatrii dziecięcej różnych krajów, odniosłem wrażenie, że gdy idzie specjalnie o wstrząs, wywołany wojną w duszy dziecka, psychologowie i psychiatrzy europejscy zdołali dotychczas dowiedzieć się bardzo niewiele. Psychikę dziecka poszkodowanego wojną raczej znają lepiej społeczni opiekunowie, aniżeli fachowi psychologowie. Odnosi się to, jak mi się zdaje, także do Polski mimo pewnych godnych uwagi pojedynczych poczynąń (Ankieta Instytutu Higieny Psychiczej).

Będę usiłował skłonić seminarium psychologii wychowawczej Uniwersytetu Warszawskiego i Łódzkiego, ażeby podjęło się pod moim kierownictwem pewnych badań w tym zakresie. Na tym zaś miejscu, pozwolę sobie, wobec ważności sprawy, zdać króciutko sprawozdanie z jednej, względnie z dwu prób, które zapoczątkowałem w czasie wojny, a które teraz są kontynuowane nie dobiegłszy jeszcze końca. Wobec niekompletności wyników ograniczę się głównie do przedstawienia metody, w nadziei, że ktoś może zechce się nią posłużyć, mimo całej jej niepokażności.

Kiedy zwracamy się do dziecka wprost, na przykład w formie ankiety z pytaniami na temat wojny i jej następstw, to zawsze istnieje niebezpieczeństwo sugestii oraz powtarzania przez dziecko opinii zasłyszanej w otoczeniu starszych. Nie rezygnując z tej drogi dojścia, dobrze byłoby wobec tego mieć do dyspozycji metody inne, które unikając pytania wprost, orientowałyby o wewnętrznym stanie psychiki dziecka na drodze pośredniej, śledząc jego reakcje na bodźce, nie mające pozornie nic wspólnego z tematem wojny. Z różnych nasuwających się tu możliwości wybrałem dwie, z których jedną chcę teraz omówić.

Powszechnie znanym jest t. zw. test płynności mowy, stosowany między innymi przez *Termana* w jego skali, a polegający na tym, że badany ma w oznaczonym czasie podać jak najwięcej dowolnych słów. Wiadomo, że dzieci często nie łatwo dają sobie radę z tą próbą, wymieniając na przykład po kolei różne przedmioty, które w danej chwili widzą przed sobą. Szkopuł ten odpada przy takiej odmianie powyższego testu, który nazywany bywa testem abecadła. Instrukcja każe tu wymieniać słowa dowolne, z tym jednak ograniczeniem, że muszą one zaczynać się od pewnej z góry wskazanej litery. Dziecko ma na przykład podawać jak najszybciej jedno za drugim słowa, zaczynające się od litery „a”. Tę właśnie formę testu stosowałem i to w drodze pisemnej, każąc badanym spisywać jak najszybciej z pamięci przez trzy minuty dowolne wyrazy, zaczynające się na podaną literę, przy czym ta próba powtarzała się jeszcze dwukrotnie, ale już dla innych liter. Najczęściej stosowane były kolejno litery „a”, „w” i „r”. Nie szło tu jednak, jak w teście *Termana*, o ilość napisanych słów niezależnie od ich treści. Przeciwnie, eksperymentator interesował się ich treścią śledząc, czy i w jakiej ilości zjawiają się słowa związane niedwuznacznie z wojną. Zjawienie się takich słów świadczyło — tak przyjęliśmy — o istnieniu w psychi-

ce dziecka kompleksu wojennego (pozwalam tu sobie używać słowa „kompleks“ w szerszym ujęciu), będącego w stanie pogotowia i wyładowującego się samorzutnie bez świadomej intencji podmiotu zaabsorbowanej czym innym. I właśnie ujawnienie tego kompleksu było zadaniem eksperymentatora. Istnieje więc pod tym względem pewna analogia między naszym testem, a znanym testem kojarzeniowym Junga.

Metoda powyższa nadawała się i z tej jeszcze racji, iż stosowanie w pewnej grupie w większych odstępach czasowych pozwalało stwierdzić, czy kompleks utrzymuje się jeszcze nadal i czy jego nasilenie, względnie jego forma się zmieniła.

Forma pisemna pozwala na stosowanie testu w dużej grupie.

Test ten zaczęliśmy stosować w Poradni Sądowej w Warszawie podczas wojny, zebrany jednak wtedy, dość skąpy zresztą, materiał uległ zniszczeniu podczas powstania. Podjęliśmy badania powtórnie, gdy wojna się skończyła, w Częstochowie, Łodzi i Warszawie.

Jakie rezultaty daje taka próba? Najlepiej okaże to jakiś konkretny przykład. Oto jeden uczeń (siedemnastoletni) badany testem w Łodzi w lipcu b. r. takie podaje wyrazy, zaczynające się od „a“, atak, armia, antyniemiecki, antyczny, auto, anonim, armia ludowa, armia krajowa, amoniak, apteka. A na literę „w“: wyizuczać, wysiedlać, wystrzelać, wyganiać, wojna, wielki, waleczny, Warszawa, walka, wąż, wół, wymordować, wymoga, weksel.

Rzecz od razu jasna: Tak kojarzyć mógł jedynie osobnik, którego umysł był naładowany kompleksem wojennym w jego specyficznie polskim zabarwieniu. Połowa słów na „a“ (5 na 10) i trzy czwarte słów na „w“ (9 na 14) są niedwuznacznymi echemi wojny. To, że kompleks ujawnia się kilkakrotnie przy obu literach, świadczy o jego wewnętrznym napięciu.

Takie jest pierwsze wrażenie. Przy opracowaniu materiału konieczna jest oczywiście pewna systematyczność w odniesieniu do każdego słowa. Trzeba decydować, czy jest ono istotnie symptomatyczne dla kompleksu obecnej wojny. Jeżeli reakcja „armia krajowa“ wskazuje bezapelacyjnie na wpływ wojny ostatniej, to samo słowo „wojna“, występujące na liście wyrazów danego dziecka nie musi tu mieć tego źródła. Mogło bowiem dziecko zareagować nim równie dobrze i przed tą wojną. Muszą być więc zastosowane pewne kryteria. Oczywiście, jeżeli znajdziemy słowo „wojna“ na liście ja-

kiegoś jednego dziecka, wziętego oddzielnie, to zjawienie się tego wyrazu możnaby uznać za „przypadek“. Inaczej przedstawia się sprawa, gdy znajdujemy ten wyraz w dużym procencie wypadków, należących do tej samej badanej grupy. Przypadek tego już nie wytłumaczy, i będziemy raczej skłonni mówić o kompleksie wojennym, charakteryzującym tę grupę, najprawdopodobniej, na skutek oddziaływań ostatniej wojny. Odróżnić więc będziemy mogli w związku z tym kompleksy indywidualne i kompleksy grupowe.

Oczywiście byłoby rzeczą idealną i niejednokrotnie rozstrzygającą nasze wątpliwości, porównać taką statystykę słów, robioną na materiale wojennym z analogiczną statystyką, robioną przed wojną w czasie pokojowym. Nie byliśmy niestety w ten sposób przygotowani do wojennych badań. Pozostanie nam jednak zawsze jeszcze możliwość porównania obecnych danych z tym, co uzyskamy za rok czy dwa, gdy echa wojny będą słabsze. Wymowie pewnych liczb, chociażby tych, które już przytoczyliśmy, nie możemy oprzeć się już teraz.

Nie rozporządzając ostatecznymi wyliczeniami, weźmy pod uwagę jedną grupę młodzieży łódzkiej, badaną w czerwcu b. r. Znajdziemy tam na listach słów wyraz „wojna“ w 28% wypadkach, „walka“ w 29%, „artyleria“ w 14%, „armia“ w 12%, „armata“ w 10% i dalej już w częstotliwości poniżej 10% słowa takie jak wojsko, wojskowy, alarm, atak, warkot. Echa wojenne w umysłach tej grupy, pomimo że badanie odbyło się w okresie powojennym, są chyba niewątpliwe. Mamy prawo powiedzieć, że jej zbiorowa dusza jest zakażona kompleksem wojny.

Słowa, które przytaczaliśmy z list, należą do tego, co można by nazwać pierwszą fasadą wojny, tym co zwraca na siebie uwagę w pierwszej linii: wojsko, armaty, alarmy, ataki. Ale wojna posiada także swoje wtórne oblicze. Towarzyszą jej różne klęski: głód, alkoholizm, prostytutka i t. p. Jest rzeczą ciekawą, że i one znajdują pewne odbicie w wynikach testu.

Z zakresu niedożywienia wymienię tylko marmoladę wojenną, którą zgłaszają dzieci młodsze, gdy w instrukcjach dopuści się jako początkową literę „m“. Zatrzymam się natomiast chwilę na alkoholizmie. Litera „a“, „w“, „r“ przez nas najczęściej stosowane otwierają do list wstęp następujących form alkoholu: alkohol, arak, wino, wódka, rum. Żadnego z tych słów nie brakuje w naszych materiałach. W grupie łódzkiej, poprzednio omawianej, badanej w lipcu br.,

nazwy powyższe zjawiają się łącznie w 30% wypadków, z tego wódka w 10%. Naturalne słowo „woda“ zjawia się wprawdzie nieco częściej, bo w 19% wypadków, w każdym jednak razie widzimy, że „woda“ naszych list jest więcej niż do połowy zakropiona alkoholem.

Badania zapoczątkowane w październiku, a więc o kilka miesięcy później każą spodziewać się zmniejszenia intensywności kompleksu wojny z wszelkimi jego przybudówkami.

Poruszymy jeszcze sprawę różnic indywidualnych ujawnionych przy badaniu. Najpierw różnice ilościowe. Zdarzają się w badanych grupach jednostki, u których listy słów mają całkowicie, lub prawie całkowicie pozawojenny charakter i są inne, w których ilość słów „wojennych“ jest bardzo znaczną. Są jednak i różnice jakościowe. I tak w pewnych wypadkach ujawnia się poprzez listy słów wojennych coś co pozwalam sobie nazywać kompleksem anetycznym (amoralnym). Oto odnośne słowa jednej takiej listy: armia, armata, artyleria, atak, wał, walka, werbel, wybić, wytłuc, wyniszczyć, rabować, rozbijać, rozstrzelać, rozbić (drugi raz), wyrąbać, wystrzelać, wysadzić, wrywać. Cała ohyda wojny przeziiera przez ten przykry słownik. Nie widać też odporu ze strony podmiotu.

Istnieją jednak wypadki kontrastowe, w których daje znać o sobie coś, co można by nazwać kompleksem etycznym, a nawet bohaterskim. Niestety takie wypadki są rzadkie. Oto na liście jednego 20-letniego młodzieńca znajdujemy tuż obok siebie bezpośrednio jedno za drugim, następujące słowa, zaczynające się na „w“: wojna, wyzwolenie, wolność, wiara, wieczność, wytrwać. Inna z tych słów wieje atmosfera. Coś się w nas domaga, ażeby z tymi słowami postąpić tak, jak się robi z wyrazami testu *Masselona*, a więc ułożyć z nich jakieś jedno sensowne zdanie. Czy treść tego zdania może być inna aniżeli bohaterska?

Oczywiście nie trudno być sceptykiem w tym wypadku. Czy — powie ktoś — nie za wiele wkładamy fantazji w coś, co może nic nie oznacza? Czy mamy istotnie prawo dopatrywać się u autora owych słów szlachetnego duchowego tła jego listy? Trudno tu być apodyktycznym w sądzie. Ale zobaczmy jeszcze, celem lepszej orientacji, słowa tejsze listy zaczynające się od „a“. Oto one: Ada, Argonauci, Apeniny, Alpy, Atlas, Atlantyk, Archimedes, Asklepios, Antarktyda, asceza, analiza, antologia, algebra, artyleria, akcja, armia, atak, algi, ameba, Anna, Antonina, anonim, Asnyk. Co za sympatyczne, miłe zestawienie, chociaż i w nim są wojenne echa. I czy nie

jest rzeczą naturalną przyjąć, że ktoś, komu przy literze „a“ przyszli na myśl argonauci, Archimedes, asceza i Asnyk, mógł z wojną łączyć właśnie myśl o wierze, o wytrwaniu, o wyzwoleniu i wolności.

Widzimy tu, jak indywidualne ukształtowanie kompleksu wojny wiąże się z typem człowieka. Test nasz zdaje się być zdolnym do chwytania i tych zależności.

Dodajmy, że według dotychczasowych zestawień kompleks wojenny i specjalnie jego okres anetyczny zdaje się mniej prononowany u kobiet.

W ostatecznym zatem rezultacie widzimy, że test nasz może oddać pewne usługi w śledzeniu wpływów wojny na psychikę młodzieży. Jest on zdolny ujawnić sam fakt wciskania się zjawisk wojny w psychikę młodzieży, jako też wykryć różne formy reakcji psychicznej na jej oddziaływanie.

Otrzymałem pewne dane o stosunku młodzieży do wojny innym jeszcze testem. Polecałem badanym wypowiedzieć się na temat kolejno podawanych słów w jednym jedynym zdaniu o dowolnej treści, które bez refleksji pierwsze się nasunie. Między hasła obojętne wtrącone było słowo „wojna“. Chodziło mi znowu o to, ażeby badani reagowali bezwiednie, nie kierując się jakąś specjalną intencją. Niektóre w ten sposób otrzymane zdania, dotyczące wojny, miały charakter ściśle rzeczowy, np., że wojnę przegrali Niemcy. Ale były też zdania oceniające wojnę (choć nie żądałem oceny). Otóż nie spotkałem prawie zupełnie entuzjastów wojny. Uznawana jest ona przez młodzież jako nieszczęście, a przez niektórych nawet jako największe nieszczęście, które może dotknąć ludzi. Wychowanie przeciw wojnie mogłoby zatem natrafić u młodzieży na podatny grunt.

JÓZEF HANDELSMAN

WSKAZANIA KLINICZNE DO LECZENIA ZA POMOCĄ WSTRZĄSÓW ELEKTRYCZNYCH

Najważniejszymi zagadnieniami w medycynie są bezsprzecznie zagadnienia terapeutyczne. Cała wiedza lekarska pozostanie bezpłodną, jeżeli nie będzie miała na celu sprawy wyleczenia chorych; ostatecznym celem wszystkich teorii lekarskich winno być obok nie dopuszczenia do choroby przywrócenie zdrowia człowiekowi choremu. I w psychiatrii klinicznej, od czasu, gdy stała się ona prawdziwą nauką lekarską, zagadnienia terapeutyczne zajmowały umysły wielu badaczy, jednak dopiero od kilkunastu lat terapia psychiatryczna posunęła się istotnie naprzód.

Metody leczenia w psychiatrii stosowane dawniej stopniowo upadały, jedynie metody wstrząsowe (obok terapii malarycznej, utrwalają się coraz mocniej w klinice psychiatrycznej. Od czasu wprowadzenia do terapii wstrząsów insulinowych i kardiazolowych statystyka remisji i wyzdrowień w chorobach psychicznych uległa wyraźnej poprawie, choć do dziś dnia nieznane są nam „mechanizmy, powodujące nawroty choroby i nawroty poprawy”^{*)}). Dla porównania np. przedstawiam statystykę pomyślnego zejścia w dwu grupach chorobowych — schizofrenii i psychozie maniakalno-depresyjnej w 1933 r. i 1936 r. w szpitalu w Tworkach. Liczba leczonych w każdym z tych lat była mniej więcej taka sama.

	1933	1936
Schizofrenia	1028	1003
Psychoza man..depresyjna	115	72

^{*)} Domaszewicz i Erb R. Psych. 34/35.

	1933	1936
a odsetek pomyślnych zejść:		
w schizofrenii	17,6%	21,1% tj. o 4% więcej
w psychozie man.-depresyjnej	23,6%	33,2% tj. o 10% więcej

Takie pomyślne wyniki dawało leczenie wstrząsowe hypoglicemiczne i kardiazolowe; obie te metody są jednak bardzo uciążliwe, kłopotliwe, kosztowne, często niebezpieczne dla chorych, mają liczne ujemne strony. Wobec tego wprowadzenie nowej metody wstrząsowej, która nie posiada tych ujemnych stron, a natomiast posiada różne zalety w porównaniu z tamtymi metodami, dosyć szybko usunęło na dalszy plan tamte metody, wysuwając na plan pierwszy metodę nową: tą metodą jest leczenie elektrowstrząsowe, przedstawione przez *Cerlettiego* i *Luno* w 1938 r. we Włoszech, a po modyfikacjach aparatu wstrząsowego, dokonanych przez *Pätzolda*, nazwanego przez niego convulsatorem stopniowo od 1941 r. została wprowadzona do większości klinik i szpitali psychiatrycznych. Również i w szpitalu w Tworkach dzięki wprowadzeniu do leczenia elektrowstrząsów stopniowo inne metody stosowane są coraz rzadziej.

Słusznie mówi *Domaszewicz*, że „jedynym sprawdzianem skuteczności działania jest dotychczas statystyka”*) i statystyka blisko tysiąca przypadków leczonych w szpitalu w Tworkach elektrowstrząsami, przeprowadzona przez *Bobrowską*, *Dreszerową*, *Łuniewską* i *Kaczanowskiego* może rzucić pewne światło na wyniki tej metody u nas w Tworkach. Jednak obok statystyki dokładna obserwacja kliniczna pomyślnych przypadków może pozwolić również na wyciąganie pewnych wniosków na podstawie takiej obserwacji 80 tylko przypadków.

Wśród tych chorych znaczną przewagę stanowili schizofrenicy, dalej chorzy na psychozę maniakalno-depresyjną, kilkanaście przypadków psychozy involucyjnej i psychoz reaktywnych, wreszcie było kilka przypadków bez rozpoznania. Tu odrazu muszę zwrócić uwagę na fakt, spostrzegamy także przez innych psychiatrów, że wielokrotnie mamy do czynienia z chorymi, u których postawienie rozpoznania napotyka na wielkie trudności, ponieważ po elektrowstrząsie we wczesnym okresie psychozy, gdy jeszcze nie ujawnił się istotny obraz chorobowy, niektóre objawy przesuwają się w innym kierunku, przyłączają się natomiast objawy nie należące do danego obrazu klinicznego, np. zaburze-

*) dotyczy to kuracji insulinowej.

nia pamięci, euforia, stan hypomaniakalny. Nieraz w przebiegu choroby rozpoznanie zmienić trzeba parokrotnie.

1. Jako przykład podaję chorą Koł. (19359) l. 51, u której choroba rozpoczęła się około 2 miesięcy przed przybyciem do szpitala; według danych od męża już od 18 lat występowały u chorej zaburzenia psychiczne. Po przybyciu do szpitala obok wielkiej ruchliwości wielomówności i zaczepności na plan pierwszy wysuwa się stan urojeniowy — nie nazywa się Koł., a R., mężem jej jest ksądz R.; Koł. jest także jej mężem, ale prawdziwym jest R.; z Koł. żyje już 30 lat, ale z prawdziwym R. dopiero 3 lata, nigdy nie był przy niej zwyczajnie, zawsze w przebraniu, widzi go w rozmaitych mężczyznach. U chorej występuje rozszczępienie orientacji w czasie i miejscu. U chorej przypuszczaliśmy schizofrenię paranoidalną, zastosowaliśmy leczenie elektrowstrząsowe. Po 4 wstrząsach stan psychiczny zmienił się — chora uspokoiła się, urojenia znikły zupełnie, jest syntoniczna, pogodna, dostateczna i krytyczna, zrównoważona. Rozpoznanie zmienił się — stan maniakalny w psychozie okresowej.

Do takich przypadków, których rozpoznanie może być tylko przypuszczalne należy i następująca chora:

2. S. (19899). lat 50; choroba rozpoczęła się 6 tygodni przed przybyciem do szpitala — stała się zropanowaną, płaczącą, wypowiada liczne urojenia przesładowcze, (szepczą o niej, mówią o niej, znają jej myśli), zdradza tendencje samobójcze, ujawnia lęki. W szpitalu chora zahamowana, ujawnia różne urojenia przesładowcze, depresyjne. Rozpoznawano psychozę inwolucyjną. Chorą poddano leczeniu elektrowstrząsowemu — po 6 wstrząsach wszystkie objawy minęły, stała się pogodną zabrała się do pracy na drutach, samopoczucie dobre, krytycyzm chorobowy prawidłowy, nie ujawnia żadnych urojeń, stała się nieco euforyczna. Po 7.ym wstrząsie zostaje wypisana przez matkę, która uważa ją za zupełnie zdrową psychicznie. Rozpoznaliśmy wówczas tylko stan lękowo-urojeniowy. W niespełna miesiąc powróciła do szpitala ponownie — urojenia grzeczności, autyzm, ambiwalencja, zahamowanie, odmowa przyjmowania pokarmów, bardzo małowólna, rozszczępienie psychiczne. Przypuszczać należy rozpoznanie schizofrenia paranoïdes tardia.

Przypadek ten jest dla nas pouczający jeszcze z jednego względu, przypomina bowiem doświadczenia *Domaszewicza* i *Erba* przy leczeniu hipoglikemicznym, doświadczenia, w których autorzy przedstawiają możliwości odróżnienia popraw insulinowych od popraw samoistnych, mianowicie przy pomocy stosowanych przerywań w czasie prowadzonego leczenia, przy czym stwierdzają, jeśli po wystąpieniu poprawy insulinowej odstawiamy insulinę, wtedy poprawa cofa się, ustępując miejsca nowemu pogorszeniu. Podobną sprawę stwierdzamy i przy leczeniu elektrowstrząsowym: często nadzwyczaj szybka poprawa bardzo ciężkich stanów psychotycznych, zwłaszcza stanów podniecenia psycho-ruchowego, niekiedy poprawa wprost imponująca wprowadza

w błąd zarówno lekarza, jak, tymbardziej, rodzinę chorego, który zostaje zbyt szybko wypisany i dosyć szybko musi być z powrotem przywieziony.

Ale i w tych przypadkach, w których rozpoznanie jest ustalone, wczesny wstrząs zmienia obraz chorobowy, który otrzymuje inne zabarwienie jak klasyczne przypadki, np. tak częste przyłączanie się po wstrząsach zupełnie wyraźnego stanu hypomaniakalnego, dobrego samopoczucia, euforii przy cofnięciu się całkowitym innych objawów np. negatywizmu, autyzmu, rozszczepienia psychicznego i urojeń zmienia o tyle obraz schizofrenii, że rozpoznanie jej zdaje się być wątpliwym.

3. Np. chora H. Al. (19625), lat 30, przywieziona do szpitala w stanie stuporu katatonicznego. Według danych anamnestycznych przed 12 laty chorowała psychicznie w ciągu 7 miesięcy z rozpoznaniem schizofrenii. Po wyleczeniu skończyła szkołę, wyszła za mąż, była pogodna, zrównoważona. W czasie powstania stała się nerwową, rozdrażnioną, dziwaczną. Na miesiąc przed przybyciem do szpitala urodziła dziecko; pod koniec ciąży rozpoczęła się obecna psychoza, która się jednak nasiliła po porodzie: wybitnie urojeniowa, zahamowana, autystyczna, negatywistyczna, odmowa przyjmowania pokarmów, halucynacje wzrokowe, brak kontaktu z otoczeniem, dezorientacja w czasie. Rozpoczęto leczenie wstrząsowe; już po 2.ym wstrząsie zauważono poprawę, przy czym wyraźnie występuje ambiwalencja. Po 4-ym wstrząsie zupełnie wyraźna poprawa — zachowuje się jakby zbudzona ze snu, po 6-ym wstrząsie stan psychiczny chorej stał się zupełnie dobry — pogodna, uśmiechnięta, z dostateczną inicjatywą, rozmowna, towarzyska, syntoniczna zupełnie zorientowana, nastroju raczej euforycznego, żadnych cech rozszczepionych. Wyraźne zaburzenia pamięci: nie pamięta szczegółów ostatnich okresów, a zwłaszcza szczegółów z okresu, poprzedzającego chorobę nie przypomina sobie niektórych znajomych, zapamiętywanie prawidłowe; krytycyzm co do przebytej choroby dobry. Po dalszych wstrząsach dobry stan psychiczny ustabilizował się.

Pierwotne rozpoznanie schizofrenii, na które składały się klasyczne objawy, wobec ustąpienia absolutnie wszystkich objawów, mogło się nam wydawać wątpliwym.

Niekiedy jednak bywa odwrotnie — działanie elektrowstrząsów w przebiegu choroby, po 2—3 zabiegach ułatwia postawienie rozpoznania, usuwając np. zahamowanie psychiczne, stany osłupienia, mutyzm, i pozwala na wypowiedzenie się chorego, na otrzymanie dokładnej autoanamezy od chorego, na ułatwienie rozumienia jego zachowania się i postępowania.

4. Wyjątkowo ciekawy jest przypadek następujący (19090): J., lat 72, pianistka, choruje od kilku miesięcy, początkowo lęki, niepokój, obawia się nawet najbliższej rodziny, miewa myśli samobójcze; stopniowo stan pogarsza się; w ostatnich dniach przed przywiezieniem do szpitala przestaje przyjmować pokarmy, nie mówi; nie

może chodzić, leży skulona. Przyjęta do szpitala zachowuje się tak samo, leży skulona, nakryta kołdrą na głowę nie odpowiada zupełnie i nie reaguje na zapytania, nie rozgląda się, nie nawiązuje najmniejszego kontaktu, odmawia przyjmowania pokarmów (karmiona zgłębnikiem); czystość zachowuje. W nocy nie sypia, kręcąc się niespokojnie w łóżku. Stopniowo coraz większy upadek sił, wyniszczenie ogólne. Po dwutygodniowej obserwacji przystąpiono do leczenia elektrowstrząsami — po 4 wstrząsie niemal nagle wystąpiła poprawa, która po paru dniach ustaliła się; u chorej nie można stwierdzić żadnych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza żadnych objawów otępienia starczego, czy też zaburzeń psychicznych miażdżycowych. Obserwuje się tylko pewne nieznaczne zaburzenia pamięci, polegające na pewnej trudności w przypominaniu sobie poszczególnych faktów z czasu choroby, zwłaszcza z okresu przed rozpoczęciem leczenia, brak jest natomiast zaburzeń zapamiętywania, oraz pewna euforia. Z wywiadu od chorej można zorientować się, że zaburzenia psychiczne powstały na skutek różnych przykrych przeżyć osobistych.

Przy rozpoznawaniu odrzucić można z całą stanowczością przypuszczenie psychozy starczej lub przedstarczej, natomiast można całą jej przebytą chorobę ująć jako psychozę reaktywną.

Oprócz chorych, należących do powyższych czterech grup klinicznych, mieliśmy w leczeniu także chorych, których głównym objawem patologicznym był zespół anankastyczny, przy czym muszę tutaj zaznaczyć, że nadzwyczaj pomyślny wynik leczenia u tej kategorii chorych obserwowaliśmy w takich przypadkach, w których ten zespół zaostrzał się raczej okresowo.

5. Do takich chorych należy inż. górnik H., l. 41, który od kilku lat miewa natręctwa i lęk, połączone z depresją i myślami samobójczymi; przed wojną leczony sanatoryjnie, na skutek zaostrzenia się procesu chorobowego, później pewna poprawa, pracuje zawodowo, natręctwa jednak stale trwają; w ostatnich miesiącach ponowne bardzo wybitne zaostrzenie się natręctw, które stopniowo uniemożliwiają mu życie, wzrasta depresja, wzrastają dokuczliwe myśli samobójcze. Już po drugim elektrowstrząsie poprawa, po 4.ym całkowite ustąpienie wszystkich objawów; pozostają przez pewien czas nieznaczne zaburzenia amnestyczne oraz powstaje euforia i pewność siebie, łatwość pracy.

Zanim przystąpię do analizy całego materiału klinicznego, muszę z całą stanowczością podkreślić, wbrew niektórym autorom, fakt, że w żadnym przypadku nie obserwowałem stanu lękowego, występującego w związku z wstrząsami, tego tak często obserwowanego stanu we wstrząsach insulinowych, a zwłaszcza kardiazolowych, na co zwraca również uwagę Jarema*). Chorzy miewają niekiedy obawy przed do-

*) Elektrowstrząsy jako nowy sposób leczenia chorób umysłowych. Przegląd Lekarski 1945. Nr. 3—4.

konaniem zabiegu, zwłaszcza gdy chory widzi, jak dokonywany jest równocześnie zabieg całej grupie chorych, niekiedy bronią się przed zabiegiem, nigdy jednak nie można zaobserwować owego istotnego lęku w czasie zabiegu, również sam chory po zabiegu nie wspomina o przeżywanym lęku.

Jak wiadomo, niekiedy nie dochodzi przy wstrząsie do napadu drgawkowego: obserwujemy tylko napad poronny — zwany przez niektórych autorów elektroabsence, przy czym stwierdzić należy, że te elektroabsence jak i prawdziwy napad padaczkowy charakteryzują się następną całkowitą niepamięcią całego zabiegu, niekiedy połączone z niepamięcią wsteczną.

Te dwa fakty — brak istotnego lęku i niepamięć są kardynalnymi objawami elektrowstrząsu i mam wrażenie, że im objawy niepamięci są głębsze i im dłużej trwają, tym pewniejsze są pomyślne wyniki, a w razie jeżeli dochodzi jedynie do przerywania przykrych objawów choroby (podniecenie psychoruchowe, osłupienie czy też urojenia) tj. do remisji, tym remisja ta będzie trwalsza i głębsza.

Ani razu, w czasie swoich obserwacji nie stwierdzałem pogorszenia w przebiegu zaburzenia psychicznego przy leczeniu elektrowstrząsowym i jeżeli nawet nie było istotnej głębokiej poprawy lub remisji, to przynajmniej na pewien, niekiedy dosyć długi, okres czasu miały te objawy i chory stawał się bardziej społeczny w życiu szpitalnym, przy czym trzeba zaznaczyć, że o ile istnieje tendencja do pomyślnego zejścia to ujawnia się ona już po trzecim — czwartym wstrząsie, — jeżeli po 10 wstrząsach nie widać zmiany pomyślnej, wtedy trudno przewidywać, żeby się ona zjawiła po następnych wstrząsach, w każdym razie stosowanie więcej, niż 15—20 wstrząsów jest w takich przypadkach zupełnie bezcelowe. Jeżeli jednak poprawa się zaczęła nie należy leczenia przedwcześnie przerywać.

Bardzo trudno jest określić granice wieku, w którym należy zastosować leczenie elektrowstrząsowe: wiek naszych chorych wahał się od 13 do 72 lat, przy czym zarówno naszą najmłodszą jak i najstarszą pacjentkę uważać musimy za wyleczoną (w pierwszym przypadku schizofrenia, w drugim psychoza reaktywna). Zaznaczyć muszę, że w szeregu przypadków już za wczasu, zanim przystąpi się do leczenia, określić można możliwości lecznicze. Otóż pewniejsze rokowanie dają choroby o przebiegu okresowym, przypadki rozpoczynające się ostro; chorzy o konstytucji pyknicznej mają więcej szans na lepsze i trwalsze poprawy; chorzy, których anamneza rodzinna jest obciążająca, (np.

częstość chorób psychicznych w rodzinie o przebiegu złośliwym i jednostajnym*) schizoidalne - psychopatie rodzinne) mają mniej danych na trwałe poprawy. Można spodziewać się pomyślnej prognozy we wszystkich tych stanach depresyjnych, które są pochodzenia endogenego, niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z psychozą maniakalno - depresyjną, czy np. ze stanem depresyjnym w późnej katonii**).

Słowem, przystępując do leczenia elektrowstrząsami możemy spodziewać się pomyślniejszych skutków przede wszystkim w takich przypadkach, w których obserwuje się także samostne remisje: jednak leczenie elektrowstrząsowe przede wszystkim znacznie przyspiesza poprawę, a następnie poprawa ta jest o wiele głębsza, intensywniejsza i bardziej długotrwała niż remisja samoistna. Oprócz tego można spodziewać się szybkiej i głębszej poprawy we wszystkich niemal przypadkach reaktywnych oraz w przypadkach inwolucyjnych, które zasadniczo nie mają tendencji do remisji samoistnych. Ostre sprawy urojeniowe, niezależnie od swojego podkładu etiologicznego ulegają szybko nawet tak daleko idącej poprawie, że mogą być nieraz uważane za wyleczone. Wreszcie, jak już wspominałem, procesy anankastyczne, zaostarzające się okresowo i będące dawniej najbardziej uporczywymi i dokuczliwymi należą również do grupy zaburzeń psychicznych, które pod wpływem elektrowstrząsów mogą być całkowicie usunięte.

Nie próbując przeprowadzać statystyki naszych przypadków, stwierdzam, że wśród 82 naszych chorych w 39 przypadkach rozpoznano schizofrenię, w 15 — psychozę maniakalno - depresyjną, w 10 — psychozy inwolucyjne, w 7 — psychozy reaktywne, w 5 przypadkach obserwowano przede wszystkim stany natręctw, czterokrotnie rozpoznania nie można było ustalić, a dwukrotnie rozpoznawano ostre stany urojeniowo - lękowe, z tych w jednym przypadku na skutek nadużywania alkoholu w psychopatii.

Na 82 leczonych nie stwierdziliśmy ani jednego pogorszenia w stanie psychicznym, natomiast w 18 przypadkach nie zauważyliśmy również istotnej poprawy (w tym 14 razy w schizofrenii); jednak nawet w tych przypadkach zauważono poprawy poszczególnych objawów (usunięcie podniecenia ruchowego, ustąpienie stuporu, przerwanie odmowy przyjmowania pokarmów itp.). We wszystkich innych przypadkach poprawa była tak istotna, że w 30 przypadkach można było

*) por. *Siegfried Schweiz*. Arch.

**) por. *Wyrsch Nervenarzt* 1942.

wypisać chorego w stanie, który pozwalał na pracę zarobkową, a w 2 przypadkach wypisano chorego nawet samego. Trzeba przy tym zwrócić uwagę również na znaczne skrócenie czasu pobytu w szpitalu (od 4—8 tygodni). Wśród tych 30 znakomitych popraw 7 razy była rozpoznawana schizofrenia, 3 razy okresowe zaostrzenie stanu anankastycznego, 7 razy stwierdzono psychozę reaktywną, resztę stanowiły psychozy inwolucyjne i maniakalno - depresyjne. W pozostałych 32 przypadkach stwierdzono remisje w większości przypadków w stopniu znacznym, pozwalające na opuszczenie szpitala.

Jest bardzo trudno powiedzieć, jakie mechanizmy w elektrowstrząsach wywołują skuteczne wyniki. Nie można przypuszczać, że wpływają tu zmiany naczynioruchowe, lub jak przypuszcza *Horodeński* (za *Hildebrandtem*), że działanie elektrowstrząsów na ustrój ludzki tłumaczy się zwiększonym przekrwieniem mózgu i związaną z tym wzmoczoną przemianą materii, którą potęgują jeszcze drgawki.

W moich obserwacjach uderzało mnie zawsze, że poprawiali się zazwyczaj lepiej (np. ustępowały objawy choroby psychicznej nawet zupełnie) tacy chorzy, u których po elektrowstrząsach zespół amnestyczny był wyraźniejszy, bardziej długotrwały, a amnezja wsteczna ogarniała dłuższy okres czasu. Nie wchodząc w dzisiejszym moim odczycie w szczegóły tego fenu, wyrażam przypuszczenie, że może jedną z głównych przyczyn popraw jest amnezja powstrząsowa, o czym wspomina już *Flescher**), mówiąc, że w amnezjach chodzi wyłącznie o utrudnienie w wywołaniu niezmiennych engramów, przy czym engramy optyczne łatwiej się przywołuje niż akustyczne. A wobec tego, że obok przyczyn organicznych w amnezjach odgrywają rolę napewno i czynniki psychologiczne (to zn. amnezja psychorodna**), nie jest wykluczonym, że właśnie niepamięć, powstając na skutek wstrząsów i występując zarówno po tzw. udanym wstrząsie tj. połączonym z napadem drgawkowym, jak również i po elektroabsence, tj. wstrząsach poronnych, może być podstawą poprawy klinicznej. I wobec tego, wbrew szeregowi innych autorów, nie można uważać niepamięci jako przykrej komplikacji terapii elektrowstrząsowej, przeciwnie — uważać ją należy jako objaw korzystny tej metody leczniczej.

*) Schweizer Arch'v 1941 z. 48.

**) por. pracę *Nelkena* i *Handelsmana W.* Czas. Lek. 1935 oraz inne prace *Nelkena* o niepamięci wstecznej.

RYSZARD DRESZER

WSTRZĄS LECZNICZY JAKO EKSPERYMENT NAUKOWY

Literatura o leczeniu wstrząsowym jest olbrzymia. (Mam tutaj na myśli metody lecznicze, zapoczątkowane przez *Sakla* i *Medunę*, a więc wyłącznie wywoływanie głębokich stanów niedocukrzenia lub napadów drgawkowych bez względu na środek działający). Dość powiedzieć, że *Meduna* w 1938 r. na zjeździe w San Francisco, omawiając sprawę leczenia cardiazolowego, stwierdził, że tytuły prac, dotyczące wyłącznie tego rodzaju leczenia, zajęły prawie 40 stron pisma maszynowego. W tej powodzi prac uderza jedno zjawisko, zresztą zupełnie zrozumiałe: olbrzymia ich większość pisana jest nastawieniem wyłącznie lub prawie wyłącznie na wynik leczniczy, a więc poza danymi statystycznymi, zajmuje się raczej praktyczną stroną zagadnienia, omawiając technikę tej czy innej metody leczniczej, ewentualne komplikacje, udoskonalenia, mniej-szą uwagę zwracając nawet na symptomatologię samego wstrząsu, o ile to nie posiada jakiegoś praktycznego znaczenia. Na dalszy plan ustępują różne dodatkowe badania laboratoryjne, wykonywane również przede wszystkim w celach usprawnienia i udoskonalenia metody leczenia. Nie brak również nielicznych zresztą prób teoretycznego wytłumaczenia i uzasadnienia mechanizmu działania leczniczego wstrząsu, czy to pod względem biologicznym, czy też psychologicznym. Uzyskanie w psychiatrii tak potężnej w swych skutkach broni w walce z chorobą (przede wszystkim schizofrenią), tłumaczy całkowicie tego rodzaju podejście do wstrząsu leczniczego.

A jednak wstrząs leczniczy posiada jeszcze inne oblicze, nie mniej może ciekawe i ważne i nie mniej pociągające. Jest on przecież niewątpliwie zjawiskiem patofizjologicznym, wywołanym co prawda sztucznie, w celu ściśle określonym — leczniczym, tym nie mniej posiadający zde-

cydowany charakter naruszenia równowagi biologicznej ustroju. Przecież w 1936 r. w dyskusji nad referatem *Bersot* o leczeniu schizofrenii insulinną *Pfersdorff* wyraził zdziwienie, że stosuje się metodę leczniczą, wywołującą objawy neurologiczne takie, które zazwyczaj staramy się zwalczać. Istotnie, w czasie wstrząsu leczniczego, bez względu na źródło jego powstania, występują objawy, świadczące o dezorganizacji czynności niejednego układu naszego organizmu, dezorganizacji z reguły przejściowej, lecz tym niemniej patologicznej. Dokładne zbadanie, poznanie, zrozumienie tych przejawów naruszenia równowagi biologicznej ustroju jest, mam wrażenie, niemniej ważne, niż cel i wynik praktyczny wstrząsu. Jeżeli z tej strony spojrzymy na wstrząs leczniczy, to okazuje się on mimowolnym eksperymentem, zupełnie niedostatecznym, albo prawie, że nie wykorzystanym ze względu na brak odpowiedniego podejścia do tego zjawiska patologicznego.

Przykładem takiego właśnie podejścia może być praca *Opalskiego*: „Objawy neurologiczne w przebiegu niedocukrzenia insulinowego u chorych psychicznie”. *Opalski* skorzystał z tego, że we wstrząsie insulinowym dyssolucja czynności ośrodkowego układu nerwowego jakkolwiek jest prędką, nie jest błyskawiczna, trwa parę godzin, a od chwili zupełnej utraty przytomności przejawia się przede wszystkim pod postacią zaburzeń ruchowych. Wnikliwa analiza tych zaburzeń ruchowych pozwoliła *Opalskiemu* wśród powodzi zdawałoby się bezładnych przejawów ruchowych wyodrębnić szereg zespołów, zupełnie obcych codziennej dynamice ludzkiej, pozbawionych syntezy celowej, jednak na ogół stałych w swej fazowości.

Przy wstrząsie drgawkowym (wywołanym przez *cardiazol*, prąd elektryczny, lub inne środki drgawkorodne), sprawa przedstawia się inaczej. Tutaj dyssolucja czynności ośrodkowego układu nerwowego przebiega błyskawicznie lub prawie błyskawicznie, redukując się do paru minut trwania zaledwie, występuje zespół drgawkowy, dość stały w swej strukturze, w swym przebiegu i swych przejawach. Jakkolwiek rozpad czynności we wstrząsie drgawkowym nie został jeszcze dostatecznie przeanalizowany, (*Anglade, Straws, Hunt, Carney*), w tym przypadku większe zainteresowanie budzi nie faza dyssolucyjna, lecz dalsza faza — postępującego wyrównania naruszonej równowagi biologicznej. Przebiega ona powolniej i wykazuje cały szereg zjawisk, mogących rzucić niejednokrotnie nowe światło na strukturę niektórych czynności ośrodkowego układu nerwowego i na zaburzenia tej struktury.

Pomijając cały szereg nasuwających się możliwości badawczych (badania chemiczne, fizjologiczne, elektrofizjologiczne, badanie powstrząso-

wych zaburzeń mowy, itd.), dla przykładu jedynie wspomnę o jednej właściwości powstrząsowej, występującej z całą regularnością: o zaburzeniach pamięci.

Jak można sądzić z dostępnej nam literatury i z własnego doświadczenia, każdy lekarz, pracujący metodami leczenia wstrząsowego, wie o tych zaburzeniach, każdy je spostrzega, lecz nie każdy wie, że ma przed sobą dwa rodzaje zaburzeń pamięci. Pierwsze zaburzenia, występujące stale, bezpośrednio w związku z poszczególnym zabiegiem wstrząsowym, to niepamięć wsteczna — towarzysz każdej utraty przytomności. Występuje ona bezpośrednio po zabiegu, trwa krótko, nie przekraczając kilkunastu do kilkudziesięciu minut (*Schröder* opisuje przypadek 24-godzinnego trwania takiej niepamięci wstecznej) i obejmuje zazwyczaj krótki okres, poprzedzający zabieg leczniczy, rzadko sięgając dalej wstecz, przy czym może posiadać czasem charakter kompleksowy. Jedynie *Schröder* podaje dwa przypadki, z których w jednym niepamięć wsteczna obejmowała okres dwóch lat, a w drugim nawet 10 lat. Jednym słowem, ten rodzaj zaburzenia pamięci (niepamięć wsteczna) jest zjawiskiem towarzyszącym pojedynczemu wstrząsowi i nie różni się zasadniczo od zwykłego typu niepamięci wstecznej pourazowej ani symptomatologicznie, ani etiologicznie i cechuje się takim samym mechanizmem powstawania.

Do drugiej kategorii zaburzeń pamięci należą zaburzenia, występujące z dużą regularnością dopiero po dłuższym stosowaniu wstrząsów, a więc jako skutek nie pojedynczego zabiegu, lecz szeregu dostatecznie często stosowanych wstrząsów. Bardziej przytomni chorzy skarżą się zazwyczaj na trudności zapamiętywania i przypominania, trudności koncentracji uwagi, odczuwają zaburzenia te jako coś przykrego. Trwają one znacznie dłużej, niż wyżej opisana niepamięć wsteczna, mijają w większości przypadków w ciągu kilku tygodni po skończonym leczeniu, rzadziej kilku miesięcy (*Tooth i Blackburn* — przypadek zaburzeń pamięci, trwający do 1/2 roku). Najczęściej zaburzenia pamięci tego rodzaju posiadają charakter raczej łukowy, ogarniając przede wszystkim świeższe nabytki pamięciowe (*Zyskind*), przy czym cierpi w pierwszym rzędzie zdolność zapamiętywania (*Bengel*). W jednym moim przypadku chora po 8 wstrząsach kardiazolowych zatraciła zupełnie inicjatywę i zdolność zorganizowania sobie najprostszej pracy w gospodarstwie domowym, które poprzednio prowadziła z dużą sprężystością, co robiło wrażenie wyłączenia czynnościowego przedniego bieguna mózgu; po kilku dniach stan ten minął całkowicie. *Rose, Pottberg i Anderson* stwierdzili zanik poprzednio utorowanego odruchu warunkowego u owcy, której podawali wstrząsowe dawki insuliny.

Tego rodzaju zaburzenia pamięci z ich stosunkowo powolnym narastaniem, wyraźnie związanym z ilością i częstością wstrząsów i równie powolnym zanikaniem, posiadają już wyraźnie charakter zaburzeń organicznych, będących skutkiem rozsianych zmian w mózgu, nie pozostawiających jeszcze trwałych śladów w postaci zaniku komórek nerwowych, jednak o typie otępienia organicznego (*Tooth i Blackburn*). Charakter organiczny tych zaburzeń pamięci jest najprawdopodobniej skutkiem ogniskowego niedożywienia tkanki mózgowej, upośledzającego w sposób rozsiany czynność komórek nerwowych, a krótkotrwałość tego niedożywienia pozwala po pewnym czasie na powrót czynności do normy po skończonym leczeniu wstrząsowym. Byłoby to jeszcze potwierdzeniem powstających w czasie wstrząsu leczniczego zaburzeń rozmieszczenia krwi w sieci włosniczkowej mózgu, na co wskazują wyniki moich badań doświadczalnych, wykonanych wspólnie z *Scholzem*, jak również wyniki badań histopatologicznych nielicznych przypadków zejścia śmiertelnego w czasie leczenia wstrząsowego (*Petersen, Jacob, Jansen, Ostertag*).

Nie uważam, ażeby skromne te uwagi choć w części wyczerpywały poruszone zagadnienie. Chciałem tylko w sposób ogólnikowy zwrócić uwagę, że wstrząs leczniczy, obok swego niewątpliwie pierwszorzędного znaczenia w walce z chorobą, posiada także i znaczenie doświadczenia naukowego, mogącego wyjaśnić niejedną jeszcze zagadkę czynności ośrodkowego układu nerwowego.

MAURYCY BORNSTAJN

O PRZYCZYNNIE POMYŚLNYCH WYNIKÓW LECZENIA
SCHIZOFRENII PRZY POMOCY INSULINY, KARDIAZOLU
I PRĄDÓW ELEKTRYCZNYCH O WYSOKIM NAPIĘCIU

Od lat w przybliżeniu 15 schizofrenia przestała by zaliczaną do chorób, nieuchronnie prowadzących do zniszczenia osobowości, do tzw. stanów końcowych, podczas których tli się jeszcze w osobniku życie niemal wyłącznie, ale całokształt psychiczny ulega stopniowo zagładzie. Co raz mniej liczni są w zakładach chorzy, których widywaliśmy dawniej w tak znacznej liczbie, przykucniętych gdzieś po kątach, śliniących się nieustannie, zanieczyszczających się, wydających jakieś stereotypowe dźwięki lub wykonujących stereotypowe ruchy, albo wreszcie zastygłych nieruchomo w jednej stereotypowej pozie. Takich chorych jest co raz mniej. A dzieje się to dzięki szczęśliwemu pomysłowi zastosowania pewnych środków farmaceutycznych i fizykalnych, w których wyniku ostre i podostre postaci schizofrenii bądź ustępują zupełnie, bądź wykazują dobre i długotrwałe zwolnienia. To zostało stwierdzone wszędzie ponad wszelką wątpliwość, wszędzie, gdziekolwiek te środki stosowano, przy czym jedni bardziej chwalaą jeden środek, drudzy — inne, ale wszyscy godzą się na jedno: schizofrenii nie można już dziś uważać za chorobę nieuleczalną. Ja również u siebie na oddziale stosowałem w licznych przypadkach zarówno insulinę, jak i kardiazol (prądów o wysokim napięciu nie zdążyłem zastosować, bo wprowadzone były w użycie podczas wojny, kiedy oddział mój był już nieczynny). Stwierdziłem w osobistym swym doświadczeniu, że kardiazol działa szybciej i lepiej niż insulina, przy tym stosowanie tego środka jest o wiele mniej kłopotliwe pod każdym względem i poza tym skuteczność jego ujawnia się niezależnie

od postaci klinicznej schizofrenii, podczas kiedy insulina lepiej działa w postaciach paranoidalnych, a jest natomiast mniej skuteczna w katatonicznych. Ale nie o to chodzi mi w tej chwili. Zastanawiam się od dłuższego czasu, dlaczego te środki w ogóle mają taki zbawienny wpływ na to ciężkie schorzenie psychiczne. Jak to sobie wytłumaczyć?

Przede wszystkim należy przypuścić, że nie jednemu psychiatrze z liczby tych, którzy uważają schizofrenię za chorobę *par excellence* organiczną, przyszło na myśl, że oto zaistniał nowy dowód słuszności tego poglądu: bo, skoro tak wydatnie manifestuje się poprawa przy stosowaniu środków farmaceutycznych i fizykalnych, to przemawia to „niewątpliwie“ za organicznością tej choroby. Niejednokrotnie mieliśmy sposobność wypowiedzania poglądu swego, całkiem odmiennego od dopiero co wspomnianych, a mianowicie, że schizofrenia z bardzo wielu względów, których tu wyłuszczyć odnowa nie jestem w stanie, nie powinna być zaliczana do chorób organicznych *sensu strictiori*. I ta skuteczność środków nowych nie zdołała zachwiać moim przekonaniem. Zastanawiałem się od dłuższego czasu nad przyczyną tego skutecznego działania insuliny, kardiazolu i prądów elektrycznych i chciałbym tu dzisiaj zdać sprawę z biegu swoich rozumowań, jak i z wyniku, z wniosków, do jakich doszedłem.

Wychodziłem z założenia, że musi być jakaś wspólna przyczyna, dla której tak różne środki są skuteczne.

Insulina wywołuje stany hypoglykemiczne, które manifestują się zwykle w zakresie układu roślinnego, parasympatycznego, czasami tylko występują pośrednio objawy ze strony animalnego (drgawki), jak to wykazał *Opalski*. Kardiazol i prądy elektryczne działają przede wszystkim bezpośrednio na układ animalny i dają w wyniku stany drgawkowe i im te stany są silniejsze, im zwłaszcza utrata przytomności jest głębsza, tym skuteczniejsze i szybsze jest działanie tych środków. Gdzież jest wspólna nić, wiążąca ich działanie? Oto zastanawiając się nad tym, doszedłem do wniosku, że łączy te wszystkie środki w ich działaniu jedno najważniejsze zjawisko, spostrzegane w przebiegu leczenia w każdym z tych środków, a mianowicie, utrata przytomności. Im głębszy, im dłuższy jest stan bezprzytomności, tym skuteczniejsze jest działanie środka, tym lepsza jest poprawa. A jeżeli tak, to to z kolei wymaga

wyjaśnienia. Dlaczego tak się dzieje? Dlaczego trzeba wydatnego wyeliminowania świadomości, ażeby osiągnąć lepszy rezultat leczniczy? Chodzi moim zdaniem o to, że środki te, wywołując stan bezprzytomny, działają drogą okólną na sam proces schizofreniczny. Bo na czym polega istota schizofrenii? Dokładnie na pewno nie wiemy, nie umiemy w sposób zdecydowany odpowiedzieć na to pytanie. Ale przez analogię z psychonerwicami możemy nie bez podstawy przypuszczać, że w schizofrenii walka między świadomością a „nieświadomym“ dochodzi do najwyższego napięcia, że nieświadome złoża wyłaniają się na powierzchnię świadomości, która usiłuje je tłumić bezskutecznie i wywiązuje się między tymi dwiema instancjami psychicznymi walka na śmierć i życie. Chodzi o to, jak tej walce przeciwdziałać, jak ją złagodzić lub uspokoić. W psychonerwicach istnieje również walka, ale znacznie słabsza, jest to raczej konflikt tylko i tam mamy *nota bene*, drogę otwartą do psychiki samej przy pomocy psychoanalizy, możemy łatwiej z konfliktem dać sobie radę. Tutaj, wobec braku dostępu, wskutek autyzmu chorego, wobec niemożności stworzenia stanu przeniesienia afektywnego na lekarza, metoda psychiczna zawodzi. I oto widzimy, że droga okólna dzięki środkom nie psychicznym daje rezultaty dodatnie. W jaki sposób się to dzieje? Oto wydaje mi się, że jedynym logicznym wytłumaczeniem tego zjawiska jest następujące. Ażeby doszło w psychice do stanu rozszczepienia, trzeba wszak dwu sił walczących: świadomości i „nieświadomego“. Przez wyeliminowanie jednej z nich rozszczepienie maleje lub zanika. W psychonerwicach psychoanalizie udaje się najczęściej tak podziałać na chorego, że zwalnia on z uwieźi „nieświadome“ i wchłania w siebie świadomie jego pierwiastki. Dzięki temu konflikt ustaje. Ażeby osiągnąć ten sam rezultat w schizofrenii, gdzie *nota bene* rozszczepienie jest znacznie silniejsze i gdzie psychoanaliza nie może znaleźć zastosowania, gdzie „nieświadome“ już jawnie się rozpanoszyło, a świadoma jaźń człowieka nie jest w stanie go opanować, jedynym środkiem jest radykalne przerwanie walki przez rozsnucie mroku nieprzytomności na cały teren walki, mroku, w którym toną ostre przeciwieństwa. Przez wyłączenie świadomości proces rozszczepiony nie może się już w dostatecznej mierze ujawnić, albowiem rozszczepienie psychiczne możliwe jest wtedy, kiedy wchodzą w grę oba elementy: świadomy i nieświadomy. Jeżeli usuwamy jeden z nich, to proces rozszczepieniowy ustaje i tym samym objawy znikają; im częściej to następuje, im

częstsze i głębsze są te przerwy w procesie rozszczepieniowym, tym prędzej może dojść do wyzdrowienia.

Wątpię, czy zwolennicy poglądu o organicznym pochodzeniu procesu schizofrenicznego znaleźli w tym pomyślnym leczeniu przy pomocy środków farmaceutycznych i fizykalnych jakiś ważki argument na swoją korzyść.

ZBRODNI NIEMIECKIE W STOSUNKU DO UMYŚLOWO CHORYCH W POLSCE

(Dane z Zakładów Psychiatrycznych).

Praca zbiorowa

MIECZYŚLAW KACZYŃSKI

W s t ę p:

Stosunek psychiatrii polskiej do zbrodni niemieckich w zakładach psychiatrycznych w Polsce

Psychiatria jest specjalnością medycyny, która więcej niż inne zajmuje się analizą i oceną tych szczytowych osiągnięć ludzkiej psychiki, które nazywamy etyką i moralnością.

Brak uczuć moralnych, ich niedorozwój lub ubytek prowadzą do znanych nam obrazów anomalii charakteru, do obrazów psychopatii. Zjawiska te, które prof. *Mazurkiewicz* nazywa „niskim poziomem współdzwięczenia uczuciowego“, przeniesione do życia zbiorowego, są tematem studiów psychologii społeczeństw lub narodów. Niewątpliwie taka ocena idei i postępowania narodu niemieckiego nastąpi.

To jest podstawą naszego rozumowego stosunku do zbrodni niemieckich. Poza nią istnieje w nas strona uczuciowa, afektywna, która wynika stąd, że przeżycia psychiatrii polskiej nie dają się oddzielić od przeżyć całego narodu, że są one ponadto przeżyciem naszej grupy społecznej, naszego zawodu.

Ten stosunek uczuciowy powstał w nas od pierwszego poznania idei narodowego socjalizmu i stawał się coraz wyraźniejszy od pierwszych egzekucji Torunia i Bydgoszczy, od pierwszych mordów w psy-

chiatry, narastając w swym negatywiźmie, poprzez znane nam wszystkim zbrodnie, aż do dnia upadku tego zwyrodniałego narodu.

Długa lista poległych, straconych i zmarłych psychiatrów jest najlepszym dowodem tego negatywnego stosunku, a nazwisko dr *Haliny Jankowskiej* jest ponadto symbolem psychiatrów czynnie walczących i nieuległych aż do śmierci.

Zarząd Główny P. T. P. i Komitet Organizacyjny Zjazdu zapraszając do wypowiedzenia się w omawianym dziś temacie — miał na celu nie tylko źródłowe poznanie przeżyć polskiej psychiatrii lecz, i przede wszystkim, zdobycie oświeleń naukowych i danych dokumentarnych, historycznych.

Takim dokumentem są dane dyr. *Latyńskiego* z Kulparkowa, z których wiemy, że od czerwca 41 r. do stycznia 43 r., zagłodzono w tym zakładzie 1.740 chorych, że w ciągu miesiąca umierało tam tyle chorych, ile przez rok umierało przed wojną.

Niemniejszym dokumentem jest masowy grób chorych w ruinach zburzonego szpitala Jana Bożego w Warszawie i naszej kliniki, masowy grób, w którym do dziś spoczywa dr. *Halina Jankowska*. Z 360 chorych w dniu wybuchu powstania, — jak nas informuje dyr. *Falkowski*, — prawie o żadnym nie ma wiadomości.

Takie dokumenty ujrzą państwo w przemówieniach następnych prelegentów, do których moja prelekcja tutaj jest tylko wstępem.

Psychiatria polska poniosła straty niematerialne i materialne. Pierwsze — stały się i będą źródłem naszej wiecznej pamięci i czci, oraz powodem negatywnego stosunku do narodu niemieckiego. Drugie — oby się stały podstawą naszych usiłowań odszkodowaniowych, aby polska psychiatria mogła rozwinąć swą pracę nie tylko dla chorych, lecz i naukową i pedagogiczną, i nie w imię zbrodni, lecz w imię realizacji idei humanitarnych.

MARIA I WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSCY

OKRUCIEŃSTWA HITLERYZMU *)

Pewien odłam psychologów uważa, że okrucieństwo jest to radość z powodu cudzego bólu, połączona z rozkoszą świadomości mocy nad cudzym losem. Uczucie wrogie w stosunku do przedmiotu okrucieństwa nie jest przy tym konieczne, może on być nawet swemu sprawcy nieznany i nigdy przeciw niemu nie zawinął. Starczy, gdy jest od niego słabszy fizycznie, gdy jest w jego zasięgu lub gdy nie może się bronić.

Okrutnikiem jest człowiek, pozbawiony tej społecznej wartości, którą nazywamy dobrocią, poza tym zachłanny i bardzo mało wrażliwy, o ile wychowanie, a następnie warunki życia nie przygaszą takiego potencjalnego okrucieństwa. Natury namiętne, fanatycy, oraz ludzie o charakterze despotycznym są bardziej, niż inni skłonni do okrucieństwa.

Stosunek nasz do cierpień bliźniego może się wyrazić w czwórkaki sposób: 1) odczuwamy współczucie, 2) zachowujemy się obojętnie, 3) ogarnia nas zadowolenie, które znajduje częściowo wytłumaczenie w myśli: „dobrze, że nie mnie spotkało nieszczęście“ i, 4) wreszcie, specjalne zadowolenie o charakterze płciowym.

Istnieje pogląd, że okrucieństwo ma źródło w instynkcie walki. Popęd ten wytwarza upodobanie do zadawania cierpień i oglądania ich. *Nietzsche* powiedział, że prawie wszystko to, co zwiemy wyższą kulturą, opiera się na pogłębieniu i uduchowieniu okrucieństwa.

*) Praca ta w całości będzie oddzielnie opublikowana.

Pierwiastek niszczący, nienawiść, może się maskować pod postacią estetyki, religii, patriotyzmu, polityki i t. p. Przyczyny jej, zazwyczaj czysto egoistyczne, mogą być także o szerszym podłożu: zawodowym, społecznym, narodowym, religijnym i t. d. Tłumy, nawet gdy się gromadzą w imię wyższej idei, są zazwyczaj okrutne.

Codzienne życie człowieka kulturalnego obfituje w okrucieństwa (stosunek do zwierząt, względnie surowe kary, do niedawna jeszcze stosowane, jako system wychowawczy, ostra nieraz dyscyplina wojskowa i t. d.).

Od zarania ludzkości do ostatniej chwili stwierdzamy okrucieństwo. W rozmaitych okresach wieków średnich na usługach Kościoła czy Państwa przyjmuje ono potworne rozmiary. Wojny, przewroty i rewolucje są najbardziej sprzyjającymi warunkami do wykazywania się instynktów krwiożerczych.

Aby pojąć swoisty charakter okrucieństw hitleryzmu, należałoby sięgnąć już w mroki epoki Rzymskiego Cesarstwa Narodu Niemieckiego i po przez rozmaite okresy badać przejawy zachłannej nienawiści. W X wieku pełnomocnik cesarza Ottona sprasza na ucztę i truje 30 książąt słowiańskich, w początkach XII w., oblegający Głogów Henryk V każe przywiązać zakładników, między innymi syna dowódcy, do maszyn oblężniczych. Krzyżacy ciągnęli z Litwy ludność na postronkach, i całe wsie litewskie w dym puszczali; duchowy ich spadek dotrwał do ostatniej chwili.

Prace niemieckie uczonych, *R. Freienfelsa* i *E. Arndta*., pozwalają uchwycić pewne rysy psychologiczne Niemców i pomogą nam zrozumieć potworne rozpętanie ich okrucieństwa. *Freienfels* twierdzi, że Niemcy odznaczają się „niezwykłą gotowością i łatwością poddawania się cudzemu przewodnictwu, co stało się ich słabością“, *Arndt* jest głosicielem idei zachłannej nienawiści i utrzymuje, że „Niemcom brak miejsca pod słońcem“.

Okrucieństwa charakteryzują rządy niemieckie od chwili objęcia władzy przez Führera. Działacze obozów przeciwnych poddawano torturom, np. biciu stalowymi różgami, w obozach, które już koło 1933 r. więziły do 40000 obywateli, giną przeciwnicy hitleryzmu. W Dachau od 1933 r. stosowane były bardzo ciężkie tortury, które następnie potwornością swą przeszły możność wszelkiego wyobrażenia. Dotyczy to przede wszystkim krajów okupowanych. W pracy omówione jest życie w obozach, wyszczególnione są specjalne metody tortur, zaznaczony stosunek do kobiet, dzieci, chorych, opisane

potworne w swym okrucieństwie zabawy dozorców i metody uśmiercania. Podobne są też przykłady, ilustrujące nieludzki stosunek Niemców do Żydów i Polaków, zwłaszcza w miastach, masowe niszczenie chorych psychicznie w szpitalach, oraz, co stanowi osobną część pracy, omawiane są zbrodnie lekarzy Niemców w obozach w stosunku do zdrowych i chorych więźniów, których traktowali, jak króliki doświadczalne.

STANISŁAW BATAWIA

ZBRODNI NIEMIECKIE JAKO ZAGADNIENIE SOCJOLOGICZNE I KRYMINOLOGICZNE.

Na wstępie prelegent zaznacza, iż moment okrucieństwa, towarzyszący zbrodniom niemieckim w krajach okupowanych, nie powinien być uważany za najbardziej istotny przy rozpatrywaniu całego zagadnienia.

Istotna treść głównych zbrodni niemieckich sprowadza się do systematycznego, masowego niszczenia milionów ludzi, którzy z punktu widzenia ideologii hitlerowskiej i interesów III Rzeszy uznani zostali za element niepotrzebny, bezużyteczny, lub uciążliwy i szkodliwy dla państwa narodowo-socjalistycznego i narodu niemieckiego. To niszczenie milionów ludzi zostało dokładnie przemyślane i uplanowane, opracowane do najdrobniejszych szczegółów, potraktowane jako problem wyłącznie techniczny. Stoimy w obliczu zbrodni, popełnianych na mocy zarządzeń najwyższych urzędników państwowych i to właśnie stanowi najbardziej swoistą właściwość zbrodni niemieckich — ten oficjalny rodowód dokonywanych masowych zbrodni, pozbawienie zbrodni ich zasadniczego przestępczego charakteru, uczynienie ze zbrodni normalnego poniekąd zjawiska społecznego. Mordowanie milionów obywateli różnych państw i niszczenie majątku narodowego i dorobku kulturalnego wielu pokoleń przestało być uważane za przestępstwo przez hitleryzm i jego wyznawców.

Prelegent wskazuje na to, jak ideologia narodowo-socjalistyczna wpajała przez długie lata w społeczeństwo niemieckie tego rodzaju zasady, które znakomicie przyczyniły się do wytworzenia się u Niemców specjalnego nastawienia psychicznego, sprzyjającego późniejszym zbrodniom. Mit nordycki o charakterze dogmatu religijnego

oraz mitologia czynu i mocy, mistyka krwi, narodu i wodza wraz z kultem instynktu, uznawanie przemocy za *unica ratio* w dziedzinie polityki, gloryfikowanie popędów społecznie szkodliwych, wzbudzanie nienawiści rasowych i narodowościowych — wszystko to musiało w końcu okazać się groźne dla innych narodów.

Powstaje pytanie czy fakt, iż hitleryzm mógł rozporządzać tak wielką ilością wykonawców zbrodniczych planów, nie należy tłumaczyć pewnymi dziedzicznymi dyspozycjami psychicznymi, typowymi dla Niemców, czy niewiarogodne wprost zbrodnie niemieckie, których ofiarami padło wiele milionów ludzi, nie są wytworem typowo niemieckim, uwarunkowanym wrodzonymi cechami jednostek, tworzących naród niemiecki.

Prelegent wskazuje na cały szereg zastrzeżeń, jakie powstają przy tego rodzaju postawieniu zagadnienia. Naród niemiecki, który powstał z wielu grup etnicznych i który jest mieszaniną różnych składników rasowych nie może być rozpatrywany jako jednolita całość pod względem biologicznym. To też termin „narodowa cecha niemiecka“ jako dyspozycja uwarunkowana dziedzicznie jest z antropologicznego punktu widzenia nie do przyjęcia. Poza tym jeśli można było określić ściśle, jakie dyspozycje psychiczne, determinujące przestępczo Niemców, należy badać pod kątem widzenia ich dziedzicznego uwarunkowania, to i tak brak jest metody, przy pomocy której moglibyśmy udowodnić zależność tych dyspozycji wyłącznie od czynników dziedzicznych.

Dla wytłumaczenia formowania się tzw. charakteru narodowego nie jest jednak konieczne branie pod uwagę dziedzictwa biologicznego. Można bowiem wytłumaczyć wytworzenie się analogicznych typów psychicznych wśród jednostek tworzących naród niemiecki, przy pomocy tzw. dziedziczenia kulturalnego wpływów tego samego środowiska społecznego w ciągu szeregu pokoleń. Jeśli naród niemiecki, nie bacząc na zróżnicowany skład rasowy jego członków, wykazuje np. charakterystyczną postawę w odniesieniu do pewnych problemów natury politycznej, jeśli w zbrodniach, popełnianych w krajach okupowanych, brali udział Niemcy zupełnie różni jako typy rasowe, to wynika to z pewnych tradycji kulturalnych, z określonej ideologii, z trwałych wpływów natury socjalologicznej, które urabiały pokolenia Niemców w specjalny sposób.

Trwałe tradycje kulturalne, które ułatwiły hitleryzmowi realizację zbrodniczych planów, są dobrze znanymi tradycjami pruskimi.

Fakt, iż wśród wykonawców zbrodni, uplanowanych przez III Rzeszę, spotykamy również przedstawicieli innych narodów, że z Niemcami współdziałało w zbrodniach tysiące jednostek, należących do różnych grup etnicznych, jest z socjologicznego i kryminologicznego punktu bardzo znamieny.

Okazuje się, że wystarczy zaistnienie takich warunków, w których najcięższe przestępstwa zostają pozbawione znamion zbrodni, aby masowo zjawiali się przestępcy, że w człowieku, nie zależnie od pochodzenia rasowego i przynależności etnicznej, przy odpowiednim układzie okoliczności zewnętrznych, pod wpływem określonych sugestij, mogą wyzwolić się skłonności do zbrodniczego działania.

Hitleryzm wykazał właśnie, jak niebezpieczne okazać się mogą pewne idee w życiu społecznym, jak bardzo przestępczotwórcze są pewne mity i jak bardzo zarazem są labilne i zależne od czynników socjologicznych poczucia prawne i moralne,

ROMAN MARKUSZEWICZ

BARBARZYŃSKA LIKWIDACJA PRZEZ NIEMCÓW SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO W CHOROSZCZY

Wielki Szpital Psychiatryczny w Choroszcy, województwa białostockiego, przeżył dwie ewakuacje: rosyjską i niemiecką.

Pod koniec 1939 roku, na skutek działań wojennych, szpital w Choroszcy przeszedł pod zarząd rosyjski. W grudniu 1940 roku władze radzieckie postanowiły ze względów wojskowych — województwo białostockie znajdowało się wówczas w pobliżu linii okupacji niemieckiej — zlikwidować szpital, chorych przewieźć do szpitali psychiatrycznych w głąb Związku Radzieckiego, w budynkach zaś poszpitalnych rozkwaterować wojsko. Rosyjskie władze szpitalne dążyły do zachowania szpitala psychiatrycznego jako jedyne na całym wschodnim obszarze Polski. Względy jednak natury wojskowej przeważały szalę.

Celem przeprowadzenia ewakuacji szpitala zjechała do Choroszcy komisja psychiatrów i pracowników szpitalnictwa z Moskwy i Mińska. Po dokooptowaniu na miejscu lekarzy Polaków, komisja zajęła się ewakuacją chorych w sposób najmniej dla ich zdrowia szkodliwy. Hasłem narad była troska o chorego człowieka. Chorzy — ze względu na zimę — otrzymali ciepłe ubranie, obuwie i rękawice. Przewożono ich samochodami do stacji kolejowej pod Białymstokiem, gdzie oczekiwały specjalne pociągi pasażerskie z ogrzаныmi wagonami. Każdy chory zarezerwowane miał miejsce leżące. Kierownikiem sanitarnym pociągu był lekarz-ordynator, który dotychczas leczył tych chorych. W poszczególnym wagonie pełniła służbę pielęgniarka. W skład każdego pociągu wchodziło parę wagonów towarowych. Były w nich zapasy żywności na drogę, łóżka, pościel, bielizna chorych, —

nie zapomniano o historii chorób, jak i o apteczce podręcznej. Naczelnik szpitalnictwa Związku Radzieckiego, *Aleksandrowskij*, był obecny na stacji przy odjeździe każdego pociągu sanitarnego i czuwał, aby każdy chory był odpowiednio na drogę zaopatrzony.

Żegnaliśmy naszych pacjentów ze wzruszeniem. Autyzm niektórych chorych i psychiatryczna rutyna lekarzy stawały się w chwili rozstania mniej trwale. Sale szpitalne pustoszały.

W Choroszczy pozostawiono nie dużą ilość chorych, dla których wyjazd był niemożliwy ze względu na stan zdrowia — i poza tym chorych, znajdujących się na opiece pozazakładowej u gospodarzy wsi okolicznych. Chorych leżących przeniesiono na plebanię, gdzie stopniowo powstał szpital psychiatryczny. Tak bardzo był on potrzebny dla ludności, że konieczność ta była nakazem organizowania szpitala psychiatrycznego nawet w warunkach nieodpowiednich. W tym nowo powstałym szpitalu leczyło się od 70 do 100 chorych psychicznie. Byli to pacjenci, którzy od niedawna zachorowali i wymagali leczenia szpitalnego. Poza tym szpital opiekował się chorymi, znajdującymi się na opiece pozazakładowej.

Gdy Niemcy, w roku 1941, zajęli Choroszcz, wydział szpitalnictwa niemieckiej komendy polowej — na czele z lekarzem sztabowym, drem *Canzlerem* — zainteresował się szpitalem psychiatrycznym. Postanowiono go ewakuować. Na sposób inny — niemiecki.

Niemcy usunęli przede wszystkim dyrektora tego szpitala, lekarza-żyda. Duma narodowa niemiecka nie pozwalała im pertraktować z żydem w tak doniosłej sprawie. Niemiecki wydział sanitarny, rezydujący w Białymstoku, przygotowywał się do „ewakuacji“ szpitala psychiatrycznego planowo, pedantycznie. Niemcy zapowiedzieli lekarzowi-katolikowi, który stanął na czele szpitala, że za parę dni zabiorą ze szpitala chorych. W oznaczonym dniu zajechały wozy ciężarowe i autobusy pod eskortą wojskową i chorych grupami wywożono do sąsiedniego lasu — pod Nowosiólkami. Po salwie karabinu maszynowego, puste wozy wracały do szpitala. Niemieccy żołnierze zabierali następną grupę chorych, dopóki nie rozstrzelano wszystkich.

Chorych zabijali nie gestapowcy — ale żołnierze niemieccy.

Niemieckie władze wojskowe nie zadowolily się tym mordem. Niemcy wydali rozkaz, aby opiekunowie przywieźli do Choroszczy wszystkich chorych, znajdujących się na opiece pozazakładowej. Rozkaz niemiecki — a poza tym okoliczność, że nie istniał już szpital, który płacił opiekunom za wyżywienie chorych, — spowodował, że

chłopi przywozili chorych do Choroszczy. Nie ludzono się obecnie, w jakim celu. Chłopi zatrzymywali u siebie potajemnie tylko chorych pracujących. Wszystkich dostarczonych chorych żołnierze niemieccy wywozili do lasu pod Nowosiólkami, gdzie ich rozstrzeliwano. Niemcy rozstrzelali łącznie 464 chorych psychicznie i zlikwidowali ostatecznie zarówno szpital psychiatryczny, jak i opiekę pozazakładową.

Niemcy dokonali tego bezprzykładnego w historii medycyny mordu nad bezbronnymi i chorymi ludźmi ze względu na swoją obłądaną „teorię“ rasową: aby „oczyścić“ ludność, mającą być przyłączoną do Rzeszy, od chorych psychicznie. W średniowieczu palono czarownice. Współczesna psychiatria niemiecka uznaje, zapewne, że chory psychicznie nie jest „czarownikiem“, lecz cierpi z powodu choroby mózgu. Psychiatria niemiecka nie protestowała jednak przeciwko mordowi, dokonanemu nad chorymi psychicznie. Lekarz niemiecki, dr *Canzler*, aprobował ten mord. Czy można mówić nadal o istnieniu psychiatrii niemieckiej? Czy lekarze niemieccy mają prawo zabierać głos w sprawach chorych psychicznie? Mówiliby wówczas o ofiarach swej zbrodni.

Mord ten nie był dokonany ze względów ekonomicznych — a więc z uwagi na obowiązek wyżywienia tych chorych podczas wojny. Obowiązek ten bowiem obarczałby ludność miejscową — a nie okupanta niemieckiego. W trosce o szpital psychiatryczny w Choroszczy, rozmawiałem z kierownikiem sanitarnym niemieckiej komendy polowej, drem *Canzlerem*. Zajmując wówczas stanowisko psychiatry wojewódzkiego, chciałem otrzymać dla szpitala psychiatrycznego budynki poszpitalne i tam przenieść chorych z plebanii. Zapewniałem, że szpital ten będzie pod względem ekonomicznym samowystarczalny. Dr *Canzler* odpowiedział, że budynki szpitalne potrzebne mu są na szpital dla jeńców wojennych; co zaś dotyczy chorych psychicznie, to sprawa ta jest już dawno zdecydowana i dowiem się o niej w odpowiednim czasie. Zbrodnia ta więc była planowo przygotowana. Zaskoczyła ona nas wszystkich.

Jak reagowali chorzy psychicznie na dokonywany nad nimi mord? Reakcja uczuciowa zależna była od postaci i długotrwałości choroby. Schizofrenicy, chorzy od niedawna, zrozumieli grozę sytuacji. Nieliczni uciekli i znaleźli u okolicznych chłopów schronienie. Inni, niezdolni do ucieczki, prosili o spowiednika. Pomiędzy chorymi znajdowała się jedna, cierpiąca na histerię. Choroba jej, trwająca szereg lat, ujawniała się w niemożności chodzenia, tak, że pacjentka

posuwała się tylko na kolanach. Gdy chora dowiedziała się o oczekującym ją rozstrzelaniu, zerwała się na nogi i uciekła ze szpitala do pobliskiego kościoła. Od tego czasu zaczęła chodzić. Początkowo przy pomocy kijka — a wkrótce samodzielnie. Żyje ona dotychczas i pracuje.

Inna chora, żydówka, psychopatką, w obliczu oczekującej ją śmierci, przyjęła chrzest. W ostatniej jednak chwili przed wywiezieniem na rozstrzelanie udało jej się zbiec. Mieszkała ona na wsi przez cały czas okupacji niemieckiej jako katoliczka. Dożyła ona wstąpienia na te ziemie wojsk naszych i radzieckich.

Pacjenci natomiast o bardziej zaawansowanej chorobie przyjęli oczekujący ich los obojętnie. Jedni twierdzili uporcezywie, że jadą do Warszawy, do domu. Drudzy, obojętni dla spraw świata zewnętrznego, nie zwracali uwagi na wiozących ich żołnierzy niemieckich.

Wieśniacy, mieszkający w Nowosiólkach, opowiadali, że słyszeli krzyki, płacz, prośby, modlitwy chorych, zagłuszane przez trzask karabinu maszynowego.

Jeden tylko oficer niemiecki, lekarz, zdradził zainteresowanie dla chorych psychicznie. Podczas lustracji szpitala psychiatrycznego zwrócił uwagę na chorą, niedorozwiniętą umysłowo młodą dziewczynę o bardzo małej czaszce. Ujawnił chęć przesłania mózgu tej chorej do kliniki uniwersyteckiej w Królewcu i zapytał lekarza, kierownika szpitala, czy nie ma on naczynia i spirytusu celem konserwacji mózgu. Na uwagę lekarza, że przecież chora ta żyje, zresztą spirytusu w szpitalu nie ma, lekarz niemiecki powiedział, że wobec niemożności konserwacji mózgu może uda mu się przesłać chorą do Królewca. Nie należy więc jej wydawać żołnierzom niemieckim, dopóki nie prześle on w tej sprawie zarządzenia z Białegostoku. Zarządzenie nie nadeszło. Zainteresowanie „naukowe“ lekarza niemieckiego nie przedłużyło życia tej chorej na czas podróży jej do Królewca.

W czasie, gdy runął wał atlantycki, w rozmowie z Niemcem po-
dałem w wątpliwość zwycięstwo niemieckie. Rozmówca mój, pełen
przerażenia, rzekł raczej do siebie, niż do mnie: — Ale co za strasz-
na kara spadłaby wówczas na naród niemiecki — za wszystko, co
uczyniliśmy w Europie!

Czas zbrodni niemieckich minął. Czas kary — jeszcze nie nastąpił. Dla ludzi amoralnych, o mentalności niemieckiej, tylko przykład-
na kara może być hamulcem czynów zbrodniczych na przyszłość.

ADOLF FALKOWSKI

SZPITAL ŚW. JANA BOŻEGO W LATACH 1939 — 1944

Wrzesień 1939 roku zastał szpital św. Jana Bożego w okresie przygotowania się do wojny: przystosowanie budynków, zaopatrzenie szpitala w sprzęt, lekarstwa, narzędzia chirurgiczne, materiał opatrunkowy, żywność.

W ostatnich dniach sierpnia i pierwszych września 1939 r., około 400 chorych umysłowo zostało przewiezionych autobusami do Choroszczy. Pozostali w liczbie około 60 zostali zgrupowani w Uniwersyteckiej Klinice Psychiatrycznej. Pozostałą część szpitala oddano do użytku rannych. Pierwotny zamiar przeznaczenia szpitala na szpital rezerwowy okazał się nie realny. Szpital św. Jana Bożego został szpitalem pierwszej linii bojowej. Ranni żołnierze, i ludność cywilna była bezpośrednio dostarczana do szpitala z pola walki, z ulic, z pod gruzów zawałonych lub płonących domów, oraz z punktów opatrunkowych, karetkami, na noszach i na rękach. Pomoc rannym nieśli lekarze zamieszkałi w szpitalu i ci, którzy mogli przedostawać się do szpitala. Lekarzy na tak intensywną pracę brakowało. Wielką pomocą okazał się dr *Józef Dirbach* chirurg, który zmuszony do opuszczenia Kościana przybył do Warszawy. Pracował w szpitalu św. Jana Bożego przez cały okres działań wojennych z wielkim poświęceniem ponad swoje siły. Zmarł nagle po opuszczeniu szpitala.

Przyjmowanie rannych, udzielanie pierwszej pomocy i wykonywanie operacji, odbywało się przez całą dobę. W godzinach od 2 w nocy do 8 rano nasilenie słabło. Wśród rannych przeważały uszkodzenia kończyn spowodowane odłamkami od pocisków, okaleczenia przy zawałaniu się domów, tłuczonych szyb, poparzenia. Przy rannych pracowali: personel mieszkający w szpitalu, pracownicy, którzy mieli możliwość przedo-

stawiania się ze swych mieszkań do szpitala i osoby dobrowolnie zgłaszające się do pracy. Piwnice szpitalne nie były wykorzystane dla wykonywania zabiegów operacyjnych i opatrunkowych. Sale operacyjne i opatrunkowe mieściły się na parterze i pierwszym piętrze. W piwnicach przebywali mieszkańcy szpitala i ludność z sąsiednich posesji. W połowie miesiąca został przerwany dopływ wody i światła. Wodę przywożono z przynosiło z sąsiednich studzien, ze źródelka z pod Fortu Traugutta i z Wisły. Szpital przez wrzesień 1939 r. znajdował się w ogniu bomb, pocisków oraz pożarów. Znacznie ucierpiały sąsiednie posesje przy ul. Konwiktorskiej, Bonifraterskiej, Sapieżyńskiej. Dla szpitala skuteczną obroną była artyleria przeciwlotnicza, umieszczona w Cytadeli przy Pl. Broni. Przez szpital przeszło około 2000 rannych. Zmarłych grzebano przeważnie w ogrodzie szpitala, o ile rodzina sama nie zabierała zwłok. Pochowano na terenie szpitala około 100. Z personelu na terenie szpitala zostali ranni: pracownik salowy nazwiskiem *Niemiec* i na Pl. Zankowym pracownik salowy *Paweł Sobieszko*. Szpital poniósł straty następujące: zburzone zostały 2 mieszkania w budynku administracyjnym, dach pawilonu IV, kuchnia. Poza tym wszystkie szyby, wiele futryn, okien, drzwi, piece pozawały się od wstrząsów, kanalizacja, rury wodociągowe ucierpiały znacznie, ściany pozarysowywały się. Najwięcej ucierpiał oddział V Kliniki Psychiatrycznej (męski). Przez cały czas działań wojennych i po ich zakończeniu, były czynne warsztaty, gdzie chorzy umysłowo, pod kierownictwem 40-letniego zasłużonego pracownika ś. p. *Teodora Uziębły*, zmarłego przed powstaniem, wykonywali szyny i kule dla rannych. Ponadto chorzy umysłowo byli używani do różnej pomocy przy rannych. Pozostali niewypisani ranni przebywali w szpitalu do końca grudnia 1939 r., poczym zostali ewakuowani do innych szpitali. Oddziały III i IV zwolnione przez nich zostały oddane chorym umysłowo. Oddziały I i II były zajmowane kolejno: przez chorych na tyfus plamisty, przez posterunek policji niemieckiej, przez oddział weneryczny dla przymusowo leczonych kobiet, przez oddział więzienny. Na oddziale więziennym przebywali ranni i chorzy polityczni i kryminalni znajdujący się pod dozorem policji. Lekarzy i personel pomocniczy oddział więzienny miał własnych. Kilkakrotnie zdarzyło się uprowadzenie chorych z oddziału więziennego, po kilku lub kilkunastu naraz, przez uzbrojonych ludzi, którzy przybywali do szpitala myśląc czujność straży lub terroryzując ją. Raz pod pozorem przewiezienia chorego karetką sanitarną wyprowadzono i wywieziono kilku chorych. Podczas jednego z uprowadzeń został ciężko ranny i zmarł jeden policjant, innym razem po uprowadzeniu chorych, zostały aresztowane przez władze niemieckie i wywiezione do obozu

dwie pracowniczki szpitala: przełożona pielęgniarek oddziału więziennego i pracownica salowa. W czerwcu 1944 r. oddział więzienny zlikwidowano i cały szpital powrócił do swego jednolitego charakteru, szpitala psychiatrycznego. Najtrudniejszym zagadnieniem podczas okupacji było wyżywienie chorych. Zawdzieczając różnym przesunięciom buchalteryjnym oraz wpływom z ofiar dobrowolnych i dożywianiu chorych przez ich rodziny, udawało się utrzymywać wyżywienie chorych na poziomie wprawdzie niskim, lecz do przeżycia wystarczającym. Z ofiar szpital uzupełniał sprzęt lekarski, nabył 2 konwulsatory, narzędzia chirurgiczne, leki. Gospodarka szpitala bardziej scentralizowała się z powodu wprowadzenia systemu kartkowego i przydziałów. Zwiększyła się praca biurowa. Życie wewnętrzne szpitala zasadniczo zmianom nie uległo. W roku 1940 dwóch chorych zostało przez gestapo zabranych ze szpitala, jednego z nich uwięziono na Pawiaku, gdzie dłuższy czas przebywał, do szpitala nie powrócił. Drugi został wywieziony i rozstrzelany. W roku 1939 aresztowano i uwięziono na Pawiaku przez dwa tygodnie księdza kapelana a w 1941 r. uwięziono na Pawiaku przez dwa miesiące dyrektora szpitala. W 1943 r. ukrywał się przez pewien czas dłuższy ordynator szpitala dr *Piotr Pręgowski*, zmarł przed powstaniem w Warszawie. W 1944 r. uwięziony był na Pawiaku dr *Bonawentura Kamiński* i wywieziony.

W przewidywaniu działań wojennych w Warszawie, szpital przygotowywał się do niesienia pomocy rannym i zagazowanym. Urządzono 2 sale operacyjne w suterrenach pod salą teatralną, natryski dla zagazowanych, centralne ogrzewanie w piwnicach. Wymurowano zbiornik dla wody przeciwpożarowej, wywiercono studnie, uzupełniono sprzęt przeciwpożarowy. Zorganizowano drużyny ratownicze i pożarne. Apteka, magazyny żywnościowy i materiałowy zostały uzupełnione. W szpitalu odbywały się tajne wykłady i ćwiczenia studentów Wolnej Wszechnicy i przygotowywanie sił ratowniczych i sanitariuszek, a w Klinice Psychiatrycznej wykłady i ćwiczenia dla studentów Uniwersytetu Warszawskiego. Został przygotowany zapas żywności na kilka miesięcy, a leków wystarczyłoby i na dłużej. Podczas trwania działań wojennych napływ chorych umysłowo był niezacny. Co do chorych leczonych w szpitalu podczas wojny, można powiedzieć, że było dużo chorych na parażenie postępujące o ciężkim przebiegu i złym rokowaniu. Dużo psychoz alkoholowych, stosunkowo dużo psychoz reaktywnych z obrazem zbliżonym do schizofrenii, z dobrym rokowaniem. Przypadki psychozy pourazowej, reaktywnej pojawiły się po zakończeniu działań wojennych. Około 30 chorych przeniesionych przed wojną do szpitali w Kocborowie i Gosty-

ninie zostało w roku 1940 przewiezionych z powrotem do szpitala św. Jana Bożego.

W dniu 1 sierpnia 1944 r. w pierwszych godzinach powstania zaczęli przybywać ranni. Chorych umysłowo skoncentrowano na Klinice Uniwersyteckiej i w części oddziału IV.

Od pierwszego dnia szpital znajdował się pod silnym ostrzałem. Przed budynkiem szpitala zostały wzniesione barykady co spowodowało zbliżenie się czołgu pancernego „Tygrysa“, który ostrzeliwał szpital i barykady, wzniesając pożar. Skuteczną obronę wykazała przeciwpożarowa drużyna szpitalna.

Od pierwszego dnia praca na sali operacyjnej była prowadzona w całej pełni. Do szpitala zgłosiło się 4 chirurgów i kilku lekarzy innych specjalności. W pierwszym dniu powstania zginął od kuli karabinowej długoletni zasłużony pracownik szpitala palacz i grabarz *Michał Kowalczyk*. Pracował on z poświęceniem i narażeniem życia przez cały okres działań wojennych w 1939 r. Intensywność akcji wojennej nasilała się z każdym dniem, szczególnie dotkliwie dawał się we znaki pociąg pancerny z dworca Gdańskiego, wspomniany „Tygrys“ i tak zwane „szafy“ lub „krowy“. W kilka dni po rozpoczęciu powstania zaczęły się naloty lotnicze. Pierwsza bomba trafiła w pawilon kobiecy Kliniki Uniwersyteckiej burząc jedno skrzydło i grzebiąc wielu chorych. Druga bomba w budynek szpitala I i II oddziału, kalecząc, obsypując gruzem i zabijając znajdujących się tam rannych. Najbardziej czynny udział w ratowaniu tych rannych brały: ś. p. dr *Halina Jankowska* oraz zaginiona siostra zakonna *Eufemia Izdebska*, która niezmordowanie, nie szczędząc sił, na własnych rękach przenosiła rannych z miejsc zagrożonych. Dr *Halina Jankowska* pracowała również z wielkim poświęceniem przez cały okres działań wojennych w 1939 r. Ostatniego dnia nasilenie ognia było tak wielkie, że nawet w schronie, gdzie odbywały się operacje prace przerwano. Na skutek gwałtownych wstrząsów i silnego podmuchu powietrza, lampa naftowa zgasła, zrobiło się ciemno, gruz się posypał, a ranny spadł ze stołu operacyjnego. Nastąpiła panika z obawy, że wejście do schronu zostało zawałone i że wybuchł pożar. Chore umysłowo znajdujące się w przyległym schronie rzuciły się na oślep depcząc leżących rannych. Nawet ciężko ranni lub o jednej nodze usiłovali uciekać.

Przez dwa tygodnie szpital niósł pomoc rannym powstańcom i ludności cywilnej. Dnia 14 sierpnia szpital zmuszony był do ewakuacji i przeniesienia się do gmachu Ministerstwa Sprawiedliwości przy ul. Długiej 7, dla niesienia dalszej pomocy rannym, jako jedyny szpital chirurgiczny Starego Miasta. Ze szpitala św. Jana Bożego zabrano co się dało

i co można było zabrać: sprzęt szpitalny, stoły operacyjne, narzędzia chirurgiczne, leki, żywność.

Rannych przenoszono wraz z łózkami w nocy, korzystając z przerw w nalotach, na ul. Długą, lub do schronu przy ul. Mławskiej i innych. Podczas przenosin na ul. Długą, nastąpił wybuch samochodu pancernego zdobytego przez powstańców na Niemcach. Samochód okazał się naladowany materiałem wybuchowym i przy przewożeniu go eksplodował przy ul. Kil'ńskiego, raniąc i zabijając kilkaset ludzi. Podczas wybuchu został ranny w twarz, przy ul. Długiej 7, profesor - chirurg, *Wincenty Tomaszewicz*, który przybył tam ze szpitala św. Jana Bożego do dalszej pracy.

Warunki pracy przy ul. Długiej były znacznie gorsze aniżeli w szpitalu św. Jana Bożego. Operowano w suterenie składającej się z kilku małych, źle oświetlonych, brudnych pomieszczeń. Niemożność utrzymania aseptyki, trudność sterylizowania materiału opatrunkowego, zaduch z braku dopływu powietrza, brak pomieszczenia dla rannych oczekujących operacji, utrudniało prace. Siła ognia wzmagała się z dnia na dzień, systematyczne naloty stawały się coraz częstsze, ostatnio powtarzały się regularnie co 15 minut. Pozatym ostrzelywanie z dział, „szafy“, kanonada karabinów, coraz częstsze pożary, coraz więcej gmachów waliło się w gruzy. Gmach Ministerstwa Sprawiedliwości, w którym mieścił się szpital, palił się przez kilka dni. Z wielkim nakładem trudu, udało się pożar zlokalizować na najwyższym piętrze i ugasić. Rannych musiano przenosić z piętra na piętro, z miejsca na miejsce, gdyż obszerne sutereny były stale przepełnione najczęściej rannymi. Nadmiar rannych przenoszono do filii na Starym Mieście. Największą filią szpitala św. Jana Bożego był kościół św. Jacka przy ul. Freta. Najlepiej urządzona była filia przy ul. Podwale, w dawniejszym lokalu nocnym pod nazwą „Krzywa Larnia“, przebywało tam kilkuset rannych. Na początku powstania wszystkim chorym umysłowo przytomnym, którzy mogli i chcieli opuścić szpital, pozostawiono swobodę, kto mógł dostać się do własnej rodziny, ten próbował dostawać się, wielu chorych rozproszyło się po schronach na Starym Mieście. Jedną z grup chorych umysłowo opiekowała się siostra zakonna *Eufemia Izdebska*, wiadomości o losie chorych i siostry brak. Siostra zakonna *Kazimiera Koskowska* opiekując się chorymi umysłowo, została ranna i zmarła w jednym ze schronów przy ul. Mławskiej. Na terenie szpitala św. Jana Bożego odbywały się walki podczas których chorzy ginęli. Największe walki odbywały się w kościele szpitalnym, który przechodził z rąk do rąk. Najlicniejsza grupa chorych umysłowo przebywała w kościele św. Jacka przy ul. Freta. Na kościół ten w ciągu kilku dni padło kilkanaście bomb, burząc go kompletnie. Wielu przeby-

wających tam rannych ze szpitala św. Jana Bożego, chorych umysłowo i zdrowych mieszkańców Starego Miasta poniosło śmierć. Drugim znacznym skupiskiem chorych umysłowo były podziemia pod 5 piętrowym gmachem przy ul. Mławskiej. Bomba przebiła go aż do piwnicy, grzebiąc wiele ofiar.

Ulokować chorych umysłowo w jakimś bezpieczniejszym miejscu niż szpital św. Jana Bożego nie było można, wszystkie piwnice St. Miasta były przepełnione ludźmi, poza tym każdy budynek, każdy schron, każda pędź ziemi, były w równym stopniu narażone na bombardowanie, a szukający schronienia na śmierć.

Część chorych umysłowo pozostała do końca, czyli do dnia 2 września 1944 r. w szpitalu św. Jana Bożego. Braku żywności nie było, chorzy otrzymywali posiłki. Ostatnim lekarzem, który przebywał na terenie szpitala św. Jana Bożego, była dr. *Halina Jankowska*, została ona zasypana w schronie około sali operacyjnej. Bomba przebiła dach szpitala i obydwa sklepienia. Umysłowo chore znajdujące się w przylegającej części schronu ocalały. Do końca pozostawały przy chorych umysłowo siostry zakonne: s. starsza *Julia Kowalska*, s. *Kazimiera Kobla*, s. *Janina* i s. *Teresa*. Zostały one wyprowadzone wraz z chorymi ze szpitala przez Niemców w dniu 2 września 1944 r., o dalszym ich losie wiadomości brak. Co do losu chorych umysłowo pozostałych przy życiu, ze szpitala św. Jana Bożego, z kościoła św. Jacka, z ul. Mławskiej i innych schronów, Niemcy kierowali ich razem z ludnością St. Miasta nie odróżniając chorych umysłowo od zdrowych, na dworzec Zachodni, stamtąd do obozu w Pruszkowie. Byli tacy, którzy zostali wywiezieni na roboty do Niemiec i dali stamtąd znać o sobie rodznom, niektórzy rozproszyli się po okolicach.

Rannych, którzy mogli iść wyprowadzono razem z ludnością St. Miasta do obozu w Pruszkowie. W szpitalu przy ul. Długiej i jego oddziale na Podwalu, rannych, którzy nie mogli chodzić, dobijano strzałami. Budynek podpalono. Ilości ofiar nie da się ustalić. Z płonącego schronu szpitala gdzie mieścili się ranni, uratował się uciekający ranny ksiądz kapelan szpitala św. Jana Bożego *Bronisław Pagowski*.

Podczas powstania przeszło przez szpital św. Jana Bożego około 1500 rannych, przez szpital przy ul. Długiej około 2000. W kościele św. Jacka i innych filiach ilu rannych przebywało i ilu zginęło ustalić się nie da. Część rannych przeprowadzono i przeniesiono kanałami do śródmieścia.

Należy wspomnieć zmarłych pracowników szpitala św. Jana Bożego, którzy swoją pracą położyli zasługi dla szpitala:

Ś. p. siostra zakonna, *Anna Kobylińska*, pracowała niestrudzenie bez jednego dnia wypoczynku przez 36 lat w szpitalu św. Jana Bożego. Wyszkołała ona szereg wykwalifikowanych pracowników, którzy z oddaniem i zrozumieniem pracowali przy chorych umysłowo. Pracowała z właściwą sobie sumiennoscą przy rannych w 1939 r., zmarła w 1943 r.

Ś. p. *Henryk Buchwitz*, felczer, długoletni pracownik szpitala, pracował przez cały okres działań wojennych i podczas powstania do ostatniego dnia, niestrudzenie i z wielkim poświęceniem. Zmarł wkrótce po powstaniu.

Ś. p. *Sworacka Janina*, pielęgniarka, wzorowa pracownica szpitala, pracowała z oddaniem przy rannych w 1939 r., zmarła w 1941 r.

Ś. p. *Teodor Uziębło*, kierownik pracowni chorych, wspomniany poprzednio.

Ś. p. *Michał Kowalczyk*, palacz - grabarz, wspomniany poprzednio.

Z pośród chorych umysłowo, którzy zginęli na terenie szpitala św. Jana Bożego, zginęły 2 popularne postaci: wychowanek szpitala *Kazimierz Belwederski*, znany na wystawach prac chorych ze swych artystycznych wyrobów, oraz były artysta operowy *Tislenko*, znany mieszkańcom Starego Miasta ze swych koncertów skrzypcowych w kościele szpitalnym.

Ilość zabitych pracowników szpitala podczas powstania wynosi 3 osoby:

- 1) dr *Halina Jankowska*,
- 2) siostra zakonna, *Kazimiera Koskowska*,
- 3) *Michał Kowalczyk* palacz - grabarz.

Należy uważać za nieżyjące:

- 1) siostra starsza, *Julia Kowalska*,
- 2) siostra zakonna, *Kazimiera Kobla*,
- 3) siostra zakonna, *Janina*,
- 4) siostra zakonna, *Teresa*,
- 5) siostra zakonna, *Eufemia Izdebska*.

Przed dniem 1 sierpnia 1944 r. chorych umysłowo w szpitalu św. Jana Bożego było około 360. Ilości zabitych, zmarłych i pozostałych przy życiu ustalić nie można.

Szpital św. Jana Bożego w Warszawie istniał przy ul. Bonifraterskiej od roku 1728, dokąd został przeniesiony z terenu późniejszego Ogrodu Saskiego. Posiadał zabytki architektoniczne, kościół barokowy, cenne stare malowidła, antyczne zegary, akta z własnoręcznymi podpi-

sami króla Zygmunta Augusta, uchronione od rejestracji i konfiskaty podczas okupacji.

Szpital św. Jana Bożego przetrwał wszystkie burze dziejowe. W roku 1939 w ogniu działań wojennych niósł wytrwale pomoc rannym żołnierzom i ludności cywilnej.

Przetrwał całe powstanie niosąc niezmordowanie pomoc rannym powstańcom i ludności Starego Miasta. Nie przetrwał zburzenia Starego Miasta i jako jego nierozzerwalna część, zginął, pozostawiając w gruzach swoje zabytkowe budynki i ziemię zbroczoną obficie krwią.

JAN GALLUS

DZIEKANKA W LATACH 1939 — 45 ORAZ JEJ UDZIAŁ I ROLA W WYNISZCZANIU UMYSŁOWO CHORYCH POLAKÓW

Zakład Psychiatryczny Dziekanka, należący obecnie do Poznańskiego Wojewódzkiego Związku Samorządowego, obchodził w dniu 20. października 1944 r. 50-lecie swego istnienia. Jest to więc Zakład poważny, o pewnych tradycjach i wyrobieniu, który w ciągu swego 50-letniego istnienia przeszedł różne koleje, jeżeli chodzi o jego rozbudowę, organizację oraz cele, zawsze przy tym jednak stał na czele nietylko poznańskich, ale w ogóle polskich Zakładów psychiatrycznych, w swej szczytnej roli Zakładu wyższej użyteczności publicznej oraz Zakładu leczniczego, który przepuścił przez swe oddziały dziesiątki chorych nerwowo i psychicznie.

Jak potraktował Dziekankę okupant niemiecki i jaką była jej rola w czasie okupacji w latach 1939 — 45 najlepiej mogą zilustrować przytoczone niżej dane, odtworzone na podstawie nie tylko mych własnych spostrzeżeń i wniosków, ale na podstawie zeznań pozostałych pracowników Zakładu i chorych, oraz przypadkowo odnalezionych przeze mnie resztek poufnych akt, porzuconych w gwałtownej i niespodziewanej ucieczce przez byłą niemiecką dyrekcję zakładu.

W chwili zajęcia Dziekanki przez niemieckiego okupanta 11 września 1939 r. pracowało tam ogółem 251 pracowników, w tym 8 lekarzy i 6 praktykantów lekarskich, 13 urzędników, 194 osoby personelu pielęgniarskiego oraz 30 osób personelu gospodarczo - technicznego, chorych zaś przebywało w 21 pawilonach zakładowych 1172 osoby.

Okupant, zajmwszy Dziekankę, zastosował widocznie już z góry uplanowaną, nieco inną metodę, aniżeli w innych Zakładach psychiatrycznych w Polsce (Kościan, Owińska, Chełm), gdzie, jak wiadomo od-

separowano natychmiast pozostały polski personel zakładowy od chorych i tych ostatnich w sposób brutalny wymordowano, częściowo nawet z personelem (Chełm). Być może, że na tę decyzję okupanta wpłynęło poza planem z góry obmyślanym i stanowisko b. dyrektora Dziekanki Dr med. *Ratki Wiktora*, z pochodzenia Ślązaka, który od pierwszej chwili okazał się nie tylko przyjacielem Niemców, ale ich wiernym i oddanym sługą, a wkrótce jednym z pierwszych na terenie Gniezna „Volksdeutschem“, a nawet „Sturmführerem S. A.“, choć przed tym był on niby to wiernym i oddanym „Polakiem“, zajmującym od szeregu lat różne stanowiska, jak np. asystenta, ordynatora, prymariusza w Lublińcu, a wreszcie od r. 1934, dyrektora w Dziekance. Osobnik ten, jak to wykazują choćby jego akta personalne z „S. A.“, które udało mi się zdobyć i w załączeniu przedstawić, choć urodził się w Łazienkach Górnych na Śląsku, z ojca Franciszka i matki Marii, z domu *Tudzierz* (nazwisko to należy podkreślić jako rzeczywiście „czysto germańskie“) i choć szereg lat pracował w Polsce i jadł z rodziną chleb polski, w załączonym własnoręcznie napisanym już w 1940 r. życiorysie, zawartym w tychże aktach, podaje jako swą narodowość „niemiecką“, z dumą przy tym podkreśla jakie miał niemieckie odznaczenia z czasów poprzedniej wojny, następnie to, że należał do związku niemieckich studentów z Górnego Śląska i że brał udział w walkach plebiscytowych o Śląsk po stronie Niemców, na skutek czego prześladowany potem przez Polaków musiał uciekać do Rzeszy, (skąd „niestety“ wrócił i to już dość szybko bo w 1922 r.), oraz to, że jest ożeniony z Niemką a 3 jego dzieci należy do „Hitlerjugend“.

Ten sam osobnik dobierając sobie za pomocnika b. Polaka, a mianowicie Dra *Galona Stefana*, b. prymariusza Dziekanki, również „Volksdeutscha“, odrazu zaczął mówić po niemiecku i wydał pozostałemu personelowi polskiemu zarządzenie, że pod groźbą zwolnienia i różnych kar nie tylko nie wolno mu mówić między sobą po polsku a nawet nie pozwolił mu mówić inaczej, do chorych Polaków, jak po niemiecku, skargi zaś i prośby chorych Polaków składane mu bezpośrednio kazał sobie cynicznie tłumaczyć na język niemiecki.

W ten sposób został od razu pozostały personel polski steroryzowany, zastraszony tym bardziej, że stosowano przy tym jeszcze do niego najrozmaitsze szykany, a nawet bicie i to po twarzy, a władzę w Zakładzie objęły nowe czynniki niemieckie z pozostałym na dawnym stanowisku dyrektorem *Ratką*. Czynniki te w krótkim czasie zwolniły pod różnymi pozorami część pozostałego personelu lekarskiego, jak Dr *Dr Wizego*, *Dragomirecką*, *Pajzderską*, *Zakrzewską*, prak. lek. *Filus Izabelę*, a następnie inspektora Zakładu ob. *Cabańskiego*, sekretarza zak. ob. *Skrzy-*

pińskiego, nadpielegniarzy i nadpielegniarki, pielegniarzy oddziałowych oraz znaczną część personelu pielęgniarskiego, których albo zwolniono w ogóle (145 osób), albo przeniesiono karnie i służbowo do innych zakładów jak np. Gostynina i Warty na podrzędne stanowiska (10 osób) lub wreszcie jako wybitnie szkodliwe wysłano na roboty przymusowe do właściwych Niemiec (2 osoby). Mimo teroru, groźb, różnych szykan, np. w formie niespodziewanych kontroli, rewizyj tak na oddziałach i w warsztatach pracy, jak i w prywatnych domach, najrozmaitszych oskarżeń, zwalniania z pracy, przymusowego przenoszenia, wysyłania do obozów pracy a nawet bicia i namów, nikt z pracowników Dziekanki, poza wyżej wspomnianymi Drami *Ratką* i *Galonem* oraz jeszcze dwu innymi prapracownikami zakładowymi, nie stał się „Volksdeutschem“ i wszyscy pozostali do końca nieugięci i twardo stojący przy swej polskości, choć w ostatnich latach starano się ich osłabić i rozbić przez wprowadzenie i narzucenie im nowych „wyróżnień“ tzw. „Leistungs pole“ które narzucano kilkunastu osobom z pośród personelu zakładowego.

Najgorszy okres szykan i prześladowań przeszli pracownicy Dziekanki w r. 1941, za czasu wyjazdu na „przeszkolenie“ dyr. *Ratki* do Berlina i rządów Dra *Nikolajewa* tzw. „Baltendeutsche“, pochodzącego z Łotwy, który odznaczał się jaskrawą nienawiścią nie tylko do Polaków, ale do tego wszystkiego co przypominało polskość, dość wspomnieć, że osobnik ten zburzył cały cmentarz zakładowy, zniszczył wszystkie na nim znajdujące się nagrobki i napisy polskie, zniwelował wszystkie groby itp. Praca ta, jak to zresztą później przedstawię, została przeprowadzona i w innym, o wiele perfidniejszym celu. Równocześnie z wprowadzeniem „nowych niemieckich porządków“ przez dyrektora *Ratkę* i napływem personelu niemieckiego, który od pierwszej chwili objął wszystkie kierownicze stanowiska w Zakładzie i to tak w administracji, jak i w kancelarii oraz na oddziałach dla chorych, rozpoczęto systematyczne wykańczanie pozostałych w Dziekance chorych Polaków. Chorzy ci w liczbie 1201 osób (napływali bowiem nowi chorzy, a nikogo nie zwalniano), zostali wywiezieni, partiami po kilkanaście osób, w nieznanym kierunku, w specjalnych autach ciężarowych, szczelnie zakrytych i obitych, często z jakimiś przewodami, rurami od motoru do wnętrza prowadzącym (zezn. Dr *Skrzypca*, *Orlickiego*, *Frankowskiego*), głównie w ciągu grudnia 1939 i stycznia 1940 r. Transportami tymi zajmowały się specjalne oddziały „S. S.“, przyczym codziennie odchodziło z Zakładu po kilka takich transportów. Chorych przeznaczonych do każdorazowego transportu wybierali wedle swojego „wzroku“ niemieccy pielęgniarze i pielęgniarki zawsze poprzedniego dnia, a następnie na noc

umieszczali ich w specjalnych salach oddziałowych i tam ich odpowiednio „przygotowali i preparowali“ do drogi, stosując prawdopodobnie jakieś odurzające wstrzykiwania (Scopolamina?), po których chorzy wyprowadzani następnego dnia do aut, również przez ten sam personel niemiecki, zataczali się i robili wrażenie odurzonych, część ich przytym ładowano brutalnie w stanie zanieczyszczenia się, a nawet niektórych musiiano przenosić (zeznania Dr *Skrzypca*, *Orlickiego*, *Bartoszak*, *Padalak* i innych). Personelowi polskiemu pytającemu się o to, gdzie i po co chorych tych wywozi się i co za wstrzykiwania im się stosuje, grożono najrozmaitszymi karami za zbytnią ciekawość oraz nakazywano milczenie pod karą śmierci o tym co się dzieje w zakładzie, a nawet cynicznie proponowano udział w jeździe. Dokąd chorych wywożono i co z nimi następnie robiono nie udało się narazie ustalić, wiadomo tylko, że auta te udawały się szosami bądź to w kierunku na Poznań, bądź na Wrześnię i po kilku godzinach wracały po nowe transporty. Czas nieobecności aut oraz liczniki, które udało się kilkakrotnie podpatrzyć personelowi polskiemu, obmywającemu po takich podróżach zabłocone auta, wykazywały, że podróże te miały swoje cele w promieniu 60 — 70 km. od Gniezna i że jeżdżono po bocznych i lesistych drogach, za czym przemawiało zabłocone i odrapanie aut oraz pozostawione w nich gałązki leśne, śnieżne ślady stóp, zmieszane z mchem i igliwem itp. (zeznania szofera *Zielonki W.*). O tym zaś jakie miały rozgrywać się sceny pomiędzy ofiarami a ich oprawcami świadczyć mogły często zadrapania na rękach oprawców, podarte ich mundury i poobrywane guziki oraz pozostałe w autach ślady krwi i strzępy ubrania chorych. Nieliczne rodziny tych chorych otrzymywały w jakiś czas po „ewakuacji“ (jak to się oficjalnie nazywało) zawiadomienia, że taki a taki chory został przewieziony do innego Zakładu, zazwyczaj daleko położonego np. do Tworek, a po jakimś czasie przychodziła zwykle dalsza wiadomość, że chory ten zmarł tam, z takiego czy innego powodu, często przy tym z podaniem numeru a nawet kwatery grobu, gdzie chory został pochowany. (Patrz załączone pismo Nr 1 Centrali dla przenoszenia chorych z dnia 15.9.1941 w sprawie *Weroniki Tomczak*, pisma Nr 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Krajowego Zakładu Psychiatrycznego Dziekanka z dnia 12.1.1940, 7.6.1940, 17.6.1940, 9.7.1940, 28.8.1940, 30.11.1940 i 15.9.1941 w sprawie *Edmunda Zydorowicza*, *Wacława Piśczek*, *Franciszka Kuczmy*, *Jadwigi Biniakowskiej*, *Stefana Maleckiego*, *Stanisława Rosińskiego* i *Czesława Kuszewskiego* oraz pismo Nr 9 Kraj. Zakładu Psychiatrycznego Kościan z dnia 6.11.1940 w sprawie *Stanisławy Śliwińskiej*). Pisma dotyczące chorych wywiezionych rzekomo do Dziekanki, Kościan, Bojanowa, Tworek lub innych Zakładów w Gen-

Gubernatorstwie i po drodze zmarłych, są charakterystyczne, prawie jednakowo brzmiące i dlatego pozwolę sobie jedno z nich np. Nr 6 w tłumaczeniu w całości przytoczyć:

Namiestnik R z e s z y —
—Samorząd Wojewódzki—
Psychiatryczny Dziekanka

Poznań, dnia 24.8.1940 r.

Do

Katarzyny Małeckiej

G n i e z n o
ul. Kcyńska 6

Powołując się na pismo Pani z dnia 11.1.1940 w sprawie pobytu męża Pani psychicznie chorego

Stefana Małeckiego

urodz. 16.11.1896 w Slepowie, powiat Gniezno, donoszę, iż według akt Krajowego Zakładu Psychiatrycznego Dziekanka, został mąż Pani z powodów organizacyjnych przeniesiony do Krajowego Zakładu Psychiatrycznego w Kościanie. Ponieważ Zakład Psychiatryczny Kościan został zlikwidowany, miał mąż Pani być przeniesiony do jednego z Zakładów Psychiatrycznych w Generalnym Gubernatorstwie. Został on przeznaczony razem z innymi chorymi do Zakładu Psychiatrycznego w Tworkach pod Warszawą. Z powodu podejrzenia na tyfus, transport został przerwany. Chorzy zostali internowani w jednym Sanatorium, którego nazwa nie jest tutaj znana. Mąż Pani zmarł jednakże już w czasie transportu.

Jako dzień zgonu jest zanotowany w aktach 24.1.1940 r.

Przyczyna zgonu: paraliż mózgu.

Lekarskie zaświadczenie zgonu, wystawione przez lekarza transportującego chorych, przesyła się w załączeniu.

Z polecenia
podp. Dr Friemert

W sposób powyższy zostało wyniszczonych w przeciągu prawie miesiąca, licząc od 7.12.1939 r. do 12.1.1940 r., 1043 osoby, w r. 1941 zaś 158 osób z pośród psychicznie chorych Polaków, znajdujących się w owym czasie w Dziekance. Ścisłą listę tych osób z podaniem nazwisk, imion i dnia „ewakuacji“ udało mi się ustalić i stwierdzić na podstawie ewidencji, zawartej w specjalnej księdze, pozostawionej razem z częścią poufnych akt przez uciekających w styczniu Niemców.

Szczegółowe i ogólne dane o „ruchu ewakuacyjnym“ psychicznie chorych Polaków z Dziekanki w latach 1939—45 przedstawia poniższe zestawienie, obejmujące 1201 chorych.

grudzień 1939		styczeń 1940		czerwiec 1941		lipiec 1941	
dzień	liczba wywiezion. chorych	dzień	liczba wywiezion. chorych	dzień	liczba wywiezion. chorych	dzień	liczba wywiezion. chorych
7.12	61	8.1	110	3.6	40	3.7	41
8.12	60	9.1	110	4.6	18	4.7	33
9.12	62	10.1	110			5.7	26
11.12	81	12.1	118				
12.12	90						
13.12	31						
14.12	44						
15.12	44						
18.12	72						
19.12	50						
Ogółem:	595		448		58		100

W roku 1939 wywieziono 595 chorych

„ „ 1940 „ 448 „
 „ „ 1941 „ 158 „

Ogółem 1201 chorych

Na terenie Dziekanki pozostało, po wywiezieniu wyżej wspomnianych chorych, z pośród dawnych pacjentów Zakładu tylko kilkunastu Niemców z pochodzenia oraz kilkunastu chorych Polaków, wykradzionych zresztą formalnie z narażeniem życia przez personel polski i odesłanych do ich rodzin i 3—4 Polaków ocalonych przez samych Niemców jako doskonałych pracowników (w tym jeden pracujący w ogrodzie dyrektora *Ratków*). Na miejsce wywożonych i wyniszczonych Polaków zaczęto natychmiast zwozić z najrozmaitszych zakładów polskich a po tym i niemieckich, i to nawet z Nadrenii, chorych psychicznie Niemców a pod koniec 1943 i w 1944 r. Polaków, Rosjan, Ukraińców, Litwinów, Anglików, Włochów itp., z pośród b. jeńców wojskowych lub osób zabranych z ich krajów rodzinnych na roboty przymusowe do Niemiec.

Część tych chorych, jak świadczy o tem również ocalała książka „ruchu ewakuacyjnego“, podzieliło los Polaków, część wymarła i to dość szybko na terenie zakładu, jak mówi o tem odnośne zestawienie niżej

przytoczone, wreszcie część ocalała i pozostała w Dziekance do chwili wkroczenia wojsk polskich i radzieckich do Gniezna, a masowej ucieczki personelu niemieckiego z dyrektorem *Ratką* na czele.

W dniu 21.1.1945 tj. w dniu oswoobodzenia Dziekanki, znajdowało się na jej terenie ogółem 1033 chorych psychicznie, w tem 420 m. i 613 k., z tego zaś aż 612 Niemców tj. 263 m. i 379 kobiet, resztę zaś stanowili Polacy, Rosjanie, Ukraińcy, Włosi itd. Należy tu podkreślić cechy charakteru niemieckich lekarzy i personelu pomocniczego, którzy uciekając z Dziekanki zabrali kilkanaście koni, świń oraz wszystkie rzeczy wartościowe z magazynów zakładowych, pozostawili zaś na łasce swoich 612 chorych psychicznie Niemców wszystkie akta nawet „najpoufniejsze“, które niestety później na skutek kwaterunku wojskowego w Zakładzie w większości przypadły, ale i te które udało mi się osobiście odnaleźć pozwolą mi z lustrować dalszy udział i rolę Dziekanki w perfidnej i z góry przemyślanej i przygotowanej akcji wyniszczenia chorych psychicznie w Polsce. Z akt tych wynika niezbicie, że w Dziekance mieli rzekomo przebywać, umierać i być grzebani inni chorzy psychicznie Polacy, „ewakuowani“ z innych zakładów psychiatrycznych w Polsce do Dziekanki. Chorzy ci, jak to stwierdziłem na podstawie zeznań wiarygodnych świadków i na podstawie pozostałych akt o ruchu chorych wogóle w Zakładzie oraz imiennego ich spisu, nigdy do Dziekanki nie zostali przywiezieni i nigdy w niej nie przebywali. Pozostały jedynie po nich dokumenty i spisy oraz ich fikcyjne groby, ściśle według systemu i metody niemieckiej ponumerowane, a nawet oznaczone literami kwater grobowych. Rodziny wymordowanych w różnych Zakładach chorych i fikcyjnie grzebanych na cmentarzu zakładowym w Dziekance, otrzymywały urzędowe zawiadomienia z nieistniejącego nigdy w rzeczywistości i również fikcyjnego Urzędu stanu cywilnego w Dziekance (Standesamt — Tiegenhof była urzędowa nazwa Dziekanki), posiadającego nawet specjalną okrągłą pieczętkę. Wszystkie zaś akty zgonów normalnych w Zakładzie wystawiane były za czasów okupacji, tak jak przedtem i potem, przez istniejący i rzeczywisty Urząd stanu cywilnego przy Urzędzie Gminnym w Gnieźnie.

W fikcyjnych zawiadomieniach do rodzin o rzekomo naturalnej śmierci wyżej wspomnianych chorych, jak tego dowodzą nadsyłane obecnie wyżej przytoczone dokumenty (w sprawie *Weroniki Tomczak*, *Franciszka Kuczmy* i innych) oraz różne zapytania tych rodzin w tej sprawie (np. w sprawie śp. *Stanisławy Śliwińskiej*, *Joanny Dolaty*, *Janiny Owczarzak* i innych, których azwaska rzeczywiście istnieją w niemieckim spisie

oraz w sprawie ś.p. *Wyrzykowskiego Franciszka, Mazura Mariana, Heleny Spiżewskiej* i innych, których nazwisk brak w spisie), podawano, że chory taki, a taki, zmarł dnia takiego, a takiego na taką, a taką chorobę oraz, że został pochowany na cmentarzu zakładowym w Dziekanec pod numerem takim, a takim w kwaterze grobów np. A. B. C. itp. Wszystkie powyższe dane zaczawszy od rzekomej śmierci i pogrzebania w Dziekanec, skończywszy zaś na numerach i kwaterach grobów były, jak to już wspomniałem, fikcją. Charakterystycznym przy tym było, że jako przyczynę zgonów podawano najczęściej udar serca, zapalenie płuc, wylew mózgowy itp., przyczyny normalnie spotykane w naszych Zakładach jeżeli chodzi o zgony naszych chorych, w zawiadomieniach jednak tych spotykamy się i z takimi przyczynami zgonów jak np. szkarlatyna, czerwonka, tyfus itp., których jak to wynika z zeznań wiarygodnych świadków nigdy w czasie obecnej wojny i okupacji niemieckiej w Dziekanec nie było.

Oficjalnie spisy wszystkich ofiar, rzekomo pogrzebanych w Dziekanec z numeracją grobów, przyczyną zgonów itp. przychodziły, jak tego dowodzą odnalezione przeze mnie tajne akta niemieckiej dyrekcji zakładu, z których kilka dla zobrazowania niemieckiej planowości i perfidii pozwolę sobie *in extenso* w tłumaczeniu przedstawić, wprost ze specjalnego w tym celu stworzonego urzędu „dla przenoszenia chorych“ przy namiestniku Rzeszy w „Warthegeau“, który nazywał się „Zentralstelle für Krankenverlegung“ i znajdował się w Poznaniu w „Lendeshaus“ Wilhelmstrasse 29.

Oto pisma Nr 5, 6, 7, 8, 9, przy czym pismo Nr 6 obejmuje niezależnie od przytoczonych, listę 85 innych nazwisk.

Namiestnik R z e s z y
w Wojew. Poznańskim
Wydział Samorządowy
Centrala dla przenoszenia chorych. Znak akt.

Poznań, dnia 6.8.1941

Do

Przełożonego personelu pielęgniarskiego
p. J o b s t a

D z i e k a n k a
Woj. Zakład Psychiatryczny

Kochany towarzyszu partyjny

Przy mojej ostatniej bytności stwierdziliśmy na cmentarzu zakładowym, że kwatera grobu C. Nr 136 zaopatrzona jest w krzyż drewniany. Stwierdziłem w biurze administracyjnym pani Grundmann, że

w miejscu tym została pochowana dnia 4.11.1940 Emilia W o l s k a, która zmarła w Zakładzie dnia 1.11.1940 r. W niniejszym wypadku chodzi zatem o normalny zgon.

Według planu cmentarza, który swego czasu od tamtejszego kierownictwa Zakładu otrzymałem i na mocy którego, wyznaczam obłożenie cmentarza grobami, jest grób kwatera C, Nr 135 naznaczony jako miejsce do pielęgnacji to znaczy, że grób ten na życzenie rodziny został wzięty przez Zakład pod pielęgnację i na miejscu tym nie wolno chować innych zmarłych.

Moim zdaniem zachodzi tutaj omyłka. W niniejszym wypadku nie będzie chodziło o grób kwatera C, Nr 135, tylko o grób kwatera C, 136.

Ponieważ grób ten kwatera C, Nr 136 został przeze mnie przez 4 osoby obłożony, proszę następujące osoby, które przeze mnie na to miejsce położone zostały, w doręczonej liście przepisać na grób kwatera C, Nr 135.

Chodzi o następujące osoby:

Nr b. 357 Weronika P.usa

Nr b. 540 Stanisław Faustmann

Nr b. 1079 Nikodem Blyskum

Nr b. 1361 Władysława Krzyżoszczak.

Heil Hitler
Wasz Otto Fischer

Namiestnik R z e s z y
w Wojew. Poznańskim
Wydział Samorządowy
Centrala dla przenoszenia
chorych.
Znak akt. Oddział II.

Poznań, dnia 11 września 1942 r.

Nr 11

O s o b i ś c i e

Do

Dyrekcji Zakładu Psychiatrycznego Dziekanka

do rąk przełożonego personelu pielęgnarskiego
pana J o b s t a

w D z i e k a n c e

W załączeniu przesyłam dalsze zestawienie, ewakuowanych chorych pochowanych na tamtejszym cmentarzu zakładowym.

W doręczonym swego czasu wykazie proszę poczynić następujące zmiany:

1) Nr b. 981, Romińskiego Stanisława należy skreślić ponieważ figuruje on pod nr. 842,

2) Nr b. 1163, Gawrońskiego Stanisława należy skreślić ponieważ figuruje on pod nr 20,

3) Nr b. 956, Walkowiak Bronisławę należy skreślić, ponieważ została ona pochowana w Kościanie,

4) Nr b. 683, Myślewicza Mieczysława należy skreślić, ponieważ został on pochowany w Kościanie.

Z polecenia
(—) Fischer
inspektor administracyjny

Namiestnik R z e s z y
w Wo'ew. Poznańskim
Wydział Samorządow
Centrala dla przenoszenia
chorych.
Znak akt: Oddz. II.
Dziekanka.

Poznań, dn. 2.12.1942 r
Nr 12

O s o b i ś c i e

Do

Wojewódzkiego Zakładu Psychiatrycznego

do rąk przełożonego personelu pielęgniarzkiego

p. J o b s t a

D z i e k a n k a
p. Gniezno

Dot. Obłożenie cmentarza zakładowego ewakuowanymi psychicznie chorymi.

Proszę o skreślenie w waszej liście następującego zapisu:

Nr	Nazwisko i imię	Data zgonu	Nr grobu	Przyczyna zgonu
1439	Jan Mackiewicz	24.7.1941	C.78	tyfus
1432	Zenon Czełalski	20.7.1941	C.71	„
1437	Roch Krawczyk	23.7.1941	C.76	„

Nr	Nazwisko i imię	Data zgonu	Nr grobu	Przyczyna zgonu
1513	Jan Mackiewicz	20.8.1941	C.166	katar kiszek
1514	Zenon Czekalski	22.8.1941	C.167	„ „
1515	Roch Krawczyk	24.8.1941	C.168	„ „

Z polecenia
(—) Lieder
starszy inspektor administracyjny

Namiestnik R z e s z y
w Woj. Poznańskim
Centrala dla przenoszenia
chorych.
Oddział II. Dziekanka,

Poznań, dn. 22 1943.
Nr. 13

Ściśle poufne!

Do
Wojewódzkiego Zakładu Psychiatrycznego
do rąk p. kierownika personelu pielęgniarstwa
J o b s t a

D z i e k a n k a
powiat Gniezno

Dot. Obłożenie cmentarza zakładowego ewakuowanymi psychicznie chorymi.

Proszę w doręczonej ewidencji następujący dalszy zapis poczynić.

L. b. 1516, Nazwisko i imię: Gradowska Łucja.

Data zgonu: 29.1 1940, nr grobu C. 169.

Przyczyna zgonu: Status epilepticus.

Z polecenia

(—) L i e d e r

starszy inspektor administracyjny

Namiestnik R z e s z y
w Woj. Poznańskim
Samorząd Wojewódzki
Centrala dla przenoszenia
chorych.
Znak ałt. Oddz. II.
Dziekanka,

Poznań, dn. 12.2.1943

Ściśle poufne!

Do
Wojewódzkiego Zakładu Psychiatrycznego Dziekanka
do rąk p. kierownika personelu pielęgniarstwa
p. J o b s t a

D z i e k a n k a
powiat Gniezno

Dot. Obłożenie cmentarza zakładowego ewakuowanymi psychicznie chorymi.

W ewidencji swego czasu doręczonej proszę następującą zmianę wzgl. nowy zapis poczynić:

Do skreślenia jest:

L. b. 767, Josef Meißer, data zgonu 23.12.1939 Nr grobu A 34, przyczyna zgonu: Marasmus.

Do zapisania jest:

L. b. 1517, Alojzy Ceran, data zgonu 28.4.1940, nr grobu 170, przyczyna zgonu: pneumonia.

Z polecenia

(—) Hmaier

Urzędnik administracyjny

Przytoczone przeze mnie wyżej niektóre z ocalałych poufnych akt niemieckich, świadczą bezapelacyjnie i dokumentarnie o prawdziwości moich słów i wniosków oraz o perfidnej, cynicznej, z całą świadomością zorganizowanej akcji tak władz niemieckich, jak i partii, oraz poszczególnych jednostek, mającej na celu wyniszczenie psychiczne chorych polek, ze stwarzaniem pozorów ich naturalnej śmierci. Przy okazji pozwolę sobie zwrócić specjalną uwagę na niektóre zdania zawarte w przytoczonym wyżej piśmie z dnia 6.8.1941 r. w którym tow. part. *Otto Fischer* mówiąc o grobie ś. p. *Emilji Wolskiej* sam mówi, że „w niniejszym wypadku chodzi zatem o *normalny zgon*“, we wszystkich zaś innych choćby w tym samym piśmie przytoczonych nazwiskach chodzi tylko o pozór i fikcję grzebania. W piśmie tym jest jeszcze jedno zdanie, odnośnie grobu Nr 135 w kwaterze C. mówiące nie tylko o planowości całej akcji, ale o niesłychanym cynizmie i perfidii niemieckiej, które nie tylko pozwalały na mordowanie niewinnych ofiar, ale zezwalały i na to, żeby jeszcze szydzić sobie z rodzin tych ofiar i robić na nich interes przez utrzymywanie i pielęgnację specjalnego grobu, za specjalną opłatą tych rodzin. Zdanie to brzmi następująco: „Według planu cmentarza... jest grób kwatera C. Nr 135 zaznaczony jako miejsce do pielęgnacji to znaczy, że grób ten na życzenie rodzin został wzięty przez zakład pod pielęgnację i na miejscu tym nie wolno chować innych zmarłych“. Że takich grobów musiało być kilka i że służyły one powyższemu celowi dowodzi list ob. *Marii Kurkowiak* Nr 15 oraz pisma Dziekanki w tej sprawie Nr 16, 17, które również w całości przytaczam.

Toruń, dnia 5 czerwca 1945 r.

Wojewódzki Zakład Psychiatryczny

w Dziekance
pod Gniezmem

W kwaterze A znajduje się grób Nr 24 w którym spoczywają zwłoki mojej ś. p. siostry Stanisławy Sliwińskiej z domu Kurkowiak. Rok rocznie płaciłam od 1941 mk. 10.— za pielęgnację grobu i proszę

uprzejmie nadal grób pielęgnować i obsadzić kwiatami. Proszę mi donieść ile będę musiała za to zapłacić.

Czy możnaby urzędowo na mocy dowodów stwierdzić, czy w tej mogile faktycznie siostra moja spoczywa, ponieważ nikt z rodziny nie był obecny na pogrzebie, a według doniesień ówczesnej władzy niemieckiej została w roku 1940 przewieziona z Kościan do Dziekanki i umarła tam w lutym 1940 na zapalenie płuc. Taki dokument władza niemiecka wydała.

Z poważaniem

(—) Maria Kurkowiak
ul. Moniuszki 21 m. 1

Dyrektor
Wojewódzkiego Zakładu Psych.
Dziekanka, koło Gniezna

Dziekanka, dn. 9 7 1941 r.
Nr 16

Pani

Maria Kurkowiak

T o r u ń

Pielęgnacja grobu za 1 rok wynosi 10.— RM, które mogą być do kasy tut. Zakładu z odpowiednią uwagą przekazane.

Dyrektor
(—) Dr. Ratka

Dyrektor
Wojewódzkiego Zakładu Psych.
Dziekanka, koło Gniezna

Dziekanka, dn. 31.5.43 r.

Nr 17

Pani

Maria Kurkowiak

T o r u ń

Na zapytanie Pani donoszę, że w sumie 10.— RM rocznie za pielęgnację grobu mieści się również obsadzenie grobu kwiatami. Dalsze przekazanie jest zatem zbędne.

Dyrektor
(—) Dr. Ratka

W uzupełnieniu tego listu oświadczam z całą stanowczością, że mimo figurowania nazwiska ś.p. *Stanisławy Śliwińskiej* w niemieckim spisie fikcyjnie pogrzebanych w Dziekance, osoba tego nazwiska i imienia nigdy nie figurowała w spisie normalnym ruchu chorych w tymże zakładzie, tam nie przebywała, nie zmarła, nie została pogrzebana, ani też wreszcie, że żadna suma, wpływająca bezsprzecznie od r. 1941 od ob.

Marii Kurkowiak na pielęgnowanie tego grobu, nie została ufiksowana w księgach kasowych za ten okres.

Pozostała urzędowa lista niemiecka osób fikcyjnie pogrzebanych w Dziekance, a w rzeczywistości wymordowanych i gdzieś na odludziu zapewne masowo pochowanych, obejmuje 1506 nazwisk.

O tej roli Dziekanki nikt z jej ani ówczesnych ani obecnych pracowników Polaków nie wiedział, ani się jej nie domyślał, wpadłem zaś na nią przy zapoznawaniu się i analizie znalezionych, wyżej wspomnianych, resztek poufnych akt niemieckich. O tym zaś jak tuszowały i kłamały oficjalne czynniki niemieckie, jeżeli chodzi o te sprawy, świadczą, choćby, przytoczone poniżej pisma (Nr 18 i 19) Generalnego Gubernatorstwa w sprawie *Janiny Owczarzak*, wywiezionej z Zakładu w Owińskach rzekomo do Kościana a następnie do Gen. Gub.

Generalne Gubernatorstwo dla
okupowanych polskich terenów.
Urząd Szefa na obw. Warszawa
Oddz.: Urząd Zdrowia i Op.
Społ. Dr. H/Sz. L. dz. V-2092/40.

Warszawa, dn. 12.8.1940.

Nr 18

Pan

W i k t o r O w c z a r z a k

C h m i e l ó w

pow. Opatów, Sandomierska 119

Dot.: Stwierdzenie pobytu córki Pana Janiny Owczarzak.

Mimo wielu starań z naszej strony, stwierdzenia pobytu córki Pana nie dało się ustalić.

(pieczęć)

Z polecenia

(—) Dr Handek

Generalne Gubernatorstwo dla
okupowanych polskich terenów.
Urząd Szefa na obw. Warszawa
Oddz.: Administr. Wewnętrzna
Im/II. 1023 L. dz. 663/40 Ma/D.

Warszawa, dn. 9.9.1940.

Nr 19

Pan

W i k t o r O w c z a r z a k

C h m i e l ó w

pow. Opatów, Sandomierska 119

Na pismo Pana z dnia 20.5.1940 donoszę że mimo przeprowadzenia dok adnych dochodzeń, pobytu córki Pana *J a n i n y* nie można było ustalić.

Z poważaniem

(—) nieczytelny

Oprócz wyżej wspomnianych 1201 chorych psychicznie Polaków, wywiezionych z Dziekanki, z końcem 1939 i w początkach 1940 oraz w czerwcu i lipcu 1941 r., w nieznanym kierunku i wyniszczonych, których spis prowadzony przez samych Niemców, jak to już wspomniałem, ocalał, oraz listy 1506 chorych „ewakuowanych“ z różnych zakładów psychiatrycznych w Polsce do Dziekanki i tam fikcyjnie pogrzebanych, również ustalonej na podstawie ocalałych poufnych akt niemieckich, w latach 1939—45 zmarło na terenie Dziekanki 879 chorych psychicznie nie Niemców i tak:

w r. 1939	22	Polaków	oraz	3	Żydów
„ 1940	59	„	„	—	—
„ 1941	89	„	„	—	—
„ 1942	170	„	„	2	Żydów
					1 Anglik
„ 1943	213	„	„	1	Rosjanin
					1 Anglik
„ 1944	296	„	„	3	Rosjan
„ 1945	19	„	„	—	—

Ogółem 868 Polaków + 11 innych narod. = 879 osób

Chorzy ci, jak już wspomniałem, dostarczeni zostali do Zakładu przez rodziny lub przez samych Niemców, z różnych obozów pracy i jeńców, a następnie w tajemniczy sposób, nieraz już po kilkudniowym pobyciu w Dziekance, wymarli. Że i w tych wypadkach często należy liczyć się ze śmiercią nienaturalną chorych, dowodzą tego zeznania pozostałego personelu polskiego (np. pielęgniarki *Soszyńskiego Teofila*, *Frankowskiego Antoniego* i innych), którzy widzieli niejednokrotnie jak chorzy ci umierali niespodziewanie po zastosowaniu im jakichś wstrzykiwań oraz środków podawanych do wewnątrz, najczęściej w zupełności, po których chorzy ci zasypiali i w kilka godzin umierali. Jeżeli się podsumuje wszystkie powyższe dane, to stwierdzimy bezapelacyjnie, że w samej Dziekance zostało wyniszczonych 2080 chorych psychicznie Polaków, Żydów, Rosjan i Anglików, nie licząc Niemców, którzy również byli często „ewakuowani“ grupowo z Dziekanki. Jeżeli się przytym uwzględni, że normalna śmiertelność w naszych zakładach, a zwłaszcza poznańskich, wynosiła 1 — 2% ogółu chorych, stwierdzić możemy, że śmiertelność ta wzrosła w okresie okupacyjnym do potwornych rozmiarów.

Wreszcie reasumując zebrane przeze mnie dane, możemy ściśle ustalić z nazwiskami i imionami listę wymordowanych przez Niemców chorych psychicznie Polaków w okresie 1939 — 45, obejmującą, jeżeli chodzi o samą tylko Dziekankę 3686 chorych. Należy sądzić, że lista ta jest nie całkowita, zwłaszcza jeżeli chodzi o chorych fikcyjnie grzebanych w Dziekance, została ona bowiem odtworzona na podstawie resztek odnalezionych tajnych akt niemieckich.

Na zakończenie wreszcie chciałbym jeszcze dodać, na podstawie własnych spostrzeżeń i obserwacji, które poczyniłem podczas swej pracy w Państwowym Zakładzie Psychiatrycznym w Tworkach w latach 1939 — 45, że prawdopodobnie Tworki również ocalały jako Zakład psychiatryczny tylko dlatego, że miały i musiały być fikcyjnym cementarzyskiem dla wywożonych w nieznanym kierunku z naszych Zakładów chorych psychicznie, z terenu nie tylko Polski, ale nawet i z zagranicy. Dowodzić tego mogą nadsyłane do Tworek w owym czasie ze wszystkich stron zapytania rodzin i opiekunów o takich, czy innych, szekomo tam przywiezionych chorych, które skrzętnie zawsze zbierał i nie dopuszczał więcej do naszych rąk, ówczesny „Kacyk“ dyr. *Honette* oraz również przez tegoż zniwelowany i numerami poznaczony cementarz tworkowski. Sądzę, że te moje spostrzeżenia odnośnie Tworek i przypuszczenia potwierdzą wszyscy ówcześni pracownicy Tworek, którzy doskonale pamiętają i znają metody i postępowanie b. dyr. *Honnette* nie tylko z chorymi psychicznie, ale i z pracownikami Zakładu Polakami. Wreszcie przypuszczam, również na podstawie swych własnych obserwacji oraz zebranych przeze mnie podczas krótkiego, służbowego pobytu na ziemi Lubuskiej wiadomości, że Zakład psychiatryczny w Obrzycy, koło Międzyrzecza (dawn. Obrawalde), był nie tylko fikcyjnym cementarzyskiem jak Dziekanka i Tworki, ale rzeczywistym masowym cementarzem i miejscem straceń dla chorych psychicznie, jak mnie bowiem powiadomiono zmarło tam w czasie obecnej wojny około 30000 chorych psychicznie, a Zakład był obliczony na jakieś 1200 — 1500 chorych. Jak mnie tam również poinformowano, zwożono tam nie tylko Niemców, ale i Polaków, Rosjan, Anglików i innych, z rozmaitych obozów i to rzekomo nie tylko chorych, ale i zdrowych, którzy wkrótce masowo tam wymierali, a że Zakład ten do takich zbrodniczych celów idealnie nadawał się, świadczy choćby jego położenie w lesie, na uboczu i zdala od ludzkiego.

Na zakończenie wreszcie swego koszmarnego referatu i sprawozdania, chciałbym zaproponować Polskiemu Towarzystwu Psychiatrycznemu

i wszystkim Kolegom, nie tylko oficjalne potępienie nauki i psychiatrii niemieckiej i jej lekarzy, oraz personelu pomocniczego, bez których wiedzy napewno powyższe sprawy nie odbywały się, ale i oficjalne wystąpienie za pośrednictwem naszego Rządu i odnośnych Władz o wydanie i osądzenie tych wszystkich osób, które przyczyniły się do zrujnowania naszych Zakładów, wymordowania dziesiątków naszych kolegów i współpracowników, oraz wyniszczenia masowego dziesiątków tysięcy chorych psychicznie w Polsce, a przede wszystkim takich osób jak *Ratka, Nikola-jew, Honnette, Jobst, Fischer, Lieder, Reich* i innych, których oskarżamy nie tylko my pozostali, ale cienie naszych niewinnie i na posterunku zmarłych towarzyszy oraz masowe groby naszych chorych w Dziekance, Tworkach, Kobierzynie, Kościanie, Chełmie i w innych miejscach, na terenie całego naszego wyniszczzonego i skrwawionego kraju.

EUFEMIUSZ HERMAN

O OKRUCIEŃSTWACH NIEMIECKICH W STOSUNKU DO UMY- SŁOWO CHORYCH W SZPITALU „KOCHANÓWKA“

Na tle tortur, stosowanych przez tzw. „nadmudzi“, twórców nowego ładu, błędną dla wielu okrucieństwa w stosunku do umysłowo chorych. Tym bardziej iż Niemcy stosowali wzrastające dawki, mające na celu uodparnianie swoich i obcych przeciw zbytnej wrażliwości na wszelkie przejawy tępienia człowieczeństwa.

Nas, psychiatrów, okrucieństwa wobec psychicznie chorych wzbudzają obecnie tak samo i żywo, jak w zaraniu działalności hitlerowców.

Dowodem tego jest temat główny naszego zjazdu.

Nic też dziwnego, że serce jednego z młodszych psychiatrów polskich, syna czołowego przedstawiciela nauki naszej, nie wytrzymało barbarzyńskiej likwidacji chorych, nad którymi rozciągał opiekę.

Mam mówić o okrucieństwach niemieckich w szpitalu „Kochanówka“, które dokładniej opisać miał ówczesny dyrektor szpitala Dr *Siemionkin*. Podam kilka obrazków, które dla nas, psychiatrów, są równie wymowne, jak wszelkie krematoria i komory gazowe.

Schizofrenik z urojeniami strąca portret Hitlera, wiszący na sali dla podnieconych chorych; zostaje wzamian pobity do nieprzytomności przez pielęgniarki niemieckich. Odbywa się dochodzenie, oczywiście przeciwko choremu, a nie pielęgniarkom. Gdy to samo uczynił chory Niemiec, nie ma podobnej reakcji ze strony personelu i władz szpitalnych.

Obrazek drugi:

Chorzy czekają na wyjazd, którego celem jest ich likwidacja. 18-letni schizofrenik błąka się po korytarzu, po czym wchodzi nie-

bacznie na salę niemiecką. Plunął na chorego Niemca. Zostaje pobity przez innych Niemców. Nazajutrz dochodzenie władz niemieckich SS. z dyrektorem szpitala na czele. Zjeżdża nawet sam dyrektor Wydziału Zdrowia. Każe sobie przedstawić winowajców Polaków. Bada chorego schizofrenika, zachowującego się autystycznie, nie odpowiadającego. Zniecierpliwiony dygnitarz niemiecki zapytuje, czy chory przeznaczony jest do ewakuacji, innymi słowy likwidacji. Usłyszawszy z ust asystującej lekarki Polski odpowiedź twierdzącą, powiedział: „W porządku, wystarczy“ i wyszedł.

Obrazek trzeci:

Młody schizofrenik znakomicie poprawił się po wstrząsach. Przypadkowo doznał złamania nogi. Należało przesłać go do miasta dla wykonania zdjęcia rentgenowskiego. Szef, Niemiec, przy badaniu twierdzi, że chory symuluje. Gdy ten ostatni z bólu krzyknął, szef, psychiatra, uderzył go w twarz i rozkazał skierować jako zdolnego do pracy. Zapobiegliwa lekarka odwozi go do domu. Zdjęcie wykazuje złamanie szyjki kości udowej.

Obrazów takich można byłoby przytoczyć wiele, nie chcę jednak nurzyć Państwa szczegółami.

Jeżeli do tego dodam, że chorych psychicznie Polaków i Niemców umieszczano w osobnych salach, że Polakom nie dawano lekarstw, że szef oddziału, przychodząc codzień wizytował chorych zrzadka i tylko po to, by wyszukiwać rzekomych symulantów oraz wysyłać ich do obozów pracy, że lekarzom i personelowi nie pozwalano mówić po polsku, ciągle ich posądzano o lepszy stosunek do chorych Polaków, to będą Państwo mieli ponury obraz ówczesnego życia szpitalnego, obraz, który znacie doskonale z własnego doświadczenia.

Tak było po kilkakrotnej już likwidacji chorych, kiedy życie szpitalne wracało do normy niemieckiej.

Teraz słów parę o likwidacji chorych w „Kochanówce“. Było ich trzy. Pierwsza 13 — 15 marca 1940 r., druga 27 — 28 marca 1940 r., trzecia w lipcu i sierpniu 1941 r.

W końcu marca 1940 r. Szpital został przejęty przez niemiecki zarząd Łodzi. Dyrektor i lekarze na razie pozostali.

Na początku września 1939 r. było chorych 700, w tym 300 z Warki. 1 lutego zaczęły się przygotowania Niemców do ewakuacji chorych. Wzbroniono wypisywanie chorych bez zgody Wydziału Zdrowia, natomiast zapisy trwały nadal. W początku marca 1940 r. zjechała komisja z lekarzem SS na czele, oraz specjalistą od spraw

rasizmu, która wraz z ordynującym lekarzem Polakiem kwalifikowała chorych do ewakuacji, względnie innych szpitali psychiatrycznych. Z Polaków przesłano tylko jednego chorego do Warki. Lekarz Polak nie zdawał sobie oczywiście sprawy z właściwego znaczenia ewakuacji, nadto sprowadzono do szpitala z miasta wszystkich tych, którzy kiedykolwiek leczyli się w „Kochanówce“, a byli już zupełnie zdrowi; wzięto ich nawet z miejsc pracy.

Likwidacje odbywały się w następujący sposób: zjeżdżało kilkunastu SS-manów, którzy kazali chorym zabierać ze sobą rzeczy, a wartościowe przedmioty wraz ze spisem oddawać komendantowi oddziału egzekucyjnego. Wóz o kształcie metalowego pudła ze sławnym napisem „Kaiser Kaffee“ był pociągany przez traktor. Od ciągnika przechodziła rura, odprowadzająca gazy spalinowe do wozu metalowego. Sam wóz nie posiadał okien, tylko u góry małe żeberka, szczelnie zamknięte. Prócz tego ładowano chorymi ciężarowe auta, kryte brezentem. Odjeżdżano w stronę szosy Zgierskiej. Wieczorem powracali SS-mani z poobrywanymi guzikami i naramiennikami. Za każdym razem zabierano 140 chorych. Ekspedycji takich było przy pierwszej likwidacji 4. Na 2 dni przed zakończeniem likwidacji sprowadzono z miasta ociemniałych i niedorozwinięte dzieci, które zabrano z ostatnią partią. Po paru dniach wywieziono również część chorych Niemców. W ten sposób w marcu 40 r. szpital został opróżniony. W kwietniu 40 r. część szpitala, a mianowicie pawilony V, VI, VII zostały zajęte przez Volksdeutsche Mittelstelle, która zajmowała się repatriacją Niemców. Pozostałe oddziały zostały przeznaczone dla chorych wewnętrznych i wenerycznych.

Jesienią 40 r. ulokowano w szpitalu gruźlików.

Dnia 30 czerwca 1940 r. zwolniono wszystkich lekarzy Polaków wraz z dyrektorem. Pozostała 1 lekarka Polka. Z biegiem czasu otworzono oddziały psychiatryczny i neurologiczny, w których toczyło się życie życie według naszkicowanych poprzednio planów.

Na tym kończę krótkie sprawozdanie ze szpitala „Kochanówka“.

STANISŁAW SWIERCZEK

OKRUCIEŃSTWA NIEMIECKIE W STOSUNKU DO PSYCHICZNIE
CHORYCH, PRZEWAŻNIE NIEMIECKICH,
W ZAKŁADZIE PSYCHIATRYCZNYM OBRZYCE (OBRAWALDE)

Zakład Psychiatryczny w Obrzycach (Niemcy nazywali go Meseritz-Obrawalde) stał się w czasie wojny terenem wyjątkowych zbrodni niemieckich, przeprowadzanych na wielką skalę. Gdy np. Zakład Psychiatryczny w Owinskach, którym kierowałem w początkach wojny, uległ stopniowej likwidacji w 1 stopadzie 1939, gdy kierownikiem był już lekarz niemiecki i dziewięćsetkilkudziesięciu chorych zostało, w grupach po 50 chorych, „przez policję bezpieczeństwa odtransportowanych“, jak brzmiała formułka urzędowa, to z Zakładu w Obrzycach uczyniono miejsce kaźni nie tylko dla chorych tego zakładu, lecz także dla chorych przywożonych z innych zakładów niemieckich. Brak jest dokładnych danych ilościowych jak i najważniejszych dokumentów. Ponieważ akta procesu przeprowadzonego przez rosyjskie władze wojskowe, przed objęciem zakładu przez władze polskie, nie mogły być udostępnione, zmuszony byłem oprzeć się jedynie na zeznaniach nielicznych pozostałych jeszcze pracowników niemieckich zakładu. Pozatym posłużyłem się, lecz jedynie dodatkowo, opisem dwu pacjentów, oraz znaną specjalną kartoteką obejmującą 1378 nazwisk kobiet zmarłych w miesiącach: styczniu, lutym, marcu, kwietniu i maju 1944, a więc łącznie przez 5 miesięcy. Dotychczas innych kartotek nie znaleziono. Jeżeli przyjmiemy, że liczba zmarłych mężczyzn w tym samym czasie była mniej więcej jednakowa, to miałibyśmy wtenczas łącznie 2756 wymordowanych chorych przez 5 miesięcy roku 1944. Za cały ten rok wypadłoby wtedy 6611 straconych. Ponieważ liczba zgonów w roku 1943, a zwłaszcza w roku 1942 mogła być mniejsza niż w roku 1944 na co zdają się wskazywać

zeznania świadków, nie wiadomo czy można tę liczbę 6611 mnożyć wprost przez trzy, czy też należy przypuszczać, że łączna ilość zgonów za te trzy lata była może mniejsza niż 6611 razy trzy tj. 19833. W każdym razie cyfra wyliczona przez byłego chorego dr *Rosenberga*, którego rosjanie mianowali przejściowo dyrektorem zakładu, cyfra, jak on podał, ponad 13000 nie jest przesadzona. Wspomniany dr *Rosenberg* w swoim sprawozdaniu podaje co następuje: W roku 1938/39 został dr *Conti* wodzem lekarzy Rzeszy, bojownik idei reorganizacji narodu przez wyniszczenie (Ausmerzung) istnień niewartych życia (lebensunwerten Lebens). „Jak podaje następnie dr *Rosenberg* w listopadzie 1941 został mianowany gospodarczym dyrektorem zakładu niejaki *Walter Grabowski*, towarzysz partyjny. Otrzymał on specjalną misję a ponieważ ówczesny p. o. dyrektora zakładu dr *Vollheim* nie zgodził się na plan wyniszczenia uważając go za „hańbę kulturalną ludzkość“, został kierownikiem lekarskim Dr *Mootz*. Metodę wyniszczenia chorych zastosowano już przedtem, tak podaje Dr *Rosenberg*, w zakładach Bernburg i Kalisz. W Kaliszu robił to właśnie *Grabowski* i z Kalisza został przeniesiony do ówczesnego Obrawalde. Zastrzyki powodujące śmierć pacjentów robili nadpęlegniarz *Weidemann*, pielęgniarz *Plewa*, nadpęlegniarka *Ratajczak*, nadpęlegniarka *Jeschke*, nadpęlegniarka *Erdmann*, pielęgniarz oddziałowa *Wieczorek*, pielęgniarz *Albrecht* i lekarka prymarusz Dr *Wernicke*. Charakterystyczne jest, co słusznie podkreśla Dr *Rosenberg*, że jak wynika ze świadectw zgonów, chorzy umierali grupami, zawsze wszyscy razem z tego samego zakładu z którego niedawno przyszli w transporcie. Dr *Rosenberg* zestawiał z innego materiału mnie nie dostępnego statystykę zgonów za miesiące maj, czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień i grudzień 1944 r., a więc za inne miesiące niż autor. Ilość zgonów wynosiła za ten czas 1489, nie wiadomo jednakże na jakim materiale oparł się Dr *Rosenberg* i czy ten materiał był kompletny. Równocześnie według obliczenia Dr *Rosenberga* ilość zgonów w zakładzie Obrawalde w roku 1940, kiedy *Grabowskiego* jeszcze nie było, wyniosła 301. Różnice są rzeczywiście rażące. Bardzo ciekawe i dobrze ujęte jest opracowanie innego chorego niejakiego *Ralfsa* należącego do inteligencji i prawdopodobnie narkomana. Zeznania *Ralfsa* w jego pamiętniku zasługują dlatego także na uwagę, że zostały potwierdzone następnie przez zeznania psychicznie zdrowych Niemców, pracowników zakładu niemieckiego w Obrawalde. Z relacji *Ralfsa* wynika, że przyjechał on 2 czerwca 1942 r. w transporcie z zakładu Neustadt w Holsztynie. Opisuje, że pacjenci otrzymali złą odzież, że jedzenie było złe, a praca ciężka, że pielęgniarki z karabinami dozorowali pracujących

chorych traktując ich jak zbrodniarzy, bijąc ich często przedmiotami, które były pod ręką np. kluczami itp. Autor pamiętnika cytuje utarte określenie, które wtedy było używane: „Wyniszczenie aspołecznych i psychicznie chorych elementów, które w czasie wojny stanowią niebezpieczeństwo dla społeczeństwa, niezmiernie obciążenia dla państwa“. Dodaje następnie: „Tego rodzaju zarządzenie wynikało jedynie z pełnomocnictw Komisarza Obrony Państwa *Schwede-Coburg* i dlatego także nie zostało włączone w Dziennik Ustaw i Zarządzeń Ministerstwa Spraw Wewnętrznych“ (3 — 4 strona). Piszze on dalej: „*Schwede-Coburg* jest więc sprawcą tego, że z zakładu chorych Obrawalde powstał zakład morderstw Obrawalde... ten smutny rozdział w życiu narodu kulturalnego“. *Ralfs* podaje, że przeglądał akta personalne *Grabowskiego* (po zajęciu zakładu przez Rosjan) z których wynika, że *Grabowski* był najpierw pisarzem kasy oszczędności, potem przedstawicielem firm past do obuwia, w końcu kierownikiem politycznym powiatowym partii (Kreisleiter). Podobnie jak Dr *Rosenberg* podaje *Ralfs*, że z chwilą objęcia urzędowania przez *Grabowskiego* w charakterze dyrektora gospodarczego i politycznego usunięto starych lekarzy, a kierownictwo lekarskie objął zwolennik nowego kursu Dr *Mootz*. Gdy *Ralfs* przybył w 1942 r. do zakładu, to już wtedy jak podaje: „Unosiła się ta zgroza jak ciemna chmura nad zakładem. Z werwą i tempem zabrano się do sprawy wyniszczenia“. Z zakładów całej Rzeszy z Saksonii, Nadrenii, Westfalii, Szlezwig-Holsztynu itp. przybywały transporty po 100 — 200 ludzi i po krótkim czasie znaczna większość tych chorych już nie żyła. W przybliżeniu zginęło za kierownictwa *Grabowskiego* przeszło 13000 ludzi. Ponadto kwitła korupcja. Okradano chorych zwłaszcza na jedzeniu. *Grabowski* lubił używać chorych, do wywiadu i do kierowania kolumnami pracujących chorych. Dobierał najgorszych aspołecznych, jako tych swych współpracowników, a potem ich wykańczał, to znaczy, jak mówiono w zakładzie „odstrzyknięty“ (abgespritzt). Potym *Grabowski* postanowił uprzemysłwić zakład na wielką skalę, wielkie firmy przesyłały proszek do zębów, namiastki korzeni, octan glinu w proszku itp., które chorzy dzielili i opakowywali. Gdy nastał czas żniw chorzy musieli ciężko pracować w polu. Słynny pielęgniarz *Emil Schmidt* dokuczał szczególnie chorym; pewnego razu pobł tak ciężko chorego polskiego jeńca wojennego, że ten zmarł w trzy dni potym. *Ralfs* twierdzi, że chorzy musieli pracować do ostatniego tchu i że *Grabowski* miał się wyrazić na zebraniu służbowym do pielęgniarzy, iż chorych, należy wycisnąć jak cytryny do ostatniej kropli. Przy zakończeniu swej relacji, twierdzi *Ralfs*, że był celowo powściągliwy w przedstawianiu zdarzeń, by nie popaść w podejrzenie

stronniczości na skutek własnych przeżyć. Następnie pisze, że pacjenci wszystkiego nie wiedzieli i podkreśla niski stan seksualnej moralności wśród pracowników zakładu dodając, że *Grabowski* czuł się zmuszony na konferencjach służbowych przypominać personelowi, że nie wolno chorych nadużywać cielesnie.

Elektromonter zakładu polskiego w Obrzycach (dawniej w Obrawale) ob. *Darmosz* podał do protokołu co następuje: W zakładzie Obrawale pracował od 18 czerwca 1940 jako pracownik techniczny. Mordowanie chorych, zaczęło się dopiero od przyjazdu do Obrawale dyrektora politycznego zakładu, *Grabowskiego* przy końcu 1941. *Grabowski* miał przybyć z Kalisza z jakiegoś rozwiązanego szpitala. Na początku dyrekcji *Grabowskiego* wywieziono z zakładu około pięciuset pacjentów w niewiadomym kierunku, sprawa miała być ściśle poufna. Następnie przychodziły transporty w ilości do 200 chorych z różnych okolic Rzeszy. Mężczyzn umieszczano w oddziale 18, kobiety w 9. Już o godzinie 5 i pół rano podawano im w zupie jakiś środek, po którym zasypiali, a potem robiono zastrzyki. Buteleczki i wszelkie szkło po truciznach palono poufnie i pod nadzorem w kotłowni, co *Darmosz* jako pracownik kotłowni sam widział, lecz nazwy trucizny nie może sobie przypomnieć. Początkowo było przeciętnie 15 do 20 mordstw dziennie. W roku 1944 od 20 — 30 pacjentów ginęło dziennie. Rodziny otrzymywały od Dyrekcji zakładu telegramy, że pacjent względnie pacjentka zmarł poważnie, na uder serca. Stan chorych w zakładzie (obsada) wynosił 2000 chorych. Sprawcami mordów byli: Dyrektor *Grabowski*, Radca med Dr *Mootz*, pielęgniarze: *Weideman*, *Schmidt*, *Winter*, nadpielęgniarki: *Ratajczak Amanda* (rozstrzelana na skutek wyroku Sądu Wojskowego rosyjskiego), *Jeschke* i *Erdmann*. Nadpielęgniarsz *Weidemann* otrul się sam po wkroczeniu wojsk radzieckich. W transportach nadchodzących do Obrawale znajdować się mieli także polscy jeńcy wojenni i jeńcy innych narodowości.

Otto Sperling, były pielęgniarz Zakładu Psychiatrycznego w Obrzycach podał do protokołu, że z chwilą objęcia kierownictwa zakładu przez *Grabowskiego* zaczęły od początku 1942 przybywać transporty chorych z różnych stron Niemiec obejmujące 100 do 200 chorych. Transporty te przybywały w nocy około godziny 12 na osobną bocznicę zakładową. Trwało to do stycznia 1945. Przesłuchany miał służbę w innych oddziałach, nie w tych w których robiono zastrzyki. Podaje on, że pacjenci byli niemieckiej narodowości, że byli to zarówno mężczyźni jak i kobiety a czasem nawet dzieci. *Grabowski* był bardzo surowy, wyzy-

skiwał chorych i personel, obawiano się go i nie śmiano otwarcie ze sobą rozmawiać. Potajemnie opowiadano sobie, że chorych się morduje, że wykonuje się jakieś zastrzyki. Zamordowanych grzebano na cmentarzu zakładowym. Przy końcu zaczęto budować krematorium w kostnicy zakładu. Pewną ilość chorych wysłano do spalenia do Frankfurtu nad Odrą. Pielęgniarsz *Schwarzer* opowiadał przesłuchanemu, że tego następnie zakazano. W mieście Międzyrzeczu o tej całej akcji zbrodniczej mówiono otwarcie. Pielęgniarsze dozorujszą kolumny robocze chorych byli uzbrojeni w karabiny. Pielęgniarsz *Emil Schmidt* i pielęgniarsz *Plewa* znęcali się nad chorymi i bili czym popadło. Przesłuchany wie tylko o jednym polskim jeńcu wojennym nazwiskiem *Cebula*, który następnie zginął. Było także kilku francuskich jeńców wojennych. *Sperling* podał, że znał dobrze chorego *Hansa Ralfs* (autora pamiętników). Według jego określenia chory był zupełnie świadomy, miał akademickie wykształcenie, dobre maniere, a laik nie poznałby, że to jest pacjent zakładu. Pielęgniarsze między sobą opowiadali, o zdarzeniach używając utartego określenia „wyniszczenie aspołecznych i psychicznie chorych elementów“. Pacjentów zamordowanych grzebano wcześniej rano bez trumien. *Sperling* potwierdza to co chory *Ralfs* pisze o korpucji i tym podobne. *Grabowski* używał na zebraniach służbowych wyrazów i uwag nie właściwych, co wywoływało nieprzyjemny nastrój. Ważne są zeznania byłej urzędniczki zakładu w Obrawalde skierowane na piśmie do Polskiej Dyrekcji Zakładu w Obrzycach. Treść ich jest następująca. W listopadzie 1941 został kierownikiem zarządu zakładu były kierownik powiatowy partii, *Walter Grabowski*, mężczyzna średniego wzrostu, liczący około 48 lat, który przedtem pracował w Szczecinie, a następnie w Kaliszu. W Kaliszu wykonywał on jakieś specjalne zlecenia. Wkrótce poznano w Obrawalde, że *Grabowski* ma do wykonania specjalne zlecenie w zakładzie. Podpadło, że wnet i to w odstępach czasu 4 — 8 tygodniowych przybywały transporty chorych z Berlina, Hamburga, Szlezwięgu, Nadrenii i Saksonii, w ilości 200 — 300 osób, konwojowanych przez pielęgniarszy. Transporty utrzymywano w wielkiej tajemnicy, tylko małe kółko zaufanych współpracowników *Grabowskiego* było poinformowane i współdziałało. W transportach znajdowali się mężczyźni, kobiety, czasem dzieci, zdaje się tylko niemieckiej narodowości. Transporty przybywały późnym wieczorem (23 — 24 godzina) na bocznice kolejową zakładu. *Grabowski* był nielubiany i był fanatycznym hitlerowcem. Nie robił na mnie wrażenia człowieka wykształconego ani fachowego administratora. Wyzyskiwał pracę pacjentów i personelu. Musiano pracować nawet w czasie burzy. Chorzy powszechnie skarżyli się na złe jedzenie i złe

traktowanie. To co chory *Ralfs* pisze o *Grabowskim* na stronie 4 jest prawdziwe. Prawdziwym jest również, że z biegiem czasu transporty stawały się liczniejsze, a śmiertelność wzrastała stale. Dziwiłam się nieraz, gdy stwierdziłam przypadkowo, że w jednym dniu było 20 do 30 przypadków śmierci chorych. Było uderzającym, że za czasów *Grabowskiego* wydatki na drogę lekarstwa bardzo wzrosły, podczas gdy przedtem nakazana była nadzwyczajna oszczędność. *Grabowski* musiał mieć specjalne pełnomocnictwa. Zgadza się również co chory *Ralfs* pisze o nadużyciach i o chorych, współpracownikach *Grabowskiego*. Zgadza się również z prawdą, zakończenie opisu *Ralfsa*. W Miedzyrzeczu przeczuwano co się dzieje w Obrawalde i często na ten temat zapytywano.

Pielęgniarz *Kuhl Robert* przesłuchany do protokołu, podał, że od kwietnia 1905 r. pracuje bez przerwy w Zakładzie tutejszym, a więc prawie od chwili otwarcia zakładu. Od 1906 do przybycia Rosjan (styczeń 1945 r.) był pielęgniarzem oddziałowym z przerwą w latach 1916 do 1918, kiedy służył w wojsku. *Grabowski* przybył w roku 1941 jako Dyrektor Gospodarczy. Ani Dyrektor *Banse* ani jego następca Dr *Volheim* nie chcieli podpisywać kart zgonu mordowanych pacjentów i dlatego kierującym lekarzem został Dr *Mootz*. Przewożenie wielkich transportów chorych z Niemiec i następnie mordowanie tych chorych trwało od roku 1942. Zabiegi uśmiercające były wykonywane w oddziałach męskich 18 i 19, żeńskich 6, 8 i 9. Wszystko robiono w wielkiej tajemnicy. Przesłuchiwany nie pracował w tych oddziałach. Kilkakrotnie chciał on zobaczyć jak odbywa się w odnośnych oddziałach męskich podawanie trucizn w pokarmach, lecz pielęgniarze nie pozwolili na to. Również nie widział nigdy dokonywana zastrzyków uśmiercających. Robił to nadpielęgniarz *Weidemann*. Od roku 1942, początkowo rzadziej, później częściej przychodziły transporty chorych z Niemiec w ilości 100 — 200 osób na bocznicę kolejową zakładu, zawsze w godzinach wieczornych. *Kuhl* nieraz sam służbowo odbierał chorych. W tym czasie nie widział ani nie słyszał, by chorych z zakładu wysyłano gdzie indziej. Transporty z chorymi przybywały z różnych stron Niemiec. Byli to Niemcy. W tych latach 1942 — 1944 było bardzo dużo zgonów. *Schwarzer*, kierownik kostnicy zakładu, opowiadał nieraz *Kahlowi*, że w kostnicy jest 60 do 80 zwłok. (Było to w latach 1943 i 1944), Zwłoki grzebano na cmentarzu zakładowym bez trumien po 3 — 4 zwłoki w jednym grobie owinięte czarnym papierem. Wszyscy pracownicy zakładu wiedzieli, że chorzy ci zmarli śmiercią nienaturalną, że to był mord. Dużo pacjentów także o tym wiedziało i mówiło. Chorzy musieli często pracować, traktowano ich źle, niektórzy pielęgniarze bili chorych. *Grabowski* był surowy, dużo

wymagał od personelu i chorych, dużo łajał. Opowiadano, że jest zamiar wyniszczenia wszystkich niedoleżnych pacjentów, używano określenia „Ausmerzung”. Miało to dotyczyć także i dzieci.

Wszystkie powyżej przedstawione zeznania dają nam zgodny obraz tego co się działo w latach 1942 do stycznia 1945 w Zakładzie Psychiatrycznym Obrzyce — Miedzyrzecz. Już na wstępie wspomniałem o znalezionej przez mnie specjalnej kartotece, obejmującej 1378 nazwisk kobiet zmarłych w miesiącach od stycznia do maja włącznie roku 1944. Gdyby materiał ten użyć dla obliczenia przypuszczalnej cyfry straconych, to za cały rok 1944 przypadłoby wtedy 6611 zgonów. W roku 1943, a zwłaszcza w roku 1942 zgładzeń było mniej niż w roku 1944 jak podają zgodnie wszyscy przesłuchani. Wobec tego ogólna suma zmarłych była zapewne mniejsza niż 6611×3 tj. = 19833. Prawdopodobnie należałoby też odliczyć zgony naturalne pacjentów zakładu tj. zapewne około 900 osób za trzy lata, ponieważ w roku 1940 liczba zejść śmiertelnych w zakładzie miała wynosić 301. Napewno wymordowali Niemcy w swoim zakładzie w Obrawalde ponad 13000 własnych rodaków jak wynikałoby z obliczeń dr *Rosenberga*. Nietylko fakt ale i cyfry są przerażające. Zeznania powyżej przytoczone ilustrują zgodnie upadek moralny wśród sprawców w wszystkich dziedzinach pracy zakładowej. Jest to zupełnie zrozumiałe i tak musiało też być w zakładzie masowego mordu. Prawdopodobnie w zakładzie w Obrawalde zginęła też pewna ilość jeńców wojennych, a może i osób cywilnych innych narodowości. Jest w zeznaniach wzmianka o Polakach i Francuzach. Poniżej znajduje się zestawienie szczegółowe dotyczące zgonów wśród kobiet w pierwszych 5 miesiącach 1944 r. na podstawie wspomnianej specjalnej kartoteki.

Tablica 1

miesiąc	ilość zgonów chorych przebywających od 1. do 50 dni
styczeń	272
luty	123
marzec	241
kwiecień	185
maj	245
Razem	1066

Tablica 2

miesiąc	ilość zgonów chorych przebywających od 50 dni do jednego roku
styczeń	35
luty	43
marzec	50
kwiecień	50
maj	34
	Razem 212

Tablica 3

miesiąc	ilość zgonów chorych przebywających ponad jeden rok
styczeń	24
luty	24
marzec	17
kwiecień	25
maj	
	Razem 100

Łącznie więc mamy: 1066 więcej 212 więcej 100, razem 1378 chorych.

Poniżej mamy zestawienie szczegółowe według ilości dni, które wymordowani chorzy przeżyli w zakładzie po przywiezieniu do chwili zgonu, względnie też od chwili przyjęcia do chwili śmierci.

1 dzień — 13 chorych	8 dni — 50 chorych	15 dni — 23 chorych
2 dni — 28 „	9 „ — 38 „	16 „ — 30 „
3 „ — 94 „	10 „ — 42 „	17 „ — 15 „
4 „ — 57 „	11 „ — 49 „	18 „ — 19 „
5 „ — 77 „	12 „ — 29 „	19 „ — 14 „
6 „ — 75 „	13 „ — 38 „	20 „ — 8 „
7 „ — 86 „	14 „ — 40 „	21 „ — 12 „

22 dni	— 10 chorych	32 dni	— 10 chorych	42 dni	— 5 chorych
23 „	— 11 „	33 „	— 7 „	43 „	— 6 „
24 „	— 10 „	34 „	— 9 „	44 „	— 8 „
25 „	— 8 „	35 „	— 4 „	45 „	— 7 „
26 „	— 10 „	36 „	— 6 „	46 „	— 3 „
27 „	— 14 „	37 „	— 3 „	47 „	— 8 „
28 „	— 15 „	38 „	— 1 „	48 „	— 6 „
29 „	— 13 „	39 „	— 5 „	49 „	— 7 „
30 „	— 21 „	40 „	— 4 „	50 „	— 6 „
31 „	— 6 „	41 „	— 4 „		

Z przeglądu ostatniego zestawienia wynika, że im więcej dni, tym zwykle mniej zgonów, czyli że do pewnego stopnia zaznacza się odwrotnie proporcjonalny stosunek między ilością dni pobytu chorych w zakładzie, a ilością zgonów. Największa ilość zgonów przypada na jeden do szesnastu dni pobytu w zakładzie, łącznie przypada 549 zgonów na ogólną ilość 1066. Wynika z tego niezbicie, że pacjenci umierali śmiercią nienaturalną, nie do pomyślenia bowiem jest śmiertelność naturalna tak olbrzymich rozmiarów. Ponadto wynika z tego, że chorych z transportów nie przetrzymywano zbyt długo wśród żyjących w zakładzie, że pobyt ich trwał możliwie krótko, a ponieważ pewnym jest, że ich nigdzie nie wysyłano, musieli ginąć śmiercią nienaturalną, czego zresztą najlepszym dowodem jest fakt, że prowadzono kartotekę ich zgonów. Jak pośpiesznie to wszystko robiono, to wskazuje najlepiej na to notatka, że trzy chore, jak wynika z tej kartoteki, wcześniej zmarły niż zostały przyjęte do zakładu. Przytaczam tę absurdalną pomyłkę:

- 1) *Lübcke Georgine* nr 14190 przyjęta 26.1.1944, zmarła 4.1.1944.
- 2) *Rammelsberg Anna* nr 14199 „ 26.1.1944, „ 7.1.1944,
- 3) *Wiesemann Emilie* nr 14283 „ 27.1.1944, „ 7.1.1944,

Ostatnio znalazłem spis transportu chorych kobiet z Zakładu Schleswig — Stadtfeld, wysłanych 14 sierpnia 1944 r. do Międzyrzecz. Lista obejmuje 297 nazwisk kobiet z personaliami, przy czym, co ciekawe, rozpoznania podano w cyfrach np. 1a, 14, 17b, 66 itp. Pozatym podane były w tej liście adresy członków rodziny. Druga znaleziona lista ma tytuł: „Transportliste Männer“. Bez podania zakładu ani daty, obejmuje ona 443 nazwiska.

EUGENIUSZ WILCZKOWSKI

LOS CHORYCH PSYCHICZNIE W SZPITALU DLA PSYCHICZNIE I NERWOWO CHORYCH W GOSTYNIŃNIE W LATACH OKUPA- CJI NIEMIECKIEJ

Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Gostyninie rozpoczął swe istnienie w roku 1933, przyjmując pierwszych czterech chorych w dniu 10 listopada 1933 r. Stale się rozbudowując i rozwijając przy tym z dniem 15 maja 1935 r. opiekę rodzinną przyszpitalną, Szpital osiągnął w dniu wybuchu wojny 1 września 1939 r. stan chorych w liczbie 459 osób.

W pierwszych miesiącach okupacji niemieckiej Szpital był pozostawiony sam sobie i dopiero w dniu 6 marca 1940 r. władze niemieckie z siedzibą w Poznaniu przejęły Szpital pod swój zarząd i kierownictwo, zwalniając mnie ze stanowiska dyrektora. Powiat gostyniński został bowiem przyłączony do Rzeszy. W ciągu dalszych dwóch lat Szpital nadal był czynny, jako szpital psychiatryczny, zaś w pierwszym kwartale 1942 r. został stopniowo zamieniony na szpital dla chorych na płuca. Pozostających jeszcze w Szpitalu chorych psychicznie przeniesiono do Szpitala psychiatrycznego w Warcie, przy tym ostatni transport odszedł w dniu 4 marca 1942 r. i Szpital przestał istnieć, jako szpital psychiatryczny, na cały dalszy okres okupacji niemieckiej. Dlatego też dane, dotyczące losu chorych psychicznie Szpitala w Gostyninie obejmują okres czasu od września 1939 r. do marca 1942 r.

Dokonałiśmy przede wszystkim obliczeń, dotyczących ruchu chorych podług miesięcy za cały okres sprawozdawczy. Zależało nam na uwidocznieniu pewnych specjalnych momentów. Dane liczbowe rozbiliśmy według narodowości ze względu na stosowaną przez wła-

dze niemieckie politykę różnego postępowania w zależności od narodowości. Na podstawie uzyskanych danych liczbowych sporządziliśmy krzywą ruchu chorych podług miesięcy według stanu chorych 1 każdego miesiąca. Oprócz krzywej ogólnej uwzględniliśmy też krzywe, dotyczące poszczególnych narodowości.

Ogólny rzut oka na krzywe dobitnie wykazuje, że nie mogło być mowy o normalnym prowadzeniu Szpitala, wprost przeciwnie dokonano jakiegoś niezwykle posunięcia. Ogólny stan chorych od początkowej liczby 459 wykazuje stały znaczny spadek i wreszcie na dzień 1 listopada 1940 r. gwałtowny skok w dół do liczby 142, po czym kilkoma rzutami wznosi się do góry, osiągając liczbę 410, by wreszcie trzema zdecydowanymi posunięciami w dół spaść całkowicie do zera. Krzywa Polaków wygląda początkowo tak samo — z 373 spada na pierwszego listopada 1940 r. do liczby 101, po czym idzie do góry, osiągając w dniu 1 maja 1941 r. liczbę 179, i wreszcie krzywą łamaną, wykazującą dwa wyraźne posunięcia w dół spada do zera. Liczba Żydów stale spada, wykazując dwa wyraźne skoki w dół, przy tym po ostatnim skoku już na dzień 1 lipca 1941 r. osiąga zero. Niemcy linią falistą i skokami w górę z początkowej liczby 10 osiągają na dzień 1 czerwca 1941 r. swój najwyższy stan 210, z którego linią łamaną z dwoma znacznymi posunięciami ku dołowi schodzą do zera. Wykres omawiany ilustruje historię losów poszczególnych grup chorych.

Przechodzimy obecnie do szczegółowszego omówienia ich losów. W pierwszych miesiącach władze niemieckie nie ruszały chorych Szpitala w Gostyninie. Na początkowe stopniowe obniżanie się liczby chorych składają się następujące czynniki: mała liczba przyjęć, większa śmiertelność i większa liczba wypisanych chorych, przy tym często wypisywanych na skutek samowolnego opuszczenia Szpitala. Dotyczy to prawie wyłącznie oddziału męskiego. Mieliśmy tego rodzaju przypadków we wrześniu 1939 r. — 7 — sami Polacy i w październiku 1939 r. — 5: Polaków 4, Żyd 1.

W lutym 1940 r. rozpoczął się okres zabierania chorych przez władze niemieckie małymi grupami. W dniu 3 lutego 1940 r. przyjechało ciężarowym samochodem gestapo z Sierpca i zażądało wydania chorych według posiadanego przez nie wykazu. Wykaz obejmował chorych z terenu powiatu sierpeckiego, leczonych na rachunek gmin tamtejszego powiatu. Chorzy w liczbie 10 zostali zabrani i wywiezieni. W dniu 27 lutego powtórzyło się to samo z powiatem plockim

— 14 chorych; w dniu 15.IV. 1940 r. — z powiatem mławskim — 10 osób; w dniu 30.V. 1940 r. z powiatem ciechanowskim — 6 chorych; w dniu 31.V. 1940 r. — ponownie z powiatem plockim — 3 osoby, tegoż dnia — z powiatem płońskim — 2 osoby i wreszcie w dniu 3.VI. 1940 r. — z powiatem skierniewickim — 3 osoby. Ogółem w ten sposób wywieziono mężczyzn 35 i kobiet 13, razem 48, w tym Polaków 37 i Żydów 11. Szczegółowe dane liczbowe uwidacznia tablica Nr 1. Co do losu chorych nie mamy wątpliwości. Zostali straceni.

Tablica Nr 1
Chorzy wywiezieni i zniszczeni

L.p.	Data	Liczba chorych									Dokąd wywieziono
		Polacy			Żydzi			Razem			
		m.	k.	razem	m.	k.	razem	m.	k.	razem	
1	3.2.1940	7	3	10	—	—	—	7	3	10	Sierpc
2	27.2.1940	6	2	8	3	3	6	9	5	14	Płock
3	15.4.1940	8	1	9	—	1	1	8	2	10	Mława
4	30.5.1940	4	—	4	1	1	2	5	1	6	Ciechanów
5	31.5.1940	1	2	3	—	—	—	1	2	3	Płock
6	31.5.1940	2	—	2	—	—	—	2	—	2	Płońsk
7	3.6.1940	1	—	1	2	—	2	3	—	3	Skierniewice
8	9.6.1941	18	19	37	12	10	22	30	29	59	Śrem
	Razem	47	27	74	18	15	33	65	42	107	

Na to mamy następujące najważniejsze z danych: Mówiono, że chorzy z powiatów przydzielonych do Prus Wschodnich (płocki, płoński, sierpecki, ciechanowski, mławski) są zabierani w celu przetransportowania do jednego z zakładów w Prusach Wschodnich. Jednakże po chorych przyjeżdżało gestapo z karabinami, nigdy zaś personel pielęgniarski. W dwu przypadkach pracownicy naszego Szpitala dostrzegli w samochodzie kilka łopat. Wielokrotnie personel Szpitala dawał zborniejszym chorym karty pocztowe zaadresowane na nasz Szpital. W żadnym wypadku wiadomości nie otrzymaliśmy. Wyjątek stanowi chory Niemiec z Płocka, wywieziony widocznie przez po-

myłkę razem z Polakami w dniu 31.V. 1940 r. Pisał do nas parokrotnie, podał, że po ustaleniu, iż jest „Volksdeutsch“, puszczone go do domu, Polacy zaś zostali zatrzymani i o dalszym losie Polaków nie wie. Niemca tego w statystyce zniszczonych oczywiście nie podaliśmy.

Na wyżej podanych przypadkach zakończył się okres wywożenia chorych grupami przez poszczególne władze powiatowe. Po tym okresie rozpoczęło się przenoszenie chorych do innych szpitali, a to w związku z podziałem Polski na ziemie przyłączone do Rzeszy i na Gubernatorstwo. Sąsiednie powiaty: sochaczewski i łowicki oraz dalsze, położone na wschód, przypadły do Gubernatorstwa. W dniu 26. IX. 1940 r. przeniesiono chorych do szpitala św. Jana Bożego w Warszawie w ogólnej liczbie 15. Szczegółowe dane liczbowe uwidacznia tablica Nr 2. W dniu 22.X. 1940 r. odszedł duży transport chorych do Kobierzyna w ogólnej liczbie 166 osób. Transportowi towarzyszył personel naszego Szpitala. Chorzy dotarli do Kobierzyna. Dane liczbowe uwidacznia tablica również Nr 2. Krzywa ruchu chorych wykazuje w tym momencie wybitny spadek. Stan chorych

Tablica Nr 2
Chorzy przeniesieni do innych zakładów specjalnymi transportami

L. p.	Data	Liczba chorych												Dokąd przeniesiono							
		Polacy			Żydzi			Rosjanie			Niemcy				Razem						
		m.	k.	razem	m.	k.	razem	m.	k.	razem	m.	k.	razem		m.	k.	razem				
1	26. 9.1940	8	7	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	7	15	Szpital św. Jana Bożego w W-wie	
2	22.10.1940	79	65	144	15	7	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	94	72	166	Kobierzyn	
3	16. 7.1941	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38	46	84	38	46	84	—	—	—	Dziekanka
4	16. 8.1941	13	9	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	9	22	Głaz	
5	30. 1.1942	3	6	9	—	—	—	—	—	—	—	57	42	99	60	48	108	—	—	—	Warta
6	4. 3.1942	47	39	86	—	—	—	1	—	1	—	3	3	6	48	42	90	—	—	—	Warta
	Razem	150	126	276	15	7	22	1	—	1	—	95	91	186	261	224	485				

osiągnął na 1 listopada 1940 r. swój najniższy poziom — 142 osoby. Zaniepokoiliśmy się o los Szpitala i jego personelu.

Jednakże zarządzenia niemieckie, dotyczące osiedlania Niemców na ziemiach polskich, przyłączonych do Rzeszy, odbiły się również na Szpitalu. Rozpoczęto przywożenie chorych zbiorowymi transportami. Chorych, przywożonych zbiorowymi transportami, uwidacznia tablica Nr 3. Pierwszy transport przybył w dniu 8. XII. 1940 r. Byli to chorzy z Rumunii, częściowo z zakładów, zaś częściowo wysortowani na punktach zbórnych jeszcze w Rumunii. Transport wynosił razem 57 chorych. Drugi większy transport nadszedł w dniu 4. III. 1941 r. z Litwy w liczbie 45 osób. Trzeci — również z Litwy w dniu 25. III. 1941 r. w liczbie 23 chorych. Chorzy pochodzili prawie wyłącznie z jednego z zakładów litewskich. Tymczasem od 1. II. 1941 r. do 9. V. 1941 r. napływały drobniejsze transporty chorych z Łodzi (Kochanówka), składające się zarówno z Polaków jak i z Niemców. W dniu 9. V. 1941 r. przetransportowano też Niemców z Pleszewa (Woj. Poznańskie). Byli to psychicznie chorzy wysortowani z Przytułku dla Starców i Kalek, prowadzonego za polskich czasów bez przeszkód przez Niemca pastora.

Zdawałoby się, że wywożenie chorych jest zażegnane. Jednakże pewnego dnia zjawia się z Łodzi, jak nas poinformowano, przedstawiciel opieki społecznej. Przedstawiciel opieki społecznej posiadał emblematy w postaci trupiej czaszki. Następnie odbyła się jakaś komisja z przedstawicielem berlińskich władz psychiatrycznych. Po tych wizytach w dniu 9. VI. 1941 r. wywieziono do Przytułku dla Starców w Śremie 30 mężczyzn i 29 kobiet, razem 59 chorych, w tym Polaków 37, Żydów 22. Byli to ostatni psychicznie chorzy Żydzi, jacy się jeszcze znajdowali w Szpitalu. Do tego transportu wysortowano chorych niepracujących, przy tym wszystkich Żydów zaliczono do niepracujących. Do wywiezienia użyto polskiego personelu pielęgniarskiego. Pielęgniarze zgodnie zeznają, że po przywiezieniu i oddaniu chorych nie mogli z nimi mieć żadnej styczności. Oficjalnie mówiono, że pacjenci tam pozostaną. Pielęgniarze musieli tam nocować. Wieczorem tamtejszy intendent, Niemiec, mówiący po polsku, opowiedział po pijanemu w sekrecie, że w Przytułku dzieją się straszne rzeczy, że to jest nie pierwszy i nie ostatni transport, że kolejno mordują nie tylko chorych, lecz zdrowych księży, lekarzy, dziewczęta, które dopiero pokończyły gimnazja. Czynności te wykonywuje 11 gestapowców, zaś 30 robotników stale jest zatrudnionych do kopania grobów nad Wartą.

Tablica Nr 3
Chorzy przywiezieni specjalnymi transportami

L. p.	Data	Liczba chorych												Skąd przybył transport	
		Polacy			Rosjanie			Niemcy			Razem				
		m	k	razem	m	k	razem	m	k	razem	m	k	razem		
1	8.12.1940	—	—	—	—	—	—	—	28	29	57	28	29	57	Rumunia
2	1.2.1941	—	4	4	—	—	—	3	3	6	3	3	7	10	Kochanówka
3	10.2.1941	4	2	6	1	—	—	—	—	3	3	5	5	10	Kochanówka
4	16.2.1941	4	2	6	—	—	—	2	2	2	2	6	2	8	Kochanówka
5	23.2.1941	2	4	6	—	—	—	1	3	4	4	3	7	10	Kochanówka
6	27.2.1941	3	3	6	—	—	—	2	2	4	4	5	5	10	Kochanówka
7	4.3.1941	—	—	—	—	—	—	25	20	45	25	20	45	45	Litwa
8	6.3.1941	3	2	5	—	—	—	3	2	5	3	6	4	10	Kochanówka
9	7.3.1941	2	4	6	—	—	—	2	4	6	2	4	8	12	Kochanówka
10	10.3.1941	—	4	4	—	—	—	2	4	6	2	2	8	10	Kochanówka
11	11.3.1941	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4	4	4	Kochanówka
12	25.3.1941	—	—	—	—	—	—	14	9	23	14	9	23	23	Litwa
13	27.3.1941	3	4	7	—	—	—	—	—	3	3	3	7	10	Kochanówka
14	10.4.1941	—	6	6	—	—	—	2	2	4	2	2	8	10	Kochanówka
15	26.4.1941	2	3	5	—	—	—	3	2	5	3	5	5	10	Kochanówka
16	9.5.1941	1	6	7	—	—	—	2	2	4	2	4	8	11	Kochanówka
17	9.5.1941	—	—	—	—	—	—	16	31	47	16	31	47	47	Pleszew
18	14.8.1941	—	—	—	—	—	—	6	11	17	6	11	17	17	Kochanówka
	Razem	28	44	72	1	—	—	111	130	241	140	174	314		

W miesiąc po transporcie do Śremu w dniu 16. VII. 1941 r. odszedł transport chorych Niemców do Dziekanki. Do tego transportu wybrano również chorych niepracujących. Transport wynosił 36 mężczyzn i 46 kobiet, razem 84 osoby. Byli to przeważnie chorzy przywiezieni z Litwy i z Przytułku w Pleszewie.

W dniu 14. VIII. 1941 r. przybył jakiś opóźniony transport z Łodzi i wszelkie dalsze transporty do Szpitala tutejszego ustały.

W dniu 16. VIII. 1941 r. wywieziono 22 chorych do Głazu do Zakładu Poprawczego, zamienionego przez władze niemieckie na Szpital dla chorych na jaglicę. Wybrano chorych najlepiej pracujących.

Chorzy ci zostali przeznaczeni do pracy w polu.

Ostatnie dwa transporty spowodowane zostały likwidacją tutejszego Szpitala, jako szpitala psychiatrycznego, i skierowane zostały do Warty: jeden w dniu 29. I. 1942 r., wynoszący 108 chorych prawie wyłącznie Niemców; zaś drugi w dniu 4. III. 1942 r., wynoszący 90 chorych prawie wyłącznie Polaków.

Zamykając omówienie tego niezwyklego ruchu chorych, podajemy liczby ogólne, a mianowicie: wywieziono i zniszczono 107 chorych (tablica Nr 1), przeniesiono do innych zakładów 485 chorych (tablica Nr 2), razem ubył w ten sposób 592 chorych; przywieziono specjalnymi transportami 314 chorych (tablica Nr 3). Oczywiście znaczna część chorych przeniesionych do innych zakładów również uległa zniszczeniu, szczególnie dotyczy to Kobierzyna, nie podajemy tu jednak żadnych danych, zostaną bowiem, te dane uwzględnione w statystykach innych zakładów.

Poza tym niezwyklej ruchem chorych był również ruch chorych normalny. Za cały okres sprawozdawczy przyjęto w drodze normalnej 311 chorych, wypisano 304 chorych, zmarło 188 chorych. W przyjęciach zwraca uwagę większa liczba psychoz reaktywnych, przypada to na pierwszy rok wojny. Niezależnie od warunków, w jakich się znajdował szpital, lekarze Polacy pełnili swój obowiązek, starając się w każdym, nadającym się do leczenia, przypadku leczenia przeprowadzić. Znajduje to swe odzwierciedlenie w statystyce, dotyczącej chorych wypisanych, a mianowicie: w roku 1940 mieliśmy wypisanych, jako wyleczonych 5,3%, jako wykazujących bardzo dużą poprawę 11,7% i z poprawą 36,8%; w roku 1941 mieliśmy wypisanych, jako wyleczonych 2,9%, jako wykazujących bardzo dużą poprawę 6,4% i wreszcie z poprawą 54,3%. Odsetki obliczono w stosunku do liczby wypisanych w drodze normalnej. Odsetek śmiertelności

wzrósł znacznie i wyniósł w roku 1940 — 12,3%, zaś w roku 1941 — 14,5% w stosunku do ogólnej liczby leczonych. Najczęstszymi przyczynami zejścia śmiertelnego były, jak można się było spodziewać, — gruźlica i wyniszczenie. Zwróciło też naszą uwagę, że chorzy na padaczkę samoistną, którzy przebywali już długie lata w szpitalu, umierali dość niespodziewanie przy objawach niedomogi mięśnia sercowego. Mieliśmy tego rodzaju przypadków 6; wszyscy byli przyjęci lub przeniesieni do tutejszego szpitala przed rokiem 1937. Do zanalizowania tego zjawiska nie posiadamy odpowiednich materiałów.

Na tym zamknęlibyśmy omówienie normalnego ruchu chorych i w ogóle losu chorych psychicznie szpitala w Gostyninie.

Przejdziemy obecnie do omówienia losu personelu szpitalnego. Dość znaczna część personelu przyjmowała udział w kampanii 1939 roku, z personelu lekarskiego ś. p. dr *Karol Mikulski* i ja. Jeden z urzędników przebywał w niewoli niemieckiej. Drugi z urzędników zaginął; o innych trzech pracownikach także nie mamy dotychczas wiadomości. W dniu 18.III.1940 r. szpital poniósł dotkliwą stratę — zmarł prymariusz szpitala ś. p. dr *Karol Mikulski*, który prowadził oddział męski szpitala do ostatniego dnia swego życia. W dniu 18.III.1942 r. i w dniu 29.V. tegoż roku zostały dokonane przez gestapo liczne aresztowania na terenie szpitala wśród jego pracowników. Czterem pracownikom udało się uciec do tzw. Gubernatorstwa, zaś 19 zostało aresztowanych, z tej liczby 5 zwolniono po kilku tygodniach, zaś jeden, ś. p. *Juliusz Michalski*, urzędnik szpitala, zmarł w obozie gestapo w Inowrocławiu w ciągu pierwszych trzech tygodni pobytu. Reszta 13 osób razem ze mną we wspólnym gronie przeszło długotrwały okres pobytu w zamknięciu. Z tych 13 zginęło 6, a mianowicie: skazani na karę śmierci pielęgniarze szpitala — ś. p. *Komorowski Stanisław*, ś. p. *Pietrzak Andrzej*, ś. p. *Suwała Zygmunt* i ś. p. *Szymczak Józef*, wyrok wykonano w Rawiczu w dniu 21.VI.1943 r.; w więzieniu też w Rawiczu w dniu 16.VI.1943 r. zmarł pielęgniarz szpitala ś. p. *Zakrzewski Tadeusz* i wreszcie w więzieniu na zachodzie Rzeszy w marcu 1945 r. zginął od kuli podczas nalotu buchalter szpitala ś. p. *Sobczyk Józef*. Wróciło nas siedmiu. Ogółem siedzieliśmy blisko 3 lata: obóz gestapo w Inowrocławiu — 8 miesięcy, w więzieniu w Zwikau (Saksonia) — 6 miesięcy, w Rawiczu i w innych więzieniach niemieckich dalszy okres pobytu. Przetrwały i powróciły następujące osoby: *Sygułska Helena*, pielęgniarzka dyplomowana, siostra oddziałowa Szpitala; *Ciszewski Adam*, urzędnik Szpi-

tala; *Kaźmierski Stefan*, pielęgniarz - szwac, *Nowogórski Władysław*, pielęgniarz; *Rudkiewicz Władysław*, kasjer; *Wawrowski Antoni*, konserwator techniczny; dr *Wilczkowski Eugeniusz*, dyrektor Szpitala.

Na zakończenie pragnąłbym omówić dalsze dzieje szpitala, jakie szpital przechodził po ewakuacji chorych psychicznie w marcu 1942 r. Jako szpital dla chorych na płuca był czynny nasz szpital do lipca 1944 r. W tym miesiącu szpital objęło wojsko niemieckie, rozmieszczając w nim szpital wojskowy, zaś w styczniu 1945 r. okupant pośpiesznie porzucił szpital, pozostawiając go pustym.

W maju 1945 r. uruchomiłem szpital ponownie, jako szpital dla psychicznie i nerwowo chorych, zgodnie z jego właściwym przeznaczeniem i budową. Zostałem przed uruchomieniem bardzo nieliczny dawniejszy personel szpitala, poza tym gołe ściany i w wielu miejscach poniszczone budynki. Dzięki wydatnej pomocy Ministerstwa Zdrowia, dzięki harmonijnej i pełnej zrozumienia pracy całego zespołu pracowników szpitala, a w szczególności Prymariusza szpitala dr *Anny Kulikowskiej*, szpital żyje i w obecnym momencie w październiku 1945 r. stan chorych dobiega pierwszej setki.

DANE ZE SPOSOBÓW LECZENIA DZIECI, UPOŚLEDZONYCH
UMYSŁOWO, NA ODDZIALE B PRZY KLINICE DZIECIĘCEJ
W ZAKŁADZIE PSYCHIATRYCZNYM W LUBLIŃCU, KTÓRE TO
LECZENIE MOŻNA TRAKTOWAĆ JAKO EUTANAZJĘ

Zestawienie niniejsze opieram na:

1) zeznaniu pielęgniarek polskich, pracujących na oddziale dziecięcym *Mastalerz Agnieszki, Musioł Jadwiga* oraz *Ziętek Anny*, które znam od wielu lat i uważam za osoby wiarogodne.

2) Na niektórych aktach, które uratowały się. (Akta były spakowane w workach, przygotowane do ewentualnej ewakuacji i zostały po zajęciu zakładu przez wojska sowieckie, zniszczone).

3) Na znalezionej książeczce oddziału B, w której notowano zlecenia lekarzy, w czasie od sierpnia 1942 do listopada 1944.

W listopadzie 1941 otwarto przy zakładzie psychiatrycznym w Lublińcu oddział dziecięcy.

Oddział dziecięcy dzielił się na oddział A, który został od 1942 r. nazwany Kliniką i mieścił się na stacji I oddziału żeńskiego, oddział B, który mieścił się w budynku folwarcznym i oddział C na stacji IX oddziału żeńskiego.

Klinikę prowadziła Dr *Elżbieta Hecker* wraz z 3 asystentkami: Dr *Staniek*, Dr *David* i Dr *Füssel* oraz nadpielęgniarką *Mattner*. Oddział B i C prowadził Dr *Buchalik Ernest* wraz z pielęgniarką oddziałową *Rohsdeutscher*, a następnie piel. *Langosch*.

Z czasem oddział C został zlikwidowany i pozostały tylko oddziały A i B.

Dzieci były przekazywane do Kliniki przez N.S.V., sądy, magistraty (policja zabierała rodzicom dzieci upośledzone, twierdząc, że są przeszkodą w rodzinie i przekazywała je na klinikę). Poza tym oddawano dzieci bez rodziców, oraz skierowane przez osoby prywatne.

Po przyjęciu na klinikę robiono dzieciom rozmarz z gardła i badanie w kierunku błonicy. Cały czas nie było wśród dzieci żadnej epidemii. W klinice znajdowało się przeciętnie 60 dzieci w wieku od 8 miesięcy do 18 lat. Przebywały w klinice najwyżej 6 do 8 tygodni. Po zbadaniu były segregowane i odsyłane:

- 1) uznane za normalne od 4 — 8 roku życia chłopcy i dziewczęta, do Orzesza, gdzie był zakład dla dzieci wraz ze szkołą,
- 2) dzieci upośledzone, które mogły nauczyć się rzemiosła, chłopcy i dziewczęta od 5 — 18 roku życia do Lesznicy (Bergstatt),
- 3) Dzieci psychopatyczne (chłopcy i dziewczęta od 6 — 14 roku życia do (zakładu Klosterbrück),
- 4) chłopcy oddani przez sąd od 14 — 18 roku życia do zakładu poprawczego w Grotkowie (Grottkau),
- 5) dziewczęta oddane przez sąd od 14 — 18 roku życia do zakładu poprawczego w Lublińcu (mieszczącego się w zakładzie OO. Oblatów),
- 6) dzieci upośledzone, idiotów, epileptyków, mongolików, z wodołowiem, porażonych itd na oddział B. w Lublińcu.

Na oddziale B u pewnej kategorii dzieci prowadziło się leczenie luminalem, w ten sposób, że należy je traktować jako eutanazję.

Lekarz wydawał pielęgniarce oddziałowej (niemce) polecenia, których żadna pielęgniarka polska nie mogła słyszeć.

Lekarstwo przygotowywała i rozdawała tylko pielęgniarka oddziałowa.

Na podstawie książki zleceń i wedle posiadanych historyj choroby sporządziło się wyciąg, w którym podany jest wiek, rozpoznanie i dawki lekarstw.

Dzieciom ze znacznym upośledzeniem umysłu, krzykliwym, zanieczyszczającym się, z wybitnymi rysami aspołecznymi, ciężkim epileptykom, kalekom podawano przetwory barbiturowe a przede wszystkim luminal, w dużych dawkach, od 0.1 do 0.6 dziennie bez względu na wiek.

Dzieci reagowały na luminal w rozmaity sposób, silniejsze, lepiej odżywione były odporniejsze, niż słabsze i młodsze.

Niektóre dzieci tygodniami i miesiącami otrzymywały duże dawki luminalu i mimo tego żyły. (Jako przykład odporności na luminal może służyć 10-cio letnie dziecko *Kłonek Emil*, epileptyk, który przez kilkanaście miesięcy otrzymywał luminal w dużych dawkach, które przez ostatnie miesiące wynosiły 0.6 luminalu i 1.0 veronalu dziennie. (Chłopiec ten został w marcu 1945 r. zwolniony do domu).

Słabsze umierały po krótkim czasie, czasem nawet po kilku dniach.

Początkowo wszystkie dzieci po otrzymaniu luminalu, wymiotowały, niektóre pozornie przyzwyczajały się, niekiedy zataczały się, były oszołomione, jadły jednak dobrze, biegały, bawiły się.

Inne reagowały silniej, znajdowały się stale w półśnie, leżały blade, bezwładne, budzono je tylko do jedzenia.

Po pewnym czasie zaczynały wysoko gorączkować, przestawały jadać, charczały, z ust wydobywała się piana, niekiedy krwawa, w końcu umierały.

Jako przyczynę śmierci podawano przeważnie zapalenie płuc.

U dzieci otrzymujących luminal, stosowano dla odwrócenia uwagi leczenie objawowe, n. p. przy częstych wypryskach skórnych, smarowano je maściami, w lecie wynoszono do ogrodu, opalano na słońcu itd.

Personel polski nie mógł nigdy o nic pytać, pielęgniarki nawet między sobą wystrzegały się rozmów o praktykach na oddziale dziecięcym, z obawy represji — szczególnie od czasu, gdy pielęgniarka niemiecka *Cichy* wypowiedziała się krytycznie odnośnie do leczenia luminalem, za co grozono jej obozem koncentracyjnym.

Statystyka wykazuje, że na oddziale B podawano 235 dzieciom w wieku od 1 do 14 lat luminal.

Z tych dzieci:

1) zwolniono	4
2) przeniesiono do innych zakładów	2
3) nie wiadomo co się z nimi stało	2
4) przeniesiono na oddz. męski	1
5) zaprzestanie podawanie luminalu	1

6) pozostało w zakładzie	4
7) z m a r ł o	221
	<hr/>
razem:	235

W okresie od sierpnia 1942 do listopada 1944 r. zmarło na oddziale B Kliniki Dziecięcej w Lublińcu 94% dzieci, którym systematycznie podawano luminal.

ZDZISŁAW JAROSZEWSKI

LOS SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO W OWIŃSKACH W CZASIE WOJNY.

Szpital psychiatryczny w Owińskach, jeden z trzech szpitali psychiatrycznych w województwie poznańskim jest jednym z najstarszych w Polsce. W 1938 r. obchodził w czasie zjazdu psychiatrycznego stuletnią rocznicę założenia.

Wojna zastała szpital w fazie odradzania się z długotrwałej inercji i przekształcania z zakładu o charakterze retencyjnym na placówkę naukową z pełną nowoczesną linijatywą leczniczą. Dzięki profesorowi *Marcinowi Zielińskiemu* powstały w Owińskach na rok przed wojną oddziały poznańskiej kliniki uniwersyteckiej z asystentami jako kierownikami. Rozpoczął prace oddział diagnostyczno - rozdzielnicy dla więźniów organ zowany w porozumieniu z Ministerstwem Sprawiedliwości, a prof. *Zieliński* czynił przygotowania do zorganizowania przy pomocy władz państwowych i starostwa krajowego „Polskiego Instytutu Badań Dzieci i młodzieży”. Wszystkie te prace przekreśliła wojna. W chwili jej wybuchu szpital liczył około 1100 chorych, mężczyzn, kobiet oraz dzieci. Oddział psychiatryczny dziecięcy, który istniał tu od lat wraz z szkołą specjalną, liczył około 70 dzieci. Lekarzy było 6 oraz kilku praktykantów. Dyrektorem zakładu był Dr *Stanisław Węciewicz*, lekarzami: dr *Stanisław Świerczek*, *Zdzisław Jaroszewski*, *Paweł Winiszewski*, *Kazimierz Falicki* i *Franciszek Cyrcyk*; praktykantami: *Bambauer*, *Kujawski*, *Ślebioda Figas* i *Mytko*. Trzech lekarzy z dyrektorem zostało powołanych do służby wojskowej krótko przed początkiem wojny. Kierownictwo szpitala objął prymariusz Dr *Świerczek*.

Wojsko niemieckie wkroczyło do Owińsk około połowy września i natychmiast dokonało szczegółowej rewizji szpitala za bronią, ukrywa-

jącymi się żołnierzami, oraz za pp. *Kalamajskim* i *Ratajskim*, znanymi obywatelami Poznania, którzy według informacji niemieckich mieli się tu ukrywać. Po bezskutecznej rewizji pozostawiono wartę złożoną z 12 żołnierzy. Po tygodniu przybył oddział SS z tzw. „Totenkopfstandarte“ około 12 młodych ludzi — później było ich około 30. Komendant ich, niejaki *Sache*, zgromadziwszy kierowniczy personel zakładu uczynił go odpowiedzialnym za ewentualne oddalenie się chorych z zakładu i oświadczył, że w takim wypadku, albo gdyby ktoś ze służby odważył się cokolwiek z zakładu wynieść, zostanie rozstrzelany, bo jak mówił: „na Polakach nam nie zależy“. SS-mani z początku nie robili, waleśali się po szpitalu, wśmiewali się z chorych, okradali magazyny, i zachowywali się głośno i ordynarnie. Pewnego dnia weszli do kaplicy szpitala, połamali ołtarz i urządzenia wewnętrzne, wyrzucili i spalili. Z kolei uczynili to samo z biblioteką. Książki wyrzucali przez okna przed dom na stos, gdzie przez kilka dni się walały; warta nie pozwalała dostąpić i książki zabierać. Gdy jednak dzieci służby w ten czy inny sposób książki zaczęły wybierać, SS-mani stos książek podpalili, dbając o to, by wszystko zginęło. W ten sposób zniszczono starą, stuletnią bibliotekę naukową szpitala liczącą około 2000 tomów w różnych językach, głównie niemieckim i polskim. To samo uczyniono z biblioteką beletrystyczną (z 1000 tomów) i z biblioteką dyrektora zakładu. W tym czasie jeden z SS-manów będąc okazyjnie w kuchni szpitala, powiedział do strugającej kartofle chorej: „Już długo nie potrwa, a wszystkich was postawi się pod mur i wystrzela“. Słowa te wywołały wśród chorych szczególne poruszenie i odtąd zaczęto mówić o zblizającej się tragedii.

Tymczasem odwiedzały szpital różne komisje niemieckie cywilne i wojskowe. Nie zdradzały one celu swych wizyt. W końcu października przybył komisaryczny dyrektor, niejaki Dr *Bartusek* z Szczecina wraz z dwoma pomocnikami, inspektorem *Milde* (który później przez cały okres wojny był radcą w samorządzie wojewódzkim w Poznaniu — Oberamtman — a przed wojskiem sowieckim uciekł w głąb Niemiec), oraz nadpielegniarz *Meinke* (zmarł w czasie wojny w Bojanowie). Od chwili ich przybycia rozpoczęła się gorączkowa praca inwentaryzacyjna. Kazano wykonywać coraz to nowe spisy chorych i całego majątku szpitala. Dr *Bartusek* był figurantem, mówił o sobie, że został zmobilizowany w stopniu szeregowca, ponieważ nie należy do partii, starał się być życzliwy wobec służby, decyzji wszelkiej unikał, pozostawiając natomiast zupełną swobodę swym dwóm pomocnikom, którzy rozgościli się w mieszkaniu dyrektora i lekarzy, wszystkich szantażowali oznaką partyjną, upijali się i zachowywali się ordynarnie. W tym czasie również przybył z Poznania

niejaki *Banse*, w wieku około 50 lat, z odznaką SS w klapie ubrania cywilnego. Mówiono o nim, że jest dyrektorem jednego z szpitali psychiatrycznych. *Banse* kazał sobie przedkładać akta chorych, tłumaczyć historie chorób, po czym odnotowywał nazwiska chorych na listach i opatrywał nazwiska różnymi znakami. Po wyjeździe *Banse*, około 1 listopada rozpoczęto wywożenie chorych. Pewnego dnia zajęły dwa samochody ciężarowe kryte brezentem i oddział SS-manów, którzy dotychczas nie nie robili, przystąpił do ładowania chorych do samochodów. Rozpoczęto od chorych internowanych przez sądy, najpierw mężczyzn, potem kobiet. Chorych wolno było ubrać tylko w najgorsze ubrania własne, nie wolno było dawać żadnych rzeczy zakładowych, ani też jedzenia. Tym chorym związywano z tyłu ręce linkami. W każdym samochodzie umieszczano około 25 chorych, na ławkach i w pozycji stojącej. SS-mani uzbrojeni byli w broń ręczną i u boku nosili łopaty; trzech z nich siadało w szoferce, a trzech wchodziło do wnętrza wozu. Na zapytanie dokąd chorzy pojedą SS-mani mówili, że do innego zakładu. Odpowiedzi udzielane później przez konwojentów były za każdym razem inne, mówiono że jadą do Obrawalde, do Kościana, to znów nad Wisłę, do Guberni. Samochody zbaczały w kierunku północnym, za nimi jechały z reguły trzy samochody osobowe z podoficerami SS. W pierwszych dniach odjeżdżał jeden transport dziennie około godziny 9 rano, samochody puste wracały około godziny 15, później zaś niekiedy dwa transporty tymi samymi wozami, jeden przed drugim po południu. Pewien pielęgniarz zwrócił uwagę na licznik samochodowy i zauważył kontrolując dwukrotnie, że wozy odbyły drogę 50 kilku kilometrów ogółem. Służba szpitala zauważyła też, że nowe łopaty, które wszyscy SS-mani nosili przy pasie, po powrocie zawalane były ziemią, a na jednej pewnego razu widać było ślady krwi. Na pytanie skierowane pewnego razu do szofera, na co im potrzebne w drodze łopaty, odpowiedział, że gdy samochód ugrzeźnie, trzeba go odkopywać. Wszystkie poszlaki wskazywały na to, że pacjentów wywożą na śmierć. Z podejrzania wyrosła pewność, która udzieliła się też pozostałym jeszcze chorym. Niektórzy z nich oczekiwali z początku wiadomości od tych, którzy wyjechali transportami pierwszymi, i którym dawano pocztówki i ołówki, aby z nowego miejsca pobytu napisali przez konwojentów, gdzie są i jak im się tam podoba. Odpowiedzi nie było, SS-mani milczeli, a po powrocie zjadali obiad i zachowywali się bardzo wesoło. To też niektórzy chorzy, żegnając się z personelem, oddawali swe drobności, modlitewniki i inne rzeczy do których się przywiązywali tym z którymi sympatyzowali i wyrażali przekonanie, że idą na śmierć. W atmosferze tej na jednym z oddziałów pewna chora zainicjowała po-

wszechną spowiedź; mówiła, że w czasie wojny światowej przebywała w Belgii i wie, że tam Niemcy też mordowali psychicznie chorych. Przy ładowaniu do wozów był płacz i prośby o zachowanie życia, bywały też wypadki oporu, wtedy SS-mani wpychali do wozów siłą, a czasem wrzucali do środka jak rzeczy. Wydano potem zarządzenie, by chorym przez trzy dni przed wywiezieniem podawano środki nasenne, a na godzinę przedtem zastrzyk 2 ccm somnifenu. Mimo tego jedna z chorych z samochodu zawołała: „Jeszcze Polska nie zginęła“. Jeden z oficerów SS rozdrażniony krzyknął za nią: „*Warte mal du verfluchtes Ast, du kriegst bald Eure Polska nie zginela*“.

Ostatnią partię stanowiły dzieci. Te wrywano nieraz płaczące z rąk pielęgniarek i wrzucano do wozów bez najmniejszych względów. Przez szpary samochodu wypadały ręce i nogi dziecięce, na co SS-mani nie zwracali żadnej uwagi. Przed początkiem grudnia chorych w zakładzie już nie było. Chorych Niemców, których na początku w liczbie około 150 oddzielono od innych, odwieziono z wszystkimi rzeczami wygodnym autobusami do szpitala w Dziekance koło Gniezna.

Gdzie odbyły się egzekucje chorych? Nie ma na to pewnych dowodów. Obserwacje i poszlaki wskazują na lasy koło Rożnowa w trójkącie miast: Murowana Goślina — Oborniki — Rogoźno, oraz w lasach pałedzkich w powiecie poznańskim. Tam w 1944 r., jak mówi ludność okoliczna, po starannym odgródeniu terenu wojskiem, miało odbyć się odkopywanie grobów i palenie zwłok dla zatarcia śladów zbrodni. Kobiety i partie późniejsze wysyłano do Poznania do fortu VII, gdzie zabijano chorych gazami. Współwięźni w tym czasie zeznają, że musieli wydobywać z cel wytrutych masowo chorych z szpitali psychiatrycznych mężczyzn i kobiety.

Dnia 1 grudnia 1939 r. zwolniono cały personel zakładowy, pozostawiając kilka osób do posługi w kuchni i gospodarstwie. Część szpitala, tzw. nową, zamieniono na Greiser-Kaserne, albowiem satrapa Warthegau był tym, który łaskawie ofiarował zakład władzom SS. W Owińskach rezydowały kolejno różne formacje SS: „Totenkopfstandarte“, „Adolf Hitler Leibstandarte“, Unterführerschule SS i Braunschweiger Führerschule. Przez całą wojnę coś budowano, to stajnie, to znów salę kinową... i mnóstwo ustępów. Wnętrze urządzone z takim blichтром i ozdobami partyjnymi w stylu „kolossal“. Poza tym w zakładzie istniały przez cały czas wojny oddziały robocze jeńców, najpierw angielskich, potem sowieckich oraz nieodzowny wszędzie w Niemczech obóz koncentracyjny na małą skalę w piwnicach jednego z budynków. Ludność okoliczna wdziała i pamięta nieludzkie zęcanie się szczególnie nad Rosjanami i więźnia-

m, głodzenie, b'icie, łamanie kończyn, kopanie w brzuch i skakanie na leżących chorych. Pozostały personel polski w gospodarstwie był traktowany łagodnie, co najwyżej bity po twarzy.

Kiedy w styczniu 1945 r. niespodziewanie zbliżyły się wojska sowieckie, zakład zamknięto i ułożono w budynkach stopy drzewa jako paliwo. Dnia 19 stycznia 1945 r. po południu zakład podpalono. Po krótkim starciu dnia 20 stycznia weszły do Owińska czołgi sowieckie. Zakład palił się przez kilka dni, a w czasie pożaru co chwilę słychać było wybuchy min — ratować było niebezpiecznie. Spaliła się większa część tzw. nowego zakładu, częściowo budynki gospodarcze. Cały tzw. stary zakład ocalał, tzn. budynki po starym klasztorze Cystersów, część architektonicznie wprawdzie najpiękniejsza, lecz mało przydatna dla szpitala. Prace zabezpieczające zachowały uszkodzone budynki gospodarcze, tak, że możliwe jest uruchomienie szpitala, jeśli będzie możliwe sprawienie urządzenia wewnętrznego

Owińska, dnia 30 października 1945 r.

S t r a t y

Zginęli bez włości: kierownik naukowy i protektor szpitala prof. Dr *Marcin Zeliński* oraz lekarz zakładu Dr *Paweł Winiszewski* i praktykant *Slebioda*, zamordowany przez Niemców w Lesznie.

Nazwiska oprawców SS-manów.

Hauptsturmführer *Sachs* — komendant oddziału, który wywoził chorych i zabijał. Przed wojną urzędnik policji w Gdańsku, zginął na froncie wschodnim.

Hauptscharführer *Hermann Schmidt* — z Hamburga, przebywał potem jeszcze przez dwa lata w Owińskach, był jednym z najbardziej brutalnych Niemców, bił nawet przechodniów na ulicy.

Hauptscharführer *Ambroth* — później działał jako oprawca w obozie koncentracyjnym w Dachau, skąd pisywał do Niemców w Owińskach.

Unterscharführer *Riemer* — później także w Dachau.

Untersturmführer — *Lessing*.

Hasenjäger — specjalista w zabijaniu więźniów, szczególnie Żydów, bykowcem.

A dalej: *Müller*, *Reichelt* i *Ritter*. Wszyscy oprawcy po zabiciu chorych zostali awansowani, Starostą krajowym, tzw. Landeshauptmannem odpowiedzialnym za to, co się działo w szpitalu był Obergruppenführer SS *Schulz*.

ALEKSANDER OSSENDOWSKI

ZBRODNI NIEMIECKIE W STOSUNKU DO UMYSŁOWO
CHORYCH W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM
W CHELMIE LUBELSKIM

Dane dotyczące zbrodni niemieckich w stosunku do umysłowo chorych w Szpitalu Psychiatrycznym w Chełmie Lubelskim opieram na zeznaniach złożonych przez ówczesnych pracowników powyższego Szpitala, pośrednich i bezpośrednich świadków w dniu egzekucji. Zeznania niniejsze zostały potwierdzone przez obecnego Intendenta budynków szpitalnych p. *Witolda Prus-Wokulskiego*.

Zeznania złożyli:

1. Siostra Oddz. Dziecięcego, *Cichosława* ze Zgromadzenia SS Służebniczek.
2. *Kamilla Zygmąńska* — pracowniczka biurowa.
3. *Leonja Drzewiecka* — starsza pielęgniarka Szpitala.
4. *Józef Kulpa* — sanitariusz Szpitala.
5. *Franciszka Krzyżanowska* — sanitariuszka Szpitala.
6. *A. Szewczyk* — ogrodnik Szpitala.
7. *M. Kohen* — pracownik podwórzowy Szpitala.

W dniu masowej egzekucji, czyli 12 stycznia 1940 roku, Szpital Psychiatryczny w Chełmie Lubelskim liczył 440 pacjentów umysłowo chorych (w tym 128 kobiet, 304 mężczyzn i 18 dzieci).

W pierwszych dniach stycznia 1940 roku przybyło na teren Szpitala kilku oficerów Gestapo celem zwiedzenia Szpitala i zobaczenia chorych.

Po kilku dniach, 12 stycznia 1940 roku w godzinach przedpołudniowych zajechało do Szpitala 30 żołnierzy Gestapo pod dowództwem pod-

oficera *Bielischa*, nie wyjawiając narazie celu swego przybycia. Równocześnie polecono robotnikom pobliskiej cegielni wykopanie dwóch dużych dołów w odległości 150 m od Szpitala.

Popołudniu tegoż dnia zarządzono by cała obsługa szpitalna zebrała się w osobnym pomieszczeniu — po kilku jednak godzinach, polecono im natychmiastowe opuszczenie terenu szpitalnego.

Siostra Oddziału dziecięcego *Cichostawa*, protestując przeciwko opuszczeniu swych chorych dzieci została uderzona kolbą karabinu i zepchnięta ze schodów.

O zmroku żołnierze gestapo zaczęli wypędzać chorych z budynku Nr 2 (Szpital Psychiatryczny w Chełmie składa się dwóch bloków szpitalnych). Przy drzwiach wejściowych ustawione zostały karabiny maszynowe, i otworzono ogień, tak że u progu budynku wyrzucani chorzy byli na miejscu rozstrzeliwani, padając na coraz bardziej narastający wał trupów. Opornych chorych Niemcy gonili po salach, wyrzucali ich oknami czy to z pierwszego, czy też drugiego piętra.

Pewną chorą, młodą dziewczynę, nazwiskiem *Fajnschmidt*, cierpiącą na psychozę maniackalno - depresyjną, a będącą w okresie remisji — Niemcy gonili niemal po całym budynku, z piętra na piętro, wreszcie schwytaną wyrzucili przez okno z drugiego piętra, poczem zastrzelili.

Niektórzy chorzy, zwłaszcza wywleczeni z łóżek, sprrowadzani byli w koszulach boso, a niektórzy nawet nago.

Jeden z karabinów maszynowych obsługiwał osobiście dowódca oddziału gestapo *Bielisch*.

Poszczególnym chorym udawało się przerwać pierścień żołnierzy niemieckich, powstawała gonitwa po terenie szpitalnym, i wreszcie mordowano chorych w dalszej odległości od Szpitala. I tak pewien chory niewiadomego nazwiska, będąc już rannym, uciekał na przestrzeni około kilometra, gdzie dopiero został schwytyany. Drugi — nazwiskiem *Pepik* (z zawodu sierżant żandarmerii), ukrył się w zabudowaniach oddalonych o 3/4 km od Szpitala, gdzie przebywał około miesiąca, został jednak wytropiony i zamordowany.

Po zlikwidowaniu chorych w budynku Nr 2, przystąpiono do mordowania chorych w budynku Pierwszym, tym samym sposobem, przy tych samych okolicznościach, porywano chorych i wypędzano ich na zewnątrz domu, gdzie ustawiony karabin maszynowy masakrował ludzi przy drzwiach wyjściowych, tworząc drugi stos trupów.

Zadaniem najbardziej trudnym dla Niemców stało się wyłapywanie dzieci z oddziału dziecięcego, gdyż dzieci te rozpierzchły się po piętrach, ponadto służba szpitalna usiłowała je uprzednio schować w szafach, pod

łózkami itp. Tym nie mniej, wysiłki te były daremne, gdyż wszystkie dzieci były odnalezione i rozstrzelane. Pewne dziecko znalezione przez gestapowca w szafie, było przez niego wywleczone i wyrzucone na bruk, poczym zastrzelone.

Obydwa stopy trupów pozostawały przez całą noc pod osłoną warty niemieckiej. Wokoło słychać było jęki, gdyż nie wszystkie ofiary mordu od razu zakończyły swe życie — niektóre z nich były tylko ciężko ranne.

Nad ranem gestapowcy poczęli zatrzymywać przejeżdżające furmanki wiejskie, woźniców odsyłano do domu, sprowadzono robotników z pobliskiej cegielni, których zmuszono do układania zwłok, względnie na pół żywych ludzi, na furmanki, po 5 — 6 na każdą. Następnie dokonano pogrzebu ofiar, wyrzucając je z wozów z wysokości 3 metrów do dołów.

Przy złożeniu trupów okazało się, że pewna chora nazwiskiem *Malc*, leżąca pod stosem zwłok, jeszcze żyła i poczęła uciekać. Uciekającą zastrzelono.

Doły ze zwłokami zostały zasypane cienką warstwą ziemi, tak, że podczas wiosennych roztopów przy napływie wody, sine trupy poczęły wypływać na wierzch. Utworzył się pomost z ludzkich ciał. Zwolano okoliczną ludność i zasypano na nowo doły ziemią.

To był ostatni akt likwidacji Szpitala Psychiatrycznego w Chełmie, czyli masakra 440 ludzi w dniu 12 stycznia 1940 r.

LISTA DZIECI ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO
SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO W CHEŁMIE
W DNIU 12 STYCZNIA 1940 R.

1. *Wolański Zbigniew* z Wilna,
2. *Rułowski Tadeusz*,
3. *Dawidowski Zbigniew* z Łucka,
4. *Czapnik Wiktor*,
5. *Banach Jurek*,
6. *Melichowicz Artur* z Chełma,
7. *Monkiewicz Zbigniew* „ .. „
8. *Józef P.* ze Śląska,
9. *Weintraub Emil* z Lublina,
10. *Bożowski Romek*,
11. *Reuss Aleksander* z Krakowa,

12. *Łapucha Ryszard* z Częstochowy,
13. *Dybkowska Teresa* ze Lwowa,
14. *Krajewska Alina* z Krakowa,
15. *Różańska Maria* z Kostopola,
16. *Nisioł Eulalia*,
17. *Mazur Maria*,
18. X.

(—) *S. Cichostawa*.

FRANCISZEK BARDZIK

ZBRODNIENIE NIEMIECKIE W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM W CHEŁMIE LUBELSKIM

Kierownictwo Szpitala Psychiatrycznego w Chełmie już w listopadzie i grudniu 1939 r. borykało się z dużymi trudnościami gospodarczymi, pomimo, że liczba chorych w okresie działań wojennych znacznie się zmniejszyła. Wszyscy chorzy, którzy nie wymagali koniecznie opieki zakładowej zamkniętej, opuścili szpital, a pozostali przeważnie niespokojni i zagrażający bezpieczeństwu publicznemu. Prócz tego chronicznego konyngentu chorych, były jednak i przypadki świeżo przyjmowane ostrych psychoz i przypadki przyjmowane na obserwacje. — Władze okupacyjne, zarówno miejskie jak i powiatowe zbywały interwencje kierownictwa Szpitala, o zaopatrzenie go w produkty spożywcze i opał. Były to czasy w Chełmie, kiedy wydano nakaz kłaniania się wszystkim oficerom niemieckim i równorzędnym osobom umundurowanym.

Dnia 12 stycznia 1940 r., w mroźny zimowy dzień, w godzinach popołudniowych, zjawili się w Szpitalu kilkunastu esesowców uzbrojonych, którzy kazali sobie pokazać oddziały. Zachowanie się ich w czasie tej lustracji nie było specjalnie przyjazne, nikomu jednak z nas nawet przez myśl nie przeszło, iżby miało stanowić przygrywkę do tej zbrodni, jaką w kilka chwil później popełnili. — Niebawem zjawili się większy jeszcze oddział esesowców tak, że razem liczył kilkudziesięciu ludzi pod dowództwem majora S. S. Personelowi lekarskiemu i pielęgniarzkiemu wydano rozkaz opuszczenia natychmiast Szpitala i udania się do miasta, a powrócić zezwolono nie wcześniej jak w południe dnia następnego. Dwunastu pielęgniarzom rozkazano pozostać w Szpitalu. Wkrótce potem rozpoczęła się najstraszniej-

sza masakra, a praca była tak podzielona, że pielęgniarki wyprowadzali chorych z oddziałów partiami i doprowadzali ich przy pomocy esowców za II pawilon szpitalny, a tam, specjalny oddział S.S. z broni automatycznej rozstrzeliwał chorych. Obok, względnie na trupach jednej partii chorych, ustawiono drugą, i tak aż do końca. Oczywiście zdarzały się sporadyczne wypadki oporu chorych w czasie doprowadzania, były one na miejscu likwidowane. Egzekucja obfitowała w sceny wstrząsające, szczególnie dzieci i więcej świadomi chorzy błagali na klęczkach o darowanie życia. W ten sposób zginął cały stan chorych z tego dnia, zdaje się, że dobrze pamiętam, stan 330 chorych. Uratowały się 4 osoby tj. 2 mężczyźni i dwie kobiety, których życie wyprosilili pielęgniarki — podając, że są zupełnie zdrowi. Prócz tego jedna chora Żydówka w stanie remisji potrafiła się ukryć i z nastaniem zmierzchu uciekła. Ostatnie rozstrzeliwanie chorych ukończono już o zmroku. Przez całą noc trwało niszczenie śladów zbrodni, nieszczęśni pielęgniarki musieli trupy pielęgowanych przez siebie chorych nosić do wspólnej mogiły, którą zrobiono obok rozpoczętej budowy trzeciego pawilonu Szpitala. — O szczegółach zbiorowego mordu dowiedziałem się już wieczorem od naocznych, nieszczęśliwych jego świadków, a następnego dnia, kiedy wróciłem do Szpitala sam się przekonałem o tragicznym losie naszych chorych. Nieład jaki panował na salach mojego oddziału świadczył o tym, że działo się tu coś niezwykłego, bo większość chorych reagowała normalnie na mord pruskiego żołdactwa. Panom z oddziałów S. S. podobały się pawilony Szpitala, które zajęli na mieszkania dla siebie i kto wie czy ten moment nie odegrał głównej roli w likwidacji chorych.

Do hańby jaką się w czasie ostatniej wojny okrył cały naród niemiecki — brutalny mord na chorych Szpitala psychiatrycznego w Chełmie jest jeszcze jednym jakżeż bolesnym dodatkiem.

WL. ISSAJEWICZ

LOSY PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU
DLA UMYSŁOWO I NERWOWO CHORYCH W KOBIERZYNI
Z CZASÓW OKUPACJI I ZA OSTATNIE MIESIĄCE

Stan Zakładu w chwili wybuchu wojny przedstawiał się następująco: przeszło 1.000 chorych, rozmieszczonych w 17 pawilonach, dostateczna opieka lekarska (6 lekarzy i 3 absolwentów medycyny), liczny personel pomocniczy (około 200 osób), obfite wyposażenie tak pod względem urządzenia, aprowizacji jak i środków leczniczych. Działania wojenne 1939 r. wyrządziły stosunkowo nie wiele szkód: został uszkodzony pociskiem armatnim jeden pawilon. Chorzy od wystrzałów armatnich i od bomb rzuconych na pobliskich terenach nie ucierpieli. jedynie z personelu pomocniczego została lekko zraniona jedna osoba.

Ponieważ ze strony władz zwierzchnich nie było żadnego zarządzenia co do ewakuacji Zakładu, została tylko wywieziona kasa wraz z depozytami chorych do Lwowa celem zabezpieczenia.

Wojsko niemieckie stacjonowało w Zakładzie przez 2 dni, od 6.IX do 8.IX.1939 r. Przy odejściu zabrało różne cenniejsze przedmioty z Zakładu, w tym wszystkie maszyny kancelaryjne, część środków leczniczych i artykułów sanitarnych z apteki.

Do 20.XI.1939 r. władze niemieckie zupełnie nie interesowały się Zakładem. Zakład prowadził swą dotychczasową działalność i liczył przeszło 1.000 chorych, ale był zdany na własne siły. Był to ciężki okres: pieniędzy nie było, T. W. S. we Lwowie, od którego Zakład pobierał dotacje, już nie istniał, koszty leczenia nie wpływały, środki żywności nie zasilane nową dostawą, były na wyczerpaniu. Udało się jednak przetrwać i zapewnić chorym najniezbęd-

niejsze potrzeby tylko dzięki bardzo oszczędnej gospodarce i ofiarnej pracy ówczesnych pracowników.

Dnia 20.XI.1939 r. zjechał do Zakładu dyrektor Szpitala Św. Łazarza w Krakowie dr *Giller* i zapowiedział przejęcie Zakładu przez władze niemieckie. Równocześnie przeprowadził badanie personelu co do pochodzenia aryjskiego, w wyniku którego usunięto jedną osobę z personelu lekarskiego. Na drugi dzień przybył komisarz wyznaczony przez władze okupacyjne i objął administrację Zakładu. Dotychczasowy personel pozostał, życie Zakładu w tym okresie nie uległo większym zmianom.

Z końcem maja 1940 r. został zamianowany dyrektorem Zakładu „Verwaltungsdirektor“ *Zweck*, „dyplomowany“ kupiec. W związku z tym dotychczasowa moja działalność, jako pełniącego obowiązki dyrektora została ograniczona wyłącznie do czynności lekarskich z tytułem lekarza naczelnego. Warunki aprowizacyjne w tym okresie niewiele się poprawiły, wobec czego wzmożła się śmiertelność wśród chorych.

W październiku 1940 r. usunięty został *Zweck*, a kierownictwo Zakładu objął urzędnik Warszawskiego Wydziału Zdrowia (Gesundheitswesen) *Aleksander Kroll* i sprawował je do września 1942 r. Pod jego rządami zaszły poważne zmiany na niekorzyść chorych: racje żywnościowe systematycznie zmniejszono, żydom przydzielono tylko 50 g chleba dziennie, a aryjczykom 75 g, nadto chorzy pracujący byli żywieni kosztem niepracujących. Dla niepracujących chorych całodzienne wyżywienie nie przekraczało 1.000 kalorii — pracujących dochodziło zaledwie 1.200 kal. Tłuszczu wydzielano tylko 1 kg dziennie na przeszło 1.200 osób. Że te warunki stale zwiększały śmiertelność wśród chorych, dowodzą następujące cyfry: *Kroll* zastał w Zakładzie przeszło 900 chorych — 300 chorych przywieziono dnia 23.X.1940 r. z Warty, przyjęć miesięcznych było do 50 osób, a po nie całych dwu latach w chwili likwidacji Zakładu pozostało tylko 587 chorych w Zakładzie i 30 chorych w Kalwarii Zebrzydowskiej. W ten sposób *Kroll* przygotowywał Zakład do innych celów, zgodnie z instrukcjami swoich władz.

Od samego początku okazywali Niemcy podziw dla Zakładu i bardzo ubolewali, że służy tak „nieproduktywnym“ celom, jak opiece nad umysłowo chorymi, i systematycznie zmniejszano ilość chorych. W sierpniu 1941 r. wywieziono wszystkich chorych Żydów do Otwocka.

We wrześniu 1941 r. wydzierżawił Kroll Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych dwa pawilony dla gruźlików, które otrzymały nazwę „Sanatorium Skotniki“. Prawdopodobnie cały Zakład zamierzano przekształcić na inny szpital, lecz i ten projekt przed czasem uległ zmianie. W maju 1942 r. Zakład przejęła partia hitlerowska na obóz ćwiczebny dla młodzieży. W związku z tym, w drugiej połowie czerwca 1942 r. przygotowano zupełną likwidację Zakładu; chorych gruźliczych wysłano do rodzin, bardzo słabych do innych szpitali. Usunięto lekarzy i personel pielęgniarski sanatoryjny.

18 czerwca 1942 r. zostałem wezwany wraz z kolegami do dyrekcji, gdzie wręczono nam dekrety przeniesienia do Zakładu w Drewnicy pod Warszawą z przymusowym przesiedleniem do 3 dni. Zakomunikowano nam, że z tą chwilą opiekę nad pozostałymi chorymi w Zakładzie obejmują lekarze niemieccy. Równocześnie wzbroniono nam wstępu na oddziały chorych, zażądano wydania historii chorób i kluczy oddziałowych. 21 czerwca 1942 r. opuściliśmy Zakład i wyjechaliśmy do Warszawy. Z przebiegiem likwidacji zapoznałem się dopiero po powrocie do Zakładu w lutym 1945 r.

Dnia 22 czerwca 1942 r. usunięto ks. kapelana i siostry pielęgniarki. 23.VI.1942 r. wydano zarządzenie, aby od godz. 13 do 7 rano następnego dnia nikt z pracowników i członków ich rodzin nie opuszczał mieszkania. Równocześnie zebrano i zamknięto personel dozoru chorych, pozostawiając na każdym oddziale tylko po dwóch. Około godz. 15 personel niemiecki rozpoczął autami odwozić chorych z oddziałów do przygotowanych wagonów, a pozostałe na poszczególnych oddziałach polskie posterunki pod eskortą odprowadzano do miejsca skoszarowania. Chorzy ci, jak się później wyjaśniło, zostali wywiezieni do Oświęcimia. Kilkadziesiąt najsłabszych chorych z oddziałów infirmeryjnego i zakaźnego zgładzono na miejscu, a zwłoki ich wieczorem tego dnia pochowano we wspólnym grobie na cmentarzu Zakładowym.

Od września 1942 r. rozpoczęto gruntowną przebudowę Zakładu dla potrzeb rozmieszczonego w nim szpitala SS. Przebudowie uległy wszystkie pawilony chorych z wyjątkiem zakaźnego, oraz większość mieszkań funkcjonariuszy Zakładu, których w marcu 1943 r. wysiedlono do wsi Kobierzyn. Wyjątkowo nie zdążono przebudować kaplicy i mieszkania sióstr.

Ogólna ewakuacja Zakładu (chorych i urzędzeń) odbywała się w ostatnich miesiącach okupacji od 24 lipca 1944 r. do stycznia 1945.

Wywieziono wówczas wszystkie urządzenia i przyrządy pracowni naukowej, bibliotekę lekarską, całe urządzenie apteki, meble oddziałowe, bieliznę i pościel, wyposażenie kuchni, urządzenia warsztatowe itp. Przed tym jeszcze zostały wywiezione wszelkie akta biurowe i archiwum.

Władze polskie objęły Zakład 22 stycznia 1945 r. Wezwany przez Urząd Wojewódzki w Krakowie do objęcia kierownictwa, powróciłem do Zakładu 15 lutego 1945 r., gdzie już zastałem, za wyjątkiem lekarzy, większość przedwojennych pracowników. Niestety, nie wszyscy wrócili na swe posterunki, gdyż wojna i okres okupacji wyrwały ich spośród żyjących ze stratą dla Zakładu. Powołani do służby wojskowej rozkazem mobilizacji: *Krzysiek Michał*, dozorca chorych, zginął na skutek odniesionych ran, *Starowicz Jan*, dozorca chorych i *Królik Stanisław*, stróż nocny, zaginęli. W 1944 r. w czasie powstania warszawskiego zginął ordynator Zakładu dr *Julian Dretler*.

Na polecenie Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia przygotowano 3 baraki (pozostałość po Niemcach) na przyjęcie 300 chorych. Stan ten trwa do chwili obecnej.

Kobierzyn, dn. 25.VIII.45.

HIPOLIT LATYŃSKI

ZBRODNIENIE NIEMIECKIE W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM W KULPARKOWIE

Szpital Psychiatryczny w Kulparkowie zbiegiem okoliczności uniknął losu Chełma (choć nie brak było i tu podobnych projektów), w sensie gwałtownej barbarzyńskiej likwidacji, nie uniknął jednak likwidacji powolnej przez świadome głodowe odżywianie, wskutek czego z około 2.000 chorych w czerwcu 1941 r., pozostało 15. I. 1943 zaledwie 260 — reszta poprzez głodowe obrzęki wymarła na ogólne wyniszczenie.

Niestety nie mogę operować całym sporządzonym wówczas materiałem, gdyż część notatek moich zaginęła, z pozostałych ocalał tylko „ruch chorych“ od stycznia 1941 r. do czerwca 1942 r., oraz przypadkowo liczba chorych z dnia 15. I. 1943 r.

Ale nawet z obecnie posiadanych, a nie kompletnych notatek, rzuca się od razu w oczy zasadnicza różnica między okresem czasu od 1. I. 1941 r. do 1. VII. 1941 r., a okresem późniejszym.

W pierwszym okresie stwierdzamy wielką ilość przyjęć (od 195 w styczniu do 473 w maju) i zwolnień chorych (od 134 w styczniu do 500 w maju), przy stosunkowo nie dużej śmiertelności (od 20 w kwietniu do 49 w maju) — liczby te mówią same za siebie.

Przeciwnie, w okresie drugim mamy spadek przyjęć do 31 i zwolnień do 24, przy stale wzrastającej śmiertelności do 188 (liczby ze stycznia 1942 r.). Jeżeli początkowe miesiące okresu drugiego, tj. lipca, sierpnia i września dały jeszcze nie duży wzrost śmiertelności (do 53), to przypisać to raczej należy temu, że chorzy czerpali

wtedy jeszcze z własnych zapasów organizmu, po czym skazani zostali na stopniowe wyniszczenie, obrzęki głodowe i wreszcie śmierć.

W tym drugim okresie zmarło w 11 miesięcy — 1.179 chorych, co wynosi przeciętnie 107 miesięcznie, a jeżeli zaś odliczyć pierwsze trzy miesiące, to w następnych śmiertelność wynosiła przeciętnie 133 wypadków, co w przybliżeniu równa się liczbie zgonów w szpitalu kulparkowskim w czasach przedwojennych przez cały rok przy stanie chorych ponad 1.800.

Śmiertelność tak przerażająca na pewno byłaby jeszcze większą, o ileby rodziny, a częściowo i personel nie dokarmiali poszczególnych chorych z własnych zasobów.

Wreszcie dnia 15. I. 1943 zostało tylko 260 chorych.

Wymarcie prawie całego stanu chorych szpitala niewątpliwie nastąpiło na skutek racji głodowych, a że były one celowe, świadczy zatem wydany latem 1942 roku przez ówczesną Dyрекcję Zakładu zakaz wypisywania chorych, za wyjątkiem tylko wypadków, kiedy dwaj lekarze szpitala uznawali odnośnego pacjenta za wyleczonego i ponadto gwarantowali na piśmie jego zdrowie na przyszłość, co praktycznie sprowadzało wypisywanie chorych do nie wchodzącego w rachubę minimum.

Ruch chorych w 1941 roku

	pozostało:	przybyło:	wypisano:	zmarło:
1. I.	2238	195	134	26
1. II.	2273	256	186	39
1. III.	2304	275	348	39
1. IV.	2192	403	434	20
1. V.	2141	473	500	29
1. VI.	2095	408	481	49
1. VII.	1918	120	157	19
1. VIII.	1862	56	121	41
1. IX.	1756	67	103	53
1. X.	1667	57	47	84
1. XI.	1593	45	50	116
1. XII.	1472	40	46	185

W 1942 roku

	pozostało:	przybyło:	wypisano:	zmarło:
1. I.	1281	31	24	188
1. II.	1100	55	26	136
1. III.	993	58	26	120
1. IV.	905	63	48	115
1. V.	805	59	51	122

WIKTOR PIESKOW

LOS PSYCHICZNIE CHORYCH W WILEŃSKIM PODCZAS OKUPACJI NIEMIECKIEJ

Przed wojną w wileńskich szpitalach psychiatrycznych leczono się 320 chorych, w Opiece Rodzinnej nad psychicznie chorymi na koloniach w gminach rudziskiej, olkienickiej i trockiej znajdowało się około 800 chorych i w Opiece Rodzinnej w Wilnie około 800 chorych; ogółem pod opieką lekarską w chwili wybuchu wojny znajdowało się około 1.200 chorych.

Po wybuchu wojny i katastrofie Polski wileńskie początkowo administrowane przez władze sowieckie, zostało wkrótce włączone w obszar niepodległego wówczas państwa Litewskiego. Państwo to znajdowało się pod wybitnym wpływem Niemiec hitlerowskich, przy władzy byli narodowcy i strzelcy, grupy ideologicznie zbliżone do hitlerowców.

Już w tym okresie złym duchem psychicznie chorych, który się najwięcej przyczynił do likwidacji umysłowo chorych w wileńskim, był litewski lekarz-psychiatra *Smalstis Antanas*, członek faszystowskiej litewskiej organizacji „szaulisów“.

Po przyłączeniu wileńskiego do Litwy Smetonowskiej przybył *Smalstis* do Wilna, usunął polskich lekarzy z czołowych stanowisk, wziął w swoje ręce kierownictwo nad wszystkimi placówkami psychiatrycznymi i przetrwał na tym stanowisku od października 1939 roku do lipca 1944 r.

Będąc zajadłym wrogiem polaków i żydów już za czasów Smetonowskich *Smalstis* przez niedbalstwo o los chorych w Opiece Rodzinnej nad psychicznie chorymi przyczynił się do częściowej likwidacji tej dużej placówki psychiatrycznej; część chorych zginęła

z braku należytej opieki, część uciekła z kolonii, tak że w chwili okupacji Litwy przez Niemców w 1941 r. na koloniach pozostało tylko około 550 chorych.

W okresie okupacji niemieckiej zaistniała specyficzna atmosfera i amoralna atmosfera, wypływająca z ducha hitleryzmu i właśnie wtedy zaczęło się niszczenie chorych na szeroką skalę. Na pierwszy ogień poszli chorzy Żydzi. Znaną już powszechnie jest nazwa „strzelców ponarskich“, składających się z litewskich policjantów, którzy w Ponarach pod Wilnem wykonali dziesiątki tysięcy wyroków śmierci; byli oni używani do tego celu w Grodnie, Białymstoku, a nawet w Warszawie.

Otóż tym „strzelcom ponarskim“ *Smalstis*, wierny realizator idei hitlerowskiej, wydał ze szpitali wileńskich około 100 umyślowo chorych Żydów, a przeszło 200 chorych, przebywających w koloniach żydowskich we wsi Dekszni i Lejpunach zginęło wraz z całą ludnością podczas likwidacji Żydów w gminie olkienickiej.

Litwa, należąc do Ostlandu, miała częściowo zachowaną niezależność gospodarczą, posiadała swój samorząd, a nawet swój marionetkowy rząd i gdyby litewskie faszystowskie elementy nie chciały rywalizować z nimi, a nawet prześcigać ich w okrucieństwie w stosunku do Żydów i Polaków, zapewne nie byłoby w wileńskim tylu ofiar.

Z powodu długotrwałego niedożywiania chorych, gdyż racje żywnościowe kartkowe były celowo niedostateczne pod względem kalorycznym, zmarło z głodu w szpitalach psychiatrycznych w Wilnie i na koloniach kilkaset chorych.

W innych szpitalach, gdzie dyrektorem nie był faszysta, wyszukiwano na własną rękę sposobów zaopatrzenia szpitali w produkty nie z kartkowych źródeł, a szpital psychiatryczny w Wilnie miał swój majątek pod Wilnem, więc gdyby *Smalstis* nie trzymał się hitlerowskiej litery prawa, mógłby on uratować od głodowej śmierci wiele setek chorych.

Jednym z argumentów, że jedynie w atmosferze hitlerowskiej moralności mogły bezkarnie odbywać się pseudonaukowe eksperymenty, gdzie podobnie jak w Oświęcimiu lub w innych obozach koncentracyjnych człowiek stawał się królikiem doświadczalnym, były „naukowe“ badania *Smalstisa* nad elektrowstrząsami. Zainteresowała go wzmianka włoskiego autora *Solani*, że nie tylko biparietalne ustawienie elektrod konwulsatora może wywołać wstrząs

i zaczął on poszukiwać różnych połączeń, aż wreszcie natrafił na połączenie czoło-krzyż, które dało wynik śmiertelny, ponieważ podawano w ten sposób zbombardowaniu prądem cały ośrodkowy układ nerwowy. Według moich niezbyt ścisłych obliczeń uśmiercił on własnoręcznie konwulsatorem przeszło 50 chorych.

Gdy posiadałem niezbite dowody, że kilkanaście chorych zmarło z powodu eksperymentów *Smalstisa*, doniosłem o tym w 1941 roku należytem ówczesnym władzom, lecz naraziłem się tylko na represje i nie mogłem przeszkodzić dalszej jego zbrodniczej działalności.

Okupant niemiecki w swoich tendencjach zniszczenia innych narodów oczywiście szedł na rękę i popierał zbrodnie, popełniane przez swoich popleczników, to też w wyniku przestępczej działalności *Smalstisa* w ciągu 4½ lat zginęło w wileńskim około 900 umysłowo chorych.

W chwili wkroczenia w wileńskie Czerwonej Armii, z 1.200 chorych pozostało w szpitalu psychiatrycznym 150 chorych i na kolonii Opieki Rodzinnej tylko około 100 chorych.

W lutym 1945 r. *Smalstis* za swoje zbrodnie został skazany przez Wojskowy Trybunał na 20 lat ciężkiego więzienia. Przewodniczący Sądu Wojskowego zaznaczył przy wyroku, że nie ma dostatecznej kary za tyle popełnionych przestępstw, dlatego wymierza mu 20 lat ciężkich robót, by miał czas zrozumieć, kim się stał pod wpływem ideologii faszystowskiej.

XX ZJAZD PSYCHIATRÓW POLSKICH 1 — 3 LISTOPADA 1945 R. W SZPITALU W TWORKACH

Zarząd Główny Polskiego Tow. Psychiatrycznego otrzymał odpowiednie poparcie od Ministerstwa Zdrowia, postanowił zorganizować w 25 rocznicę założenia Towarzystwa, a po raz pierwszy po 6 latach okupacji, Zjazd Psychiatrów w Polsce.

Zjazd miał na celu dwa zadania: 1) skupienie wszystkich psychiatrów polskich, obliczenie swoich sił po 6 letniej zbrodniczej okupacji niemieckiej, sprawdzenie swoich strat biologicznych i materialnych, oraz 2) skontrolowanie wysiłków psychiatrów polskich, dokonanych w czasie konspiracji, a także przedyskutowanie najbardziej palących zagadnień z dziedziny psychiatrii społecznej i naukowej.

Prezesem Zjazdu był prof. *Jan Mazurkiewicz*, a na poszczególnych posiedzeniach przewodniczyli: prof. *W. Grzywo-Dąbrowski* (Warszawa), prof. *M. Bornszajn* (Łódź), prof. *E. Wilczkowski* (Gostynin), prof. *J. Błachowski* (Poznań), dyr. *O. Bielański* (Kościan), dr *T. Łapiński* (Lubliniec G. Sl.) oraz dr *Chłopiński* (Kraków). W sekretariacie Zjazdu zasiadali: sekretarz Zjazdu dr *H. Dresznerowa*, oraz doktorzy: *Borysowicz* (Radom), *Cwynar* (Bronowice po Krakowem), *Jarema* (Kraków), *Klajncwajg* (Warszawa), *Orlicki* (Dziekanka pod Gnieznem).

Zjazd zaszczylił swoją obecnością wiceminister Zdrowia prof. *Morzycki*, wojew. warsz. inż. *Zratek*, przedstawiciele Min. Sprawiedliwości, Komisji dla badania zbrodni niemieckich w Polsce, wydziałów lekarskich uniwersytetu w Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Krakowie.

W Zjeździe wzięli udział psychiatrzy w liczbie blisko 140 z całej Polski — pomimo ciężkich warunków komunikacyjnych, przybyli ze wszystkich ośrodków (Warszawa, Kraków, Poznań, Łódź, Lublin, Radom, Kielce, Lubliniec, Gdańsk, Obrzyce, Olsztyn, Dziekanka, Owińska, Kocborów, Kościan, Białystok, Siedlce).

Okazało się, że spośród 243 członków Pol. Tow. Psych. we wrześniu 1939 r. przez 6 lat ubyło 100 dzięki represjom niemieckim; liczba czynnych psychiatrów nie przekracza cyfry 140, którzy rozsiani są po całej Polsce. Uczestnicy Zjazdu zarówno w swoich referatach, jak i we wnioskach Zjazdowych podnosili konieczność uruchomienia wszystkich istniejących szpitali psychiatrycznych, wychodząc z założenia, że chociaż dzięki zbrodniczej działalności okupanta zginęło przeszło 12 tysięcy psychicznie chorych w szpitalach, to jednak należała opieka nad zdro-

wiem psychicznym ludności wymaga odpowiedniej liczby dobrze zorganizowanych i odpowiednio wyposażonych szpitali psychiatrycznych (z doskonale opłacanym personelem), a także zakładów dla chorych nerwicowych, dla dzieci umysłowo upośledzonych, dla narkomanów itd., a wobec stałego napływu chorych wkrótce może być brak miejsc szpitalnych, którym w przyszłości trudno będzie zaradzić, o ile istniejące i specjalnie zbudowane szpitale użyte będą do celów innych, niż były pierwotnie przeznaczone.

Część naukową Zjazdu rozpoczął prof. *Mazurkiewicz* wykładem o dwoistej funkcji układu nerwowego, a pierwszy dzień zjazdu poświęcony był omawianiu zbrodni niemieckich w stosunku do umysłowo chorych w Polsce. Odpowiednie dane, przedstawione przez 17 prelegentów z poszczególnych zakładów psychiatrycznych, poprzedziły odczyty, wyjaśniające istotę zbrodni niemieckich, wygłoszone przez doc. *Batawie*, który ujmował zbrodnię niemieckie jako zagadnienie socjologiczne i kryminologiczne, oraz prof. *W. Grzywo-Dąbrowskiego* i dr *M. Grzywo-Dąbrowskiej*, którzy starali się wyjaśnić pochodzenie okrucieństw hitlerowskich. Dane, przedstawione na Zjeździe, wykazały jasno, że Niemcy przystąpili do wymordowania umysłowo chorych z całą premedytacją, że jeszcze przed rozpoczęciem wojny zdecydowano dokonanie tych zbrodni, że jednak starali się zatrzeć ślady swoich zbrodni (np. tworząc fikcyjne kartoteki zmarłych, niszcząc istniejące przy szpitalach cmentarze), nie przebiegali w środkach morderczych (rozstrzeliwanie z karabinów maszynowych, zagazowanie w ruchomych komorach gazowych, zatrucie przy pomocy silnych dawek leków trujących i odpowiednich zastrzyków, głodzenie chorych), że dokonywali tych zbrodni na umysłowo chorych ze zwykłą sobie dokładnością i systematycznością, by ani jedna ofiara nie uszła tej akcji zbrodniczej. Równocześnie obok mordowania umysłowo chorych niszczyli dorobek naukowy psychiatryczny, wywozili majątek szpitalny, bombardowali budynki z powietrza (np. gruntowne obrócenie w gruzy Kliniki Psychiatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego i Szpitala Św. J. Bożego w Warszawie). W czasie tej akcji nie oszczędzali również personelu szpitalnego, chociaż starali się, przed przystąpieniem do akcji na pewnym określonym terenie, usuwać zawczasu z danego terenu osoby, nie powołane do współpracy. Kilku autorów poparło swoje dane materiałami statystycznymi i opisami, a także dokumentami, oraz podaniem nazwisk lekarzy niemieckich i personelu niemieckiego, którzy współdziałali z S.S. i S.A. Parę razy akcję wyniszczenia dokonywały oddziały wojskowe.

Drugi dzień Zjazdu poświęcony był omawianiu sprawy organizacji opieki nad zdrowiem psychicznym ludności w Polsce. Zagadnienie to było omówione wielokrotnie przez 15 referentów, przy czym dwu referentów głównych — prof. *E. Wilczkowski* i dr *Zdz. Mieniewski*, opracowali dokładny plan proponowanej przez psychiatrów takiej opieki. Stwierdzono konieczność podwyższenia obecnej niedostatecznej ilości łóżek psychiatrycznych przynajmniej o 100%, by w przybliżeniu uczynić zadość postulatowi — jedno łóżko psychiatryczne na 1000 mieszkańców. Jeden z prelegentów stwierdził, że fundamentem rozwoju organizacji opieki nad psychicznie chorymi winien być szpital psychiatryczny. Każde województwo powinno posiadać przynajmniej jeden szpital psychiatryczny o 500 — 600 łóżek. Takie szpitale miałyby z jednej strony charakter leczniczy, a z drugiej — organizacyjny, stanowiłyby centrum okręgu psychiatrycznego, dyrektor szpitala

byłby czynnikiem kierującym i odpowiedzialnym za stan zdrowia psychicznego ludności w danym terenie. Dyrektor wojewódzkiego szpitala psychiatrycznego organizuje tzw. zewnętrzną służbę psychiatryczną, kształci kadry lekarzy, którzy obejmą kierownictwo nad wojewódzkimi i powiatowymi ośrodkami higieny psychicznej, oraz nad opieką przyzakładową i opieką rodzinną pozakładową, a także nad tzw. stacjami psychiatrycznymi.

Konieczne jest przeprowadzenie w państwie jednolitej polityki psychiatrycznej, którą powinien kierować wydział zdrowia psychicznego przy departamencie chorób społecznych w Min. Zdrowia. Do wydziału tego należeć będą wspomniane referaty — psychiatryczny, higieny psychicznej, opieki nad nerwicami, walka z alkoholizmem i narkomanią, pedologiczny. Opieka nad zdrowiem psychicznym ludności powinna iść jednym torem, a opieką taką należy otoczyć ludność od najniższej komórki gminnej i miejskiej (w ośrodkach zdrowia).

Kilku referentów zwracało uwagę na konieczność jak najszybszego stworzenia ustawy psychiatrycznej, jako podstawy organizacji opieki nad umysłowo chorymi.

Wszyscy niemal autorzy zwracali uwagę na kolosalny brak specjalistów, a najważniejszą przyczyną tej bolączki jest brak odrębnych katedr psychiatrii w uniwersytetach. Dotychczas była zaledwie jedna odrębna katedra psychiatryczna. Stwierdzono jednomyślnie, że przy wszystkich wydziałach lekarskich należy oddzielić psychiatrię od neurologii, ponieważ tylko samodzielne katedry psychiatryczne będą mogły wyszkolić kadry lekarzy psychiatrów. Przy katedrach psychiatrii lekarze byliby kształceni również w dziedzinie higieny psychicznej i psychopatologii wieku dziecięcego. Zwrócono wreszcie uwagę na niskie uposażenie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.

Po przedyskutowaniu tych referatów przyjęto szereg odpowiednich wniosków i polecono Zarządowi Głównemu Pol. Tow. Psych. przekazać je właściwym czynnikom rządowym (Min. Zdrowia i Min. Oświaty).

Trzeci dzień Zjazdu wypełniły odczyty luźne. Charakterystyczne jest, że większość prelegentów (mianowicie 12) omawiało nowe metody leczenia w psychiatrii, mianowicie metody leczenia wstrząsami, a zwłaszcza elektrowstrząsami. Niemal wszyscy prelegenci wskazywali na pomyślne wyniki, na możliwości poprawy, które w świeżych przypadkach schizofrenii dochodzą do 82%, w przewlekłych do 63%, w psychozach inwolucyjnych do 90%, a w psychozach maniakalno-depresyjnych dają nawet większy odsetek popraw zupełnych lub społecznych.

W odczytach luźnych obok metod leczniczych paru prelegentów próbowało poruszyć zagadnienia ogólnopsychiatryczne. W grudniu 1945 r.

J. H.

PROTOKÓŁ z XXI WALNEGO ZGROMADZENIA POLSKIEGO TOWARZYSTWA
PSYCHIATRYCZNEGO ODBYTEGO DNIA 2.XI.1945 O GODZ. 18 W TWORKACH

Obecnych 62 członków.

PORZĄDEK DZIENNY

1. Zagajenie prezesa Zarządu prof. *J. Mazurkiewicza*.
2. Wybór prezydium Walnego Zgromadzenia.
3. Sprawozdanie Zarządu Głównego.
 - a) Sprawozdanie Sekret. gen. Doc. *J. Handelsmana*:
 - 1) o stratach Towarzystwa w czasie okupacji,
 - 2) o działalności Towarzystwa od chwili wznowienia czynności.
 - b) Sprawozdanie skarbnika Dr *M. Kaczyńskiego*.
4. Omówienie sprawy „Rocznika Psychiatrycznego“.
5. Ustalenie składki członkowskiej.
6. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.
7. Dyskusja nad sprawozdaniami.
8. Sprawa wznowienia działalności oddziałów Towarzystwa.
9. Wybór tematów głównych na XXI Zjazd Psychiatrów Polskich w 1946 r.
10. Wybór miejsca XXI Zjazdu Psychiatrów Polskich.
11. Wybór 7 członków Zarządu.
12. Wybór 3 członków Komisji Rewizyjnej.
13. Wybór redaktora i wydawcy „Rocznika Psychiatrycznego“.
14. Wolne wnioski i dyskusja.
15. Zamknięcie.

1) Zgromadzenie zagaił prezes Zarządu, prof. *J. Mazurkiewicz*, podnosząc niezwykle ciężkie straty poniesione przez polską psychiatrię i dziękując członkom za niezwykle liczną, jak na dzisiejsze warunki obecność uczestników, reprezentujących prawie wszystkie ośrodki uniwersyteckie i szpitale psychiatryczne.

2) Następnie wybrano prezydium Walnego Zgromadzenia w osobach dra *Wł. Chłopińskiego* (przewodniczący) i dra *M. Jaremy* (sekretarz).

3) Sprawozdanie Zarządu Głównego składało się a) ze sprawozdania sekretarza gen. doc. *J. Handelsmana*, który mówił o stratach Tow. w czasie okupacji i o działalności Tow. od chwili wznowienia czynności:

SPRAWOZDANIE SEKRETARZA GENERALNEGO
POLSKIEGO TOW. PSYCHIATRYCZNEGO

a) **O stratach Towarzystwa w czasie okupacji.**

Gdy na Zielone Święta 1939 r. na XIX Zjeździe Psychiatrów Polskich w Choroszczy, zebraliśmy się na XX Walnym Zgromadzeniu, w licznym bardzo gronie psychiatrów, by omówić nasze zadania na rok następny, choć horyzont polityczny był już bardzo chmurny, i można było spodziewać się wojny, nikt z obecnych nie przypuszczał ani na chwilę, że wojna ta przyjmie tak straszny obrót, nikt nie myślał, że okrutni barbarzyńcy niemieccy będą walczyć nie tylko z siłą militarną krajów, na które napadną, ale że będą starali się zniszczyć do samych fundamentów kulturę krajów dla nich wrogich. XX Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego było naszym ostatnim przed wojną wspólnym zebraniem. Od tego czasu upłynęło przeszło 6 lat i dopiero dziś, dzięki całkowitej porażce Niemców udało nam się zebrać ponownie i rozejrzeć w stratach naszych, w stratach, które nas spotkały. A straty te są wielkie...

Przede wszystkim wspomnieć muszę o takich stratach, które są niezastąpione, o naszych stratach moralnych.

Z szeregów psychiatrów ubyło za okres 6 letni 49 osób: w normalnych czasach umierało 2 — 3 lekarzy rocznie w naszym Towarzystwie, przez te 6 lat umarło śmiercią naturalną 14 osób, a 35 zginęło przez wojnę i okupację. Ubytek tak wielki dotknął boleśnie polską psychiatrię, tym więcej, że w tym czasie nie przybywali nowi psychiatrzy. Z pośród 243 członków Towarzystwa w sierpniu 1939 r. zabrakło nam napewno 49, a o blisko 50 nie posiadamy pewnych danych i nie wiemy, ilu z pośród nich powróci do nas. Pomiedzy ubylymi naszymi kolegami jest wielu takich, którzy zajmowali przodujące stanowiska w nauce psychiatrycznej, byli przewodnikami młodszej generacji, współdziałali w pracy społeczno psychiatrycznej i byli organizatorami i czynnymi działaczami w psychiatrii polskiej. Gdy przed wojną Polskie Towarzystwo Psychiatryczne cześcił pamięć wybitniejszych swoich członków specjalnymi zeszytami Rocznika Psychiatrycznego lub akademiami żałobnymi i teraz jak tylko pozwolą na to warunki powinno się uczcić pamięć tylu zmarłych kolegów w trwalszy sposób, powinno upamiętnić ich nazwiska i ich czyny i postara się tego dopełnić.

Narazie Zarząd Główny pragnie na Walnym Zgromadzeniu pokrótce tylko wspomnieć nazwiska ukochanych swoich współpracowników.

Z pośród członków Zarządu Głównego, Komisji Rewizyjnej i Komitetu Redakcyjnego Rocznika Psychiatrycznego ubyli następujący:

Doc. Dr *Witold Łuniewski*, wice-prezes, zmarł w styczniu 1943.

Dr *Halina Jankowska*, skarbnik, zginęła śmiercią bohaterską w powstaniu Warszawskim, pozostając do końca z chorymi w szpitalu na stanowisku.

Prof. Dr *Marcin Zieliński*, członek Zarządu, zamordowany w Katyniu przez Niemców.

Plk Dr *Jan Nelken*, redaktor Rocznika Psychiatrycznego, zamordowany w Katyniu przez Niemców.

Prof. Dr *Eugeniusz Artwiński*, członek komitetu redakcyjnego, zmarł we Lwowie.

Prof. Dr *Stefan Pieńkowski*, członek komitetu redakcyjnego, zamordowany w Katyniu przez Niemców.

Dr *Jerzy Szpakowski*, członek Komisji Rewizyjnej, zamęczony i zamordowany przez Niemców w 1943 r.

Wszyscy ci Koledzy, wybitni psychiatrzy byli specjalnie zasłużeni dla Pol. Tow. Psychiatrycznego.

Z pośród członków Komitetu Wydawniczego zginęli następujący:

Dr *Józef Bednarz*, zamordowany przez Niemców w listopadzie 1939 r.

Dr *Ignacy Fuhrman*, zamordowany przez Niemców we Lwowie 1943 r.

Dr *Edward Steffen*, zmarł w kwietniu 1945 r.

Oprócz tych, zajmujących stanowiska w naszym Towarzystwie, następuje długa lista, przyczym w szeregu przypadków nieznane nam są szczegóły w jakich śmierć nastąpiła:

Dr *Salomea Bau - Prussakowa*,

Dr *Ludwik Bregman*,

Dr *Leonard Korotko - Bobrowski*, umarł w 1944 r. w Tworkach,

Dr *Włodzimierz Bernasiewicz*,

Dr *Stanisław Deresz*,

Prof. Dr *Władysław Dzierżyński*, zabity w Łodzi przez Niemców.

Dr *Julian Dretler*, zginął w powstaniu Warszawskim.

Dr *Wacław Drożdż*, zaaresztowany i zamordowany przez Niemców w Lublinie 1940 r.

Dr *Izaak Frydman*, zamordowany przez Niemców.

Dr *Bronisław Frenkiel*, popełnił samobójstwo w 1944 r.

Prof. Dr *Włodzimierz Godłowski*, zamordowany w Katyniu przez Niemców.

Dr *Adam Gradziński*, zamordowany przez Niemców.

Dr *Henryk Higier*.

Dr *Antoni Iwanowski*.

Dr *Jerzy Jarzyski*, zmarł w Warszawie.

Dr *Wanda Jakubianiec*, zmarła w wileńskim.

Dr *Helena Katzówna*, zamordowana przez Niemców we Lwowie.

Dr *Czesław Konopka*, zmarł w 1944 r.

Dr *Kiersnowski*, zginął we wrześniu 1939 r. w czasie działań wojennych.

Dr *Mieczysław Lichtenstein*, zmarł w Przemyślu.

Dr *Władysław Matacki*, zmarł na tyfus plamisty.

Dr *Juliusz Meissner*, zmarł w 1945 r. w Tworkach.

Dr *Stefan Miller*, zginął w Mińsku Mazowieckim.

Dr *Karol Mikulski*, zmarł w Gostyninie.

Dr *Władysław Medyński*, zmarł w Cirkwenicy.

Dr *Jarosław Nieczaj - Hruziewicz*, zginął w powstaniu Warszawskim.

Dr *Bronisława Neufeldówna*, zginęła we Lwowie.

Dr *Kazimierz Niemirowicz - Szczytt*,

Prof. Dr *Kazimierz Orzechowski*, zmarł w Warszawie w 1943 r.

Dr *Julian Podwiński*.

Dr *Edward Pragier*, zginął we Lwowie.

Dr *Piotr Pęgowski*, zmarł wskutek prześladowań niemieckich na początku 1945 r.

Dr *Adam Rezac*, zamordowany przez Niemców.

Dr *Julian Rotszadt*.

Dr *Aleksander Ślaczka*.

Doc. Dr *Władysław Sterling*, zamordowany przez Niemców.

Dr *Maria Szymańska*.

Dr *Leon Wander*.

Dr *Natalia Zandowa*, zamordowana przez Niemców w 1943 r.

O wielu z nich nieznane nam są szczegóły śmierci, wiemy jednak, że o ile prześladowania okupacyjne nie zawsze były bezpośrednią przyczyną śmierci, pośrednio prawie zawsze przyspieszyły one Ich śmierć. Wszyscy ci Koledzy byli bardzo zasłużonymi pracownikami na niwie psychiatrycznej, jedni byli doskonałymi pedagogami, drudzy pozostawili szereg pierwszorzędných prac naukowych, inni byli znakomitymi organizatorami w zakładach psychiatrycznych, inni znowu odznaczyli się w dziedzinie higieny psychicznej, inni wreszcie byli niezastąpionymi lekarzami zakładowymi — a wszyscy oni byli naszymi najlepszymi Kolegami i przyjaciółmi naszego Towarzystwa i każdy z nich pozostawił niezatarte wspomnienie w pamięci naszej.

Cześć ich pamięci!

Jeżeli przejdziemy do przedstawienia innych strat powstałych w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym to przedstawiają się one w sposób następujący.

1) W czasie powstania Warszawskiego spłonęło i zostało pogrzebane pol gruzami całe archiwum Towarzystwa, nad którym miała pieczę Dr *Halina Jan-kowska* skarbnik Towarzystwa, która od chwili wkroczenia Niemców reprezentowała nasze Towarzystwo w tzw. Izbie Zdrowia i wbrew nakazom władz ukrywała całe archiwum wraz z rękopisami. Spłonęły wszystkie sprawozdania walnych zgromadzeń, sprawozdania z Oddziałów Towarzystwa, księgi kasowe, książka protokółów Zarządu Głównego, cała korespondencja Towarzystwa, oraz oryginał statutu Towarzystwa. Pozostał jedynie przypadkowo spis członków Towarzystwa z sierpnia 1939 r.

2) W czasie powstania również zaginęły wszystkie komplety „Rocznika Psychiatrycznego“, w liczbie około 80 kompletów, które były na przechowaniu w Klinice Psychiatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego i zostały wraz z Kliniką całkowicie zniszczone. Administracja „Rocznika Psychiatrycznego“ nie posiada obecnie ani jednego pełnego kompletu „Rocznika Psychiatrycznego“, pozostały jedynie po kilka do kilkunastu egzemplarzy pojedynczych zeszytów.

3) Po XIX Zjeździe Psychiatrów Polskich redakcja „Rocznika Psychiatrycznego“ zdążyła zebrać cały materiał naukowy Zjazdu i zdążyła go wydrukować w 37 zeszytach. Zeszyt ten był całkowicie złożony, lecz władze okupacyjne zabroniły go wykończyć i wydać, a w czasie powstania cały zeszyt wraz z rękopisami, będący na przechowaniu u Dr *Jankowskiej* został spalony.

4) Spłonęły wszystkie zeszyty Monografii Psychiatrycznych.

5) Gotówka Towarzystwa złożona w P. K. O. w wysokości około 6.000 zł oraz fundusz im. Radziwiłłowicza w wysokości 5.900 zł w gotówce i w akcjach Banku Polskiego została skonfiskowana przez Niemców, a księgi kasowe zostały spalone w czasie powstania wraz z innymi papierami Towarzystwa.

b) Z działalności Towarzystwa od chwili wznowienia czynności.

Przystępując do wznowienia działalności Towarzystwa, Zarząd Główny rozumiwał, jakie trudności go czekają, ale liczył, że pozostali przy życiu członkowie Towarzystwa, którzy byli zawsze ściśle związani z Towarzystwem i odczuwają potrzebę wspólnej organizacji naukowej, odpowiednio go poprą i pomimo wszystkich strat uda się wznowić działalność Towarzystwa i dnia 18 sierpnia 1945 r. przystąpił do pracy.

Wobec tego, że zgodnie z art. 18 Statutu Towarzystwa zebrania Zarządu są prawomocne w razie obecności nie mniej jak 3 członków, w tej liczbie prezesa, Zarząd składający się z *Mazurkiewicza* jako prezesa, *Handelsmana* jako sekretarza i *Wilczkowskiego* jako członka Zarządu uznał na pierwszym swym zebraniu, że posiedzenia jego są prawomocne i dokołował kol. *Mieczysława Kaczyńskiego* jako skarbnika.

Najważniejsze sprawy załatwione przez Zarząd:

1) Uprawnienie wznowienia Towarzystwa w Magistracie m. st. Warszawy i w Powiecie Warszawskim.

2) Wystąpienie w Ministerstwie Zdrowia o poparcie dla Towarzystwa i jego celów.

3) Zainicjowanie i zorganizowanie części naukowej Zjazdu oraz przy pomocy Komitetu Organizacyjnego w Tworkach części technicznej pierwszego po wojnie Zjazdu Psychiatryków Polskich (XX Zjazdu Psychiatryków Polskich) w 25 rocznicę założenia Towarzystwa.

4) Zdecydowano uznać jako tymczasową siedzibę Towarzystwa Szpital w Tworkach do czasu uruchomienia Kliniki Psychiatrycznej w Warszawie.

5) Odszukano adresy przeszło 100 członków Towarzystwa, nawiązano kontakty z Dyrekcjami istniejących Zakładów psychiatrycznych, postarano się o wiadomości o zmarłych i poległych członkach.

6) Uzyskano zasiłek pieniężny na organizację Zjazdu od Ministerstwa Zdrowia, uzyskano obietnicę wydania pamiętnika Zjazdu przez Wydział Bibliotek w Ministerstwie Zdrowia.

7) Za pośrednictwem Doc. *Brzezińskiego* dowiedziano się o reaktywizacji oddziału Krakowskiego.

8) Przez Urząd Propagandy w Ministerstwie Zdrowia zawiadomiono przez prasę codzienną o wznowieniu działalności i organizacji Zjazdu.

9) Zdecydowano żeby zaproponować na Walnym Zgromadzeniu, by następny Zjazd odbył się w Zielone Świąta 1946 r. i jako temat główny zaproponowano „Zaburzenia psychiczne reaktywne“. Na XIX Zjeździe proponowano temat „Zaburzenia psychiczne z zakażeń i zatruc“.

10) Omawiano sprawę wznowienia działalności Słowiańskiego Towarzystwa Neurologiczno - Psychiatrycznego i zdecydowano całą sprawę przekazać (wraz z archiwum) Polskiemu Towarzystwu Neurologicznemu, jako instytucji bardziej kompetentnej.

11) Omawiano parokrotnie sprawę wznowienia „Rocznika Psychiatrycznego“, postanowiono zaproponować połączenie z „Nowinami Psychiatrycznymi“ i po omówieniu tej sprawy na Walnym Zgromadzeniu przekazać sprawę organizacji „Rocznika Psychiatrycznego“ specjalnej komisji.

12) Omówiono szereg drobniejszych spraw.

13) W ogóle Zarząd sam odbył 2 posiedzenia oraz 4 posiedzenia wspólnie z Komitetem Organizacyjnym Zjazdu.

14) Załatwiono korespondencję 155 listów wychodzących i 45 listów wchodzących.

15) Postanowiono na Walnym Zgromadzeniu omówić sprawę wznowienia pracy Oddziałów Towarzystwa.

16) Zgodnie ze Statutem Towarzystwa w roku bieżącym ustępują członkowie Zarządu *Mazurkiewicz*, *Wilczkowski*, *Handelsman* i *Kaczyński*. Na miejsce ustępujących jak i zmarłych należy wybrać 7 nowych członków, z tych 4 z Warszawy na 3 lecie 1945 -- 48.

SPRAWOZDANIE SKARBNIKA P. T. P.

b) Ze sprawozdania skarbnika dra M. Kaczyńskiego.

Przystępując do pełnienia obowiązków skarbnika nie znalazłem, rzecz jasna, ani Kasy Towarzystwa ani ksiąg tak starannie i tak owocnie prowadzonych przez ś. p. dr *Halinę Jankowską*.

Zostałem natomiast wskazany mi przez doc. *Handelsmana* zapis testamentary ś. p. dyr. *Łuniewskiego*, który, uwzględniając jego głęboką treść odczytam:

„Punkt 5) z rozporządzenia na wypadek śmierci napisanego przez Doc. Dr Med. *Witolda Aleksandra Roberta Łuniewskiego* 27.7.1941 r.

Równoważnik 1/5 (jednej piątej) części wartości pozostałego po mnie i do dyspozycji żony mojej pozostawionego spadku przeznaczam dla Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub innej Instytucji Naukowej o charakterze pokrewnym. Dochody od sumy jaką ta instytucja otrzyma, mają być przeznaczone na poparcie nauki psychiatrii w Polsce, drogą przyznawania stypendiów dla młodych lekarzy, poświęcających się studiom w zakresie psychiatrii w języku polskim ogłaszanych. Prawo do stypendiów lub nagród przysługuje lekarzom pochodzenia polskiego bez różnicy wyznania i płci, cieszącym się nieskazitelną opinią wśród kolegów pod względem charakteru, a zwłaszcza respektującym w życiu ideały humanitarne i zasady etyki. Wykonawcą tej części mego testamentu mianuję Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, w przypadku zaś, gdyby to Towarzystwo nie wznowiło swej działalności, Zarząd Kasy Imienia Mianowskiego w Warszawie“.

Wartość przedwojenna tego zapisu wynosiła kilkadziesiąt tysięcy złotych, dziś suma ta jest bardzo skromna.

Na skutek starań doc. *Handelsmana* i dra *Mieniewskiego* z Min. Zdrowia otrzymaliśmy 13.9.45 subsydium zjazdowe w wysokości 30 tys. zł, które prawie w całości pokryje wydatki związane z organizacją Zjazdu. Kasa nasza jest więc bardzo biedna.

Wydatki w roku nadchodzącym wyniosą prawdopodobnie na sprawy wydawnicze i kancelaryjne sumę kilkuset tysięcy złotych. Wpływy nasze, nawet z bardzo regularnie opłacanych składek, stanowić będą nikłą część wydatków.

Zrównoważenie budżetu może nastąpić tylko z subsydiów ministerialnych. Dotychczasowe pozytywne stanowisko Min. Zdrowia budzi nadzieję na przyszłość.

4) Omawiając sprawę „Rocznika Psychiatrycznego“ doc. *Handelsman* doniósł, że Min. Zdrowia przyrzekło popierać tylko jedno czasopismo z tej samej gałęzi. Wiedoków zatym na subwencję dla „Nowin Psychiatrycznych“ o ileby „Rocznik Psychiatryczny“ miał wychodzić, nie ma. Zainteresowany w tej sprawie dyr. *Bielawski* zapewnił, że nie zamierza wznawiać „Nowin Psychiatrycznych“, a w żadnym wypadku nie będzie się starał o subwencję na ten cel. Doc. *Handelsman* zaznacza, że zmierzono jest wydanie Pamiętnika Tow. jako 37 nr „Rocznika Psychiatrycznego“.

5) Składkę członkowską uchwalono w wysokości 10 zł miesięcznie.

6) Dr *Jelowicki* odczytał sprawozdanie kom. rewizyjnej, poczym udzielono absolutorium ustępującemu Zarządowi, składając doc. *Handelsmanowi* szczególne podziękowanie za poniesione trudy organizacyjne.

SPRAWOZDANIE KOMISJI REWIZYJNEJ POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

Wedle zamknięcia Księgi Głównej z dnia 31.10.45 r. — stwierdza się stan kasy w kwocie zł 28.108,50, z tego w depozycie w kasie Szpitala w Tworkach zł 23.000.— w kasie podręcznej Skarbnika zł 5.108 gr 50.

Po zbadaniu działalności Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego od chwili jego wznowienia po wojnie, na podstawie sprawozdania Kolegi Sekretarza Generalnego i sprawozdania Kolegi Skarbnika oraz przedłożonej Księgi Głównej i rachunków Komisja Rewizyjna stwierdziła:

Działalność Zarządu Głównego w minionym okresie szła po linii założeń Statutu Towarzystwa.

Ze szczególnym naciskiem podnosi Komisja rewizyjna wysiłek i energię Zarządu Głównego organizacji w tak krótkim czasie I powojennego, a XX Zjazdu Psychiatrów Polskich.

Komisja Rewizyjna wyraża następujące życzenia:

1) Aby Zarząd Główny wznowił naukową działalność Towarzystwa przez publikowanie „Rocznika Psychiatrycznego“ i zwoływanie raz na miesiąc posiedzeń naukowych.

2) Aby została utworzona Sekcja Psychiatrii Społecznej dla naukowego opracowania zagadnień wchodzących w jej zakres.

3) Aby przystąpił do poczynienia starań o założenie Instytutu badań nad dzie dzicznością w psychiatrii.

4) Aby wspólnie z Polskim Towarzystwem Neurologicznym i w oparciu o odpowiednie ośrodki naukowe Uniwersytetów poczynił starania do wznowienia działalności Instytutu do badań mózgu.

W wyniku swych czynności Komisja Rewizyjna stawia wniosek na udzielenie absolutorium Głównemu Zarządowi Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

7) Powyższe sprawozdanie przyjęto bez dyskusji.

8) Dotychczas wznowiły działalność oddziały: warszawski oraz krakowski. Doc. *Handelsman* proponuje wznowienie działalności dalszych oddziałów, których organizację powierzono nast. członkom: poznański — dyr. *Bielawski*, łódzki — prof. *Włczkowski*, śląski — dyr. *Latyński*.

9) Jako temat główny na najbliższy Zjazd Psych. Pol. wysunął z ramienia Zarządu doc. *Handelsman* „Psychozy reaktywne“. Dyr. *Bielawski* podkreśla, że temat ten ma posmak społeczny i jako drugi temat proponuje: „Leczenie schizofrenii“. Dr *Chłopicki* jest za ujęciem tematu w formę: „Psychozy reaktywne ze stanowiska społecznego“. Plk *Malinowski* i doc. *Markuszewicz* wysuwają jako temat drugi: „Zagadnienia psychopatologii ze stanowiska społecznego“.

10) Miejsce przyszłego Zjazdu upatrywano w Krakowie, jednak z uwagi na istniejące obecnie trudności natury administracyjno - technicznej, spowodowane głównie zajęciem Zakładu w Kobierzynie przez szpital wojenny uchwalono pozostawić ostateczną decyzję odnośnie do miejsca Zjazdu jak i tematów Głównemu Zarządowi. Zjazd odbędzie się w czasie Ziel. Świąt, jak to zwykle przed wojną bywało.

11) Jednogłośnie wybrano nowy Zarząd Główny w osobach: prof. *J. Mazurkiewicz*, doc. *J. Handelsman*, doc. *R. Dreszer*, dr *M. Kaczyński*

(W-wa), oraz prof. *E. Wilezkowski* (Łódź), doc. *E. Brzezicki* (Kraków) i dyr. *O. Bielański* (Kościan).

12) Do kom. rewizyjnej weszli z wyboru: dr *F. Berezowski* (W-wa), dr *Dembowski*, dr *Wł. Jelowicki* (Tworki).

13) Sprawę wyboru wydawcy i redaktora „Rocznika Psychiatrycznego“ przekazano nowemu Zarządowi.

14) Wolne wnioski: a) Dr *Marzyński* proponuje wznowić działalność Instytutu Badań mózgu. Prof. *Grzywo - Dąbrowski* wskazuje na konieczność porozumienia się w tej sprawie z Pol. Tow. Neurol. i wszczęcie wspólnej akcji. b) Dyr. *Gallus* mówi o katastrofalnej sytuacji materialnej Zakładów Psych. w Polsce i zwraca się do Walnego Zgromadzenia o poparcie jego memoriału w tej sprawie do Min. Zdrowia. Dyr. *Herman* popiera stanowisko przedmówcy. Oba wnioski przyjęto.

WNIOSKI UCHWALONE NA XX ZJEŹDZIE PSYCHIATRÓW POLSKICH

1) *XX Zjazd Psychiatrów Polskich* potępia jak najostrzej zbrodnie niemieckie wogóle, a w stosunku do psychicznie chorych i personelu szpitalnego specjalnie.

2) *XX Zjazd Psychiatrów Polskich* stwierdza konieczność szerokiej opieki nad zdrowiem psychicznym ludności ze szczególnym uwzględnieniem zwalczania alkoholizmu i uchwała domagać się utworzenia w ramach Ministerstwa Zdrowia Państwowej Rady Zdrowia Psychicznego, jako organu opiniodawczego, oraz stworzenia przy Departamencie Chorób Społecznych Min. Zdrowia wydziału opieki nad zdrowiem psychicznym z odpowiednią organizacją wykonawczą w całym kraju.

3) *XX Zjazd Psychiatrów Polskich* stwierdza katastrofalny brak psychiatrów zwłaszcza w obliczu wzrostu liczby zaburzeń psychicznych. Niezbędnym jest wobec tego utworzenie oddzielnych katedr psychiatrii przy każdym wydziale lekarskim uniwersytetów i akademii lekarskiej.

4) Wobec braku łóżek psychiatrycznych *XX Zjazd Psychiatrów Polskich* uważa za niezbędne uruchomienie wszystkich istniejących w kraju zakładów psychiatrycznych i sanatoriów i stwierdza konieczność ratowania niektórych zakładów znajdujących się w stanie katastrofalnym pod względem aprowizacyjnym i finansowym, oraz stwierdza konieczność wydatnego poprawienia bytu pracowników szpitalnych.

STRESZCZENIA Z PRAC OBCYCH

H. C. Rumke

O KONIECZNOŚCI REWIZJI NAUKI O NERWICACH

(*Archiv Suisse de Neurologie et Psychiatrie 1947 t. LIX z. 1/2*)

Autor, badając przyczyny niepowodzenia psychoterapii w niektórych przypadkach nerwic, dochodzi do wniosku, że są nimi nie tylko błędy techniczne, lecz także, i to przede wszystkim, błędy w teoretycznych hipotezach nerwic, które powodują niejednokrotnie mylne rozpoznanie. Przyjmuje się bowiem często zachowanie, wykazujące odchylenia od normy, za nerwicę, lub też wymaga się dla postawienia diagnozy nerwicy, stwierdzenia zaburzenia osobowości, walki między jaźnią a nieświadomym, albo symptomów stłumienia i walki z popędami.

Autor zastanawia się nad szeregiem kwestii, a mianowicie, czy nerwica jest jednostką kliniczną, czy zdarza się u osobników w samej istocie zdrowych, czy objawy nerwicowe są odwracalne, a wreszcie czy te objawy są uwarunkowane psychogennie.

Z doświadczeń autora wynika, że rezultaty leczenia były pomyślne u osób, których linia życiowa szła w kierunku wstępującym, którzy mieli siłę i możliwości rozwojowe, byli steniczni i posiadali zdolność integracyjną. Osobnicy ci byli w swej istocie zdrowi, a rozwój ich był zahamowany wskutek zaburzeń psychourazowych. U chorych nie wyleczonych nie występują te cechy i dlatego autor nazwał te nerwice „nerwicami wstępującej lub zstępującej linii życiowej“.

Czynniki, wpływające na zahamowanie wzrostu i rozwoju psychicznego są te same, które powodują infantylność, a więc dziedziczność, uszkodzenie zarodki, zaburzenia wewnątrzwydzielnicze i czynniki psychourazowe. Czynniki wywołujące są więc bardzo różnorodne. — Z drugiej strony różne schorzenia o innej etiologii mogą wykazywać objawy nerwicowe, np. schizofrenia, depresja, psychopatia, schorzenia organiczne układu nerwowego i zaburzenia gruczołowe.

Autor stwierdził w toku swych badań, że nerwica rzadko występuje w czystej formie i kombinuje się z objawami, nie dającymi się wyjaśnić na podstawie obecnej teorii nerwic, jak zaburzenia temperamentu, niedostateczna zdolność reakcji, zaburzenia i zdolności dostosowania się lub zaburzenia integracji. W nerwicy występuje również szereg odchyień od normy pod względem somatycznym, w budowie ciała i wroście, w postaci znamion hormonalnych lub zaburzeń wegeta-

tywnych, które to objawy mogą zaciemniać obraz nerwicy. Autor przypisuje je działaniu bodźców psychicznych na śródmózgowie (diencephalon).

Na podstawie tych wyników autor dochodzi do wniosku, że nerwica nie jest jednostką kliniczną, lecz zespołem, występującym przy zaburzeniach rozwoju osobowości i że istnieje conajmniej tyle czynników etiologicznych, warunkujących ten zespół, ile czynników, powodujących zaburzenia rozwoju.

Nerwica występuje niekiedy u osobników zdrowych, pod wpływem czynników psychourazowych, hamujących rozwój lub opóźniający go przy tendencji postępującej, jednak o wiele rzadziej, niż naogół przypuszczają.

Nerwica nie jest więc, zdaniem autora, zasadniczo odwracalna, a jedynie jej objawy mogą być uleczalne. Odwracalność ich zależy od schorzenia zasadniczego.

Czynnik wywołujący nerwicę w wielu przypadkach nie jest psychogeny, lecz zakorzeniony w osobowości. Natomiast przeróbka deficytu biologicznego jest w wielkiej mierze psychogenna i dlatego odwracalna. Przypuszczalnie także w dalszym rozwoju psychicznym grają również rolę czynniki niepsychogenne.

H. Berezowska

R. W. Medicott

LECZENIE SCHIZOFRENII ELEKTRONARKOZA

(New Zealand Medical Journal 1947, z. 246 str. 20 — 297).

Autor używa aparatu na normalny 50 fazowy prąd zmienny. Natężenie zmienne można regulować dowolnie od 0—300 mA, natężenie stałe wynosi niewiele więcej 2% przy każdym nastawieniu aparatu z oporem od 200 — 500 omów. Niebezpieczeństwo przypadkowego wzrostu natężenia poza granicę 300 mA jest wykluczone, a wstępny obwód prądu dochodzącego do elektrody utrzymuje go na tak niskim poziomie, by chory go nie odczuwał. Początkowe natężenie przy pierwszym zabiegu wynosi 160 mA, podwyższa się je stopniowo po 20 mA, dochodząc przy dalszych zabiegach do maximum 250 mA. Chory traci przytomność w chwili włączenia prądu i odzyskuje ją w 0—15 lub więcej minut po zamknięciu dopływu. Gdy w 30 sekundzie prąd opada do 60 mA, występują po uprzednim tonicznym skurczu, skurcze kloniczne przez czas około 15 sek., poczym następuje okres ogólnego zwiócenia. Po około 20—30 sek. po zmniejszeniu prądu oddech, początkowo zatrzymany, powraca i 5% CO₂ i tlen zostaje dostarczony z powietrza. Następnie podwyższa się prąd stopniowo co 15 sek. o 5 mA, — możliwie do 125 mA. O ile w późniejszym toku zabiegu występują nieregularne skurcze kloniczne, należy zmniejszyć prąd dla uniknięcia napadu drgawkowego. W niewielu przypadkach drgawki wystąpiły tuż przed ukończeniem zabiegu z powodu nagłego wzrostu prądu do 200 mA. Ogólna reakcja mięśniowa trwa od 0—120 sek. Potem napięcie powraca i staje się wyraźniejsze w miarę wzrastania prądu. Autor ogranicza zwykle zabiegi do 7½ min. Stosuje 3 zabiegi tygodniowo, aż do wystąpienia poprawy, poczym zmniejsza je do 2, a następnie 1 tygodniowo. O ile po 10—20 za-

biegach poprawa nie wystąpi, przerywa leczenie. Przeciętna ilość zabiegów wynosi 23.

Z powikłań pozabiegowych najczęstsze są czasowe zaburzenia pamięci, dotyczące nie tylko ostatnich wydarzeń, ile wydarzeń z okresów od kilku miesięcy do 2 lat. Defekty są lakunarne i utrzymały się w niewielu przypadkach. W 15 przypadkach wystąpiło podwyższenie ciśnienia krwi, w czasie leczenia, utrzymujące się w kilku przypadkach przez jakiś czas. Leczone tym sposobem 50 chorych. Wyniki były lepsze niż w innych metodach we wczesnych przypadkach *schizophrenia paranoides*. Ostre schizofreniczne stany reakcyjne, *schizophrenia catatonica* i atypowe stany schizofreniczne dawały wyniki dobre, lecz nie lepsze niż przy leczeniu elektrowstrząsami. Przypadki *schizophrenia simplex* i *hebephrenia* oraz stany chorobowe długotrwałe nie dawały wyników korzystnych.

H. Ber.

Tyler G. A., i Lowenbach Hans

LECZENIE CHORÓB PSYCHICZNYCH ZAPOMOĄ KILKAKROTNYCH
CODZIENNYCH WSTRZĄSÓW ELEKTRYCZNYCH

(*N. c. Med. J.*, 1947, z. 8 str. 557 — 582)

Na podstawie swych doświadczeń, z których wynika, że poprawa w chorobach psychicznych jest związana z zaburzeniami powstrząsowymi, względnie długotrwałymi, autorzy wprowadzili w 1942 r. leczenie wstrząsami elektrycznymi, stosowanymi kilka razy dziennie. Stwierdzili oni, że najdłużej trwające i najsilniejsze zaburzenia powstrząsowe występują przy stosowaniu wstrząsów przez kilka po sobie następujących dni po 4 razy dziennie. Celem takiego leczenia jest wywołanie zaburzeń, a nie określona liczba napadów (wstrząsów). Jeżeli przeto 4 wstrząsy, zastosowane pierwszego dnia dadzą zaburzenia, trwające przez dzień następny, stosuje się w dalszych dniach 1—2 wstrząsów dziennie dla utrzymania tych zaburzeń conajmniej przez tydzień. Spodziewano się osiągnięcia tą metodą trwalszych remisji w przypadkach, w których dotychczasową metodą uzyskano tylko przemijającą poprawę. Doświadczenia dokonane na 32 chorych nie wykazały jednak lepszych wyników niż przy dotychczasowej metodzie. Korzyść tej metody stanowi natomiast skrócenie czasu leczenia, trwa ono bowiem od 2—11 dni, najczęściej 4—5 dni. Chory otrzymuje od 5—22 wstrząsów, przyczym metoda ta nie jest niebezpieczniejsza od dotychczasowej. Autorzy opierają się na fakcie, że u chorych depresyjnych, którzy naogół najlepiej reagują na wstrząsy, występują najdłuższe i najsilniejsze zaburzenia powstrząsowe, i wyciągają stąd wniosek, że zaburzenia te winny być miernikiem ilości i częstości stosowanych wstrząsów.

Przy tej metodzie nie stwierdzono nigdy samoistnych drgawek, choć niektóre przypadki pozostają od 5 lat w obserwacji. Zaburzenia nawet głębokie ustąpiły we wszystkich przypadkach, choćby opornych na leczenie, podobnie jak zaburzenia mowy i chodu, występujące dość często przy stosowaniu wielokrotnego codziennego leczenia wstrząsowego.

H. Ber.

C. B. Wilbur, A. Fortes

TERAPIA WSTRZĄSOWA U PACJENTÓW PONAD 70 LETNICH
Z ZABURZENIAMI AFEKTYWNYMI*(Am. J. Psychiatr., 1947, z. 104, str. 48 — 51)*

Autorzy przeprowadzali leczenie wstrząsowe u 30 chorych w starszym wieku, z tego 7 przypadków psychozy maniakalno-depresyjnej, 14 przypadków depresji inwolucyjnej z podnieceniem, 4 — depresji starczej, 3 — depresji reaktywnej. 28 chorych było w wieku między 70—78 lat, jeden miał lat 80, jeden 83. Każdy chory cierpiał równocześnie na jakąś chorobę cielesną, najczęściej sercowo-naczyniową. Leczenie wstrząsowe zastosowano po dokładnym przebadaniu i uprzednim leczeniu zmian cielesnych.

Przy wstrząsach stosowano kurarę, w dawce przeszło 1 mg na kg wagi ciała, przeciętna ilość zabiegów wynosiła 6,5, a mianowicie minimum 3, maximum 14 zabiegów. Stan odżywienia poprawiano zapomocą codziennych zastrzyków insuliny po 20 j. przed śniadaniem. W 2—3 dni po ukończeniu leczenia wstrząsowego stosowano psychoterapię, w tym bowiem czasie ustępowały główne zaburzenia powstrząsowe. Ustalenie odpowiednich odstępów czasu pomiędzy poszczególnymi zabiegami zapobiega wybitniejszemu zaburzeniom.

Ilość dni szpitalnych wynosiła przeciętnie 39, w 4 przypadkach przeprowadzono leczenie ambulatoryjne. Czas trwania choroby nie wpływa na ilość dni szpitalnych.

Z 30 leczonych pacjentów natychmiastowa poprawa nastąpiła w 28 przypadkach, 1 przypadek nie uległ poprawie, 1 chora z lekkimi sercowymi zmianami miażdżycowymi zmarła bez poprawy, 4 chorych zmarło później, psychicznie zdrowi, 2 zmarło na choroby cielesne w stanie choroby psychicznej, a 5 zmarło po 5 latach w stanie uzdrowienia po 3 nawrocie.

Autorzy dochodzą do wniosku, że chorzy w starszym wieku znoszą dobrze leczenie wstrząsowe. Stosowanie kurary czyni leczenie bezpieczniejszym.

Tietz Esther B.

DALSZE BADANIA NAD ELEKTRONARKOZĄ

(J. Nerv. i Ment. Disease 1947, z. 106, str. 150 — 158)

Po opracowaniu techniki w przedwstępnych badaniach na zwierzętach poddano elektronarkozie 48 pacjentów chorych na schizofrenię. Wyniki lecznicze były bardzo podobne do wyników otrzymywanych przy kuracji insulinowej. Obecnie poddano elektronarkozie i inne przypadki. Na 46 przypadków poddanych leczeniu złożyły się: 18 przypadków schizofrenii, 13-psychonerwicy, 6-psychozy inwolucyjnej paranoidalnej, 7-z powracającą depresją organiczną. Wykonano w sumie 710 zabiegów. Wyniki w przypadkach schizofrenii potwierdzają poprzednie rezultaty. Z 18 przypadków — 14 powróciło do zdrowia (w przeciągu miesiąca po zakończeniu leczenia). Z pośród 13 przypadków psychonerwicy 9 wróciło całkowicie do

zdrowia. Objawy depresyjne były w tych przypadkach bardzo wyraźne i większość była leczona przez długie okresy metodami psychoterapeutycznymi. Jeden z pośród tych pacjentów miał podczas leczenia ostry epizod psychotyczny. Stąd doświadczenie autora, że pacjenci psychonerwicy wymagają takiego samego leczenia jak i schizofrenicy. Wszyscy z pośród 7 pacjentów z nawracającymi depresjami zareagowali na leczenie, lecz troje z nich przerwało leczenie przed jego zakończeniem. Dwa przypadki organiczne z utrzymującymi się długo cechami depresji wykazały poprawę objawową. Nie zadowalające wyniki otrzymano w przypadkach inwolucyjnych paranoidalnych, z których dwa wykazały poprawę społeczną, a trzy nie uległy żadnej zmianie. Za najmniejszą liczbę zabiegów uważa się 12 do 15 z wyjątkiem przypadków prostej depresji, których leczenie można przerwać z chwilą zniknięcia objawów. Zabiegi stosuje się trzy razy tygodniowo aż do uzyskania poprawy. W ciągu najbliższego tygodnia stosuje się jeszcze trzy zabiegi, w następnym dwa, wreszcie przechodzi się do leczenia końcowego.

Modyfikacje metody zależą od wskazań indywidualnych. Połowa tych przypadków była poddana leczeniu ambulatoryjnemu. Stosowano technikę zmodyfikowaną w stosunku do dawnej. Używano niższego prądu wyjściowego (200 mA., 176 mA. dla wrażliwszych pacjentów). Prąd ten utrzymuje się przez 30", potem obniża się do 60 albo 70 mA.. Kiedy ustali się rytm oddechowy, prąd podnosi się stopniowo o 5 mA. co 15 sek. aż do chwili osiągnięcia poziomu narkozy. Prądu nie podnoszono naogół powyżej 125 mA. Większość przypadków przetrzymywano w narkozie od 7 do 12 min. E.E.G. — jeśli jest możliwy do uzyskania — wykazuje, że podczas leczenia rozwinąć się mogą szerokie, powolne fale, które znikają po jego zakończeniu.

Podczas leczenia podawano chorym doustnie preparaty witaminowe. Raz w tygodniu — przez okres miesiąca — poddawano pacjentów psychoterapii.

H. Hellich

Paterson Speer

ELEKTRONARKOZA

(The Lancet, 1947, Aug. 9, z 2 str. 198 — 201)

Autorzy opisują fizjologiczny stan narkozy, który wytwarzano u psów i ludzi. Wyniki u 20 pacjentów chorych na schizofrenię wykazują, że elektro-narkoza może zastąpić śpiączkę insulinową, jako metoda z wyboru, we wczesnej schizofrenii ze względu na swą prostotę i bezpieczeństwo. W nowym aparacie wykorzystano siły elektromagnetyczne, a prąd stały uzyskuje się bez użycia lamp termicznych. Obwód pierwotny włączony jest do sieci, obwód pacjenta natomiast jest od sieci izolowany za pośrednictwem transformatora. W ten sposób usunięta jest możliwość samoocylacji i wzrostu prądu obwodu pacjenta w związku z wodą w aparacie. Dobrana wartość prądu wyjściowego ulega nieznacznym tylko zmianom niezależnie od wielkości oporu obwodu pacjenta.

Metoda ta posiada również wartości odkrywcze. W związku z coraz nowymi możliwościami przepuszczania prądu przez mózg ludzki rozszerza się zakres badań

nad elektrofizjologią układu nerwowego. Prąd zależnie od swego natężenia wywoływać może: kontrolowaną narkozę, hiperkinezę, drgawki i czasem katalepsję. Leczenie rozpoczyna się od prądu początkowego o ustalonej wartości, zwykle 160 mA., którego efektem jest zgięcie tężcowe kończyn przechodzące w ciągu mniej więcej 10 sek. w chwilową atonię, potem w wyprostowanie kończyn dolnych i opistotonus. Oddech i tętno ulegają zatrzymaniu i pacjent może dostać sinicy. W 30 sek. po zastosowaniu prądu początkowego prąd zostaje zredukowany do 65 mA., po mniej więcej 15 sek. pacjentowi powraca oddech. Dwutlenek węgla i tlen podaje się już po obniżeniu prądu. Natężenie prądu podnosi się następnie co 15 sek. o 5 mA.. Nieznaczny *stridor* oddechowy wskazuje na uzyskanie prawidłowego poziomu uśpienia. Nie można przekroczyć natężenia 110mA., gdyż może nastąpić drugi napad skurczu tężcowego. Po 7 min. przerywa się przepływ prądu i pacjent wraca do siebie w ciągu pół godziny.

H. Hellich

L. Cornil H. Gastault

BADANIE ELEKTROENCEFALOGRAFICZNE JEDNOSTRONNEJ PRZEWAGI PÓŁKULI MÓZGOWEJ

Badanie mające wykazać pokrewieństwo między elektroencefalogramem i zjawiskiem przewagi bocznej wykazały asymetrię rytmu alfa pod postacią niższej amplitudy i mniejszej stałości dla dominującej półkuli. W celu zbadania tego zagadnienia autorzy badali E.E.G. u 120 dorosłych i 30 dzieci. Analiza amplitud wykazuje w większości przypadków asymetrię rytmu alfa w okolicy potylicznej, podczas gdy szybki, o niskim woltażu rytm okolicy czołowej i centralnej okazuje się symetryczny we wszystkich przypadkach. Z tej serii 58% przedstawia asymetrię rytmu alfa zmieniającą się od 5 do 50%. Rytm o niższej amplitudzie jest niezmiennie zlokalizowany w dominującej półkuli. Mierząc liczbę pełnych fal alfa w ciągu 100 sek. autorzy znaleźli, że rytm alfa zarejestrowany dla dwóch symetrycznych punktów płatów potylicznych posiada jednakową częstość i jest idealnie zsynchronizowany, jakkolwiek nie rzadko obserwowano niewielkie zmiany polegające na krótkotrwałym wzniesieniu fali. Badano również zachowanie się rytmu alfa przy otwarciu oczu i przy pamięciowym rachowaniu. W 38% przypadków u dorosłych stwierdzono asymetrię w wygasaniu rytmu alfa po stronie przeważającej półkuli. Ten typ asymetrii zmienia się zależnie od metody zastosowanego zablokowania: rachowanie pamięciowe powoduje nie tak znaczne wygasanie fal alfa, niż otwarcie oczu. U kilku osób badano produkcję rytmu potylicznego spowodowanego przerywanym rytmicznie oświetleniem siatkówki. Rytmu te są nieraz asymetryczne, wyższe amplitudy zdarzają się stale po stronie, która przedstawia w spoczynku rytm alfa mniej wybitny (półkula dominująca). Jeżeli jednak asymetria fal spowodowana w ten sposób jest rzeczywiście znaczna, wskazuje to na uszkodzenie kory wzrokowej lub szlaku do niej wiodącego. Z 2 badanych przypadków o *situs inversus totalis* jeden przedstawił sympatię alfa, w drugim

rytm alfa wyraźnie dominował i był o wiele bardziej stały po stronie prawej półkuli, jak obserwowano w przypadku osób o prawostronnej lokalizacji.

Autorzy sądzą, że odkrycia te: 1) obniżenie amplitudy rytmu alfa dla dominującej strony, 2) bardziej zupełne wygasanie alfa po stronie dominującej podczas wysiłku umysłowego lub otwierania oczu, 3) łatwiejsza produkcja rytmu po tej samej stronie pod działaniem przerywanego rytmicznie naświetlania siatkówki — oznacza dużo łatwiejsze przewodzenie bodźców zmysłowych w szlakach wzrokowych po stronie dominującej i znaczny udział tej półkuli w procesach werbalizacji i uwagi, a może i w chorobach psychicznych.

H. Heflich

Fortanier

KILKA UWAG O STOSOWANIU NARKOZY PENTOTHALOWEJ

(*Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie* 1947)

Autor opisuje 3 przypadki nerwicy lękowych — (*nevrose due a la frayeur*), leczonych pentothalem. Chorzy — trzech żołnierze angielscy, jeden w wieku lat 24 i dwóch 32 letnich, nie mieli żadnego obciążenia dziedzicznego i nie wykazywali żadnych zaburzeń psychicznych do momentu działania bodźca, który wywołał lęk. Nerwice przebiegały pod postacią zahamowania afektywnego, całkowitego braku kontaktu z otoczeniem, w jednym przypadku w połączeniu z zaburzeniami orientacji, w drugim z zespołem histerycznym (ograniczenie pola widzenia). Po zastosowaniu pentothalu w połączeniu z narkosyntezą, następowało wyleczenie przez proces *catharsis* (powrotu do przeżyć, które wywołały nerwicę, powtórne ich przeanalizowanie i poddanie krytycznej ocenie).

W wywołaniu tego procesu odgrywa także rolę sugestia zewnętrzna, która przed zastosowaniem pentothalu nie dała żadnego rezultatu. W poglądzie na działanie pentothalu w sensie wywoływania odhamowania zewnętrznego z autorem zgadzają się *Brain* i *Strauss*.

W. Horydówna

Arthur Ruskin, Jerome Ravel i Bruce Beard

ELEKTROKARDIOGRAM W CHOROBACH UMYSŁOWYCH

(*Tex. Reports on Biol. i Med.* 1947 r. Summer z 5 str. 232 — 245).

Na podstawie badania elektrokardiogramów stu kilku przypadków chorych psychicznie autorzy znaleźli wyraźne odchylenia Ekg, których zmienność i odwracalność dowodzi ich pochodzenia czynnościowego. Zmiany polegające na skróceniu odcinka P—R służą, jako wskazówka chwiejności autonomicznego układu nerwowego. Obniżenie segmentu S—T i dwufazowe lub odwrócone fale T obserwowano dość często, dowodzą one niewydolności krążenia wieńcowego oraz uszkodzenia mięśnia sercowego.

Wiek badanych wahał się w granicach 14 — 50 lat. Wykluczono wszystkie przypadki organiczne, podobnie, jak przypadki noszące ślady przebytej kuracji wstrząsowej, stosowania leków, oraz te, które wykazywały akcję serca o częstości większej od 100/sek. Kategorie psychiatryczne obejmowały: 39 przypadków psychoneurwicy, 22 przypadki patologicznej depresji i 30 przypadków psychozy czynnościowych (schizofrenia, faza maniakalna psychozy maniakalno - depresyjnej, psychoza inwolucyjna depresyjna).

W 6% tych przypadków występowały *interwały* P—R o czasie trwania 0,10-0,11 sek., w 15% znajdowano obniżenia S—T₂ i S—T₃ o 1 mm. i więcej. W 14% przypadków znaleziono niski woltaż fal T, — znaczenie jego jest zresztą sporne, występuje on charakterystyczniej w psychoneurwicach i prostych depresjach, niż w innych badanych przypadkach. Prawie jednakowy wynik Ekg. we wszystkich rodzajach chorób psychicznych z wyjątkiem psychopatii, które nie wykazują nic szczególnego, pozwala podciągnąć pod jeden mianownik ich somatyczny składnik sercowy. Brak charakterystycznego Ekg w psychopatiach wiązać należy z mniejszą rolą czynnika emocjonalnego.

H. Heflich

J. Delav, L. Steven

KURARA W LECZENIU WSTRZĄSOWYM

(*La semaine des hopitaux 1948 N-66,2*)

Stosowanie kurary w leczeniu wstrząsowym wprowadzone w 1940 r. przez *Bennett* i *Nebraska*, jest jednym z jej najważniejszych zastosowań w medycynie.

Zaletą stosowania kurary przy wstrząsach polega na możliwości uniknięcia gwałtownych skurczy, przez wyłączenie układu neuro-mięśniowego, rozszerzając przez to zakres tego leczenia i zmniejszając ilość powikłań. Metoda ta jest tym ważniejszą, że z punktu widzenia leczniczego wstrząsy poronne okazały się niewystarczającymi. Autorowie używają kurarę od dwóch lat, stosując standaryzowany preparat *Intocartin*, w wodnym roztworze, po 20 jedn. w cem.

Technika zabiegu.

Kurarę podaje się dożylnie, dawkowanie musi być bardzo staranne, gdyż niewielka jest różnica między dawką dającą wystarczającą atonię mięśni, a powodującą porażenie przepony. Ponieważ działanie kurary występuje z pewnym opóźnieniem, nie można dawkować dostrzykując w zależności od otrzymanego efektu.

Amerykańscy lekarze podają 1 jednostkę na kg wagi.

Autorowie zauważyli, że przy tej metodzie dawki dla osób otyłych są za wysokie, a dla osób wychudzonych za niskie, dlatego też proponują dawkowanie według ilości cm. wzrostu ponad 1 m. u osób dorosłych, nie ponad 40 cm.

Przy dozowaniu należy brać pod uwagę: 1) płeć — u kobiet daje się dawki o 1/5 — 1/4 mniejsze niż u mężczyzn, 2) wiek — z wiekiem wzrasta odporność na kurarę, 3) stan napięcia mięśni — większe dawki podaje się przy hipertonii, a mniejsze przy hypotonii. Zauważono, że w stanach maniakalnych należy zmniej-

szyc dawkę często aż o 20 jednostek. Stan układu wegetatywnego — sympatykonicy są bardziej wrażliwi od wagotoników na działanie kurory, tak że tym ostatnim należy często przed zabiegiem podać $1/2$ — $1/3$ miligramu atropiny lub scopolaminy. Wstrzykiwanie roztworu kurary powinno trwać od 1 minuty do 3. nie należy przekraczać tych granic.

Objawy kuraryzacji występują w następnej kolejności: Po 30 sek. od początku wstrzykiwania występują: lekkie opadnięcie powiek, objawy pseudo przedmiotkowce (nystagm, strabismus) wreszcie lekki bezgłos. Po 2 — 3 minutach występuje lekka atonia mięśni tworzy, wystarczająca jednak by zapobiec zwicnięciu żuchwy. Następnie działanie kurary przenosi się na mięśnie szyi tułowia, i mięśnie kończyn. Maksimum działania kurary występuje po 4 — 6 min. Dzięki niepobudliwości mięśni zabieg przebiega bez brutalnych skurczów mięśni, nie powodując złamań ani zwicnięć.

Bezdechu dzięki pobudzającemu działaniu kurary na ośrodki oddechowe prawie nie ma, lub jest znikomy. Nie stwierdza się też podniecenia psychoruchowego po zabiegu.

Po wstrząsie w 10 — 55 minut porażenie ustępuje pozostawiając hypotonię która całkowicie ustępuje po 2 godz.

Powikłaniem jakie najczęściej może zajść w czasie stosowania tej metody jest przejściowe zatrzymanie oddechu przez porażenie przepony.

Porażenie mięśni oddechowych pomocniczych następuje po porażeniu mięśni kończyn, a po tym dopiero może nastąpić porażenie przepony.

Przy odpowiednim dawkowaniu do tego stopnia porażenia nie dochodzi.

W razie jego wystąpienia ratuje chorego sztuczne oddychanie, w cięższych przypadkach podanie dożylnie 2 — 5 mg, prostygminy, antagonisty kurary, atropiny lub efedryny, wreszcie zastosowanie maski tlenowej.

W literaturze światowej jest podane tylko 5 przypadków śmiertelnych, które nastąpiły prawdopodobnie na skutek wadliwego dawkowania.

Przy zbyt szybkim wstrzykiwaniu może wystąpić *bronchospasmus*.

Na mięsień sercowy kurara nie działa, ciśnienie krwi nieco obniża.

Dzięki tej nowej metodzie autorzy stosują leczenie wstrząsowe u starców w przypadkach z chorobą *Potta*, *Pageta*, z osteoporozą i innymi schorzeniami układu kostnego.

W. Semadeni

J. Mazurkiewicz

LA DOUBLE FONCTION DU SYSTÈME NERVEUX

Il est impossible de comprendre la dualité du fonctionnement nerveux tant que la physiologie voit dans la cellule nerveuse une seule propriété spécifique: la conductibilité de l'excitation dans l'arc reflexe.

L'essai qui a eu pour but d'expliquer les fonctions nerveuses, celles des instincts et psychiques comprises par le reflexe a échoué.

La preuve expérimentale, faite il y a 50 ans par les physiologues anglais et polonais, de l'existence de l'activité propre de l'écorce cérébrale a été le premier ébranlement de la conception reflexologique à laquelle nous devons d'ailleurs presque toute la connaissance de la physiologie du système nerveux jusqu'à nos jours. Ces découvertes ont contribué à créer un nouveau chapitre de la physiologie — l'électroencephalographie étudiant le potentiel global de l'écorce cérébrale.

De plus la conception classique de l'arc reflexe a été ébranlée au cours des dernières dizaines d'années. Les expériences de *Lapicque* sur l'isochronisme des voies dans l'arc reflexe ont démontré la moindre excitabilité du neurone intercalaire et la nécessité d'additionner les excitations ce qui retarde l'apparition du reflexe et possède un caractère mnémique, conservateur et pas de conduction. Ce sont les expériences de *W. R. Hess* (1924) et surtout de *Orbelli* (1925) qui ont, par la suite, révolutionné les conceptions sur le reflexe en démontrant que: 1^o le reflexe ne dépend pas uniquement d'une excitation extérieure, qu'il est la résultante des deux forces: excitation extérieure et la force du système végétatif, 2^o ce qui, par conséquent a permis de prouver que le système végétatif dirige en plus des fonctions végétatives les fonctions du système volontaire, malgré la conception de *Bichat*, considérée comme axiome jusqu'à nos jours et affirmant que les rapports de l'organisme avec le monde extérieur sont régis par le système animal.

Cette direction, expérimentalement prouvée, du système végétatif qui est en même temps la base anatomique de la vie affective constitue le correspondant psychophysiologique de la direction affective dans la vie psychique.

Malgré les anciennes conceptions du caractère uniforme des excitations nerveuses, le système nerveux apparaît actuellement comme un grand transformateur: les organes sensoriels périphériques transforment l'énergie de l'excitant extérieur; le courant arrivant au ganglion périphérique sympathique n'est pas identique au courant qui en ressort. Mais les plus importantes au point de vue psychophysiologique sont les transformations globales: les impulsions sensibles qui arrivent au cerveau ne sont pas identiques à celles qui arrivent à la moelle par suite de l'action d'un mécanisme filtrant et contrôlant (*Adrian*). Les ensembles segmentaires s'unissant dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs sont colorées électivement d'un ton affectif (*Head*). Les ensembles thalamiques subissent dans l'écorce cérébrale retrofrontale une transformation et une engraphie indispensables au réflexe conditionnels, qui sont une fonction spécifique de l'écorce retrofrontale (*Pawlow*).

On peut concevoir que l'écorce cérébrale est construite suivant un double plan: 1^o écorce affective au pôle postérieur, écorce motrice au pôle antérieur, (plan statique, réflexologique ou neurologique).

2^o plan évolutif psychophysiologique ou psychiatrique: pôle postérieur en général stationnaire chez les mammifères et l'homme, pôle antérieur (organ frontal) en continue évolution non pas seulement en comparaison avec les animaux mais aussi avec l'homme de caverne.

Cette inégalité de l'évolution de l'écorce, de ses deux pôles et aussi les observations plus récentes de neurochirurgie avec l'ablation des lobes frontaux ainsi que les observations cliniques prouvent que la plus élevée se localise dans l'organe frontal. Il semble en résulter que l'évolution psychique chronogène c'est à dire de ses trois stades: des psychismes, des réflexes conditionnels, des psychismes prélogiques et des psychismes logiques ou associés marche de paire avec l'évolution topographique des étages correspondant de l'écorce cérébrale.

Les deux plans décrits sont également bons: mais un pour les recherches purement somatiques, le second pour les recherches psychophysiologiques, s'appuyant sur les propriétés mnémiques du tissu nerveux. La conception mnémique de ces recherches permet de les lier convenablement avec la théorie Jacksonienne de l'évolution et de dissolution.

En vertu de ces principes plus le niveau de l'évolution de l'activité psychique est élevé plus cette activité est éloignée du réflexe, plus elle est „volontaire" c'est à dire plus dépendante non des situations extérieures mais du passé des fonds mnémiques se transformant dans l'ecphorie en énergie dynamique.

Roman Markuszewicz

NOUVEAU PROBLÈME DANS LA PSYCHOPATOLOGIE

J. Baley

A METHOD OF INVESTIGATING THE INFLUENCE OF WAR UPON THE MIND OF CHILDREN

The author gives a description of a test used in his investigation on the influence of war upon the mind of children. In this test the children were asked to write down in the course of 3 minutes as many words as possible beginning with a given letter. The letters most frequently used were: „a”, „w”, „r”. These investigations were conducted during the last years of war and continued after its end.

The material thus collected contained a large number of words undoubtedly connected with the war, and thus brought to light the existence of a „war-complex” in a certain percentage of children. In this sense one can also speak of a war-complex which is characteristic for some groups of young girls and young boys. The author discriminates an „unethical” complex, disclosed by such words as „to murder”, „to expel”, „to rob”, „to execute” etc., and an „ethical” or „heroical” complex when there was a majority of words such as „liberty”, „faith”, „endurance”, „liberation” etc.

The repetition of the test after a few months time showed a decrease in the number of words connected with war, i. e. a diminution of the „war-complex”.

J. Handelsman

CLINICAL TOPICS FOR ELEKTROSHOCK TREATMENT

R. Dreszer

SHOCK TREATMENT AS SCIENTIFIC EXPERIMENT.

Maurycy Bornsztajn

SUR LA CAUSE DES BONS SUCCÈS DANS LE TRAITEMENT DE LA SCHIZOPHRÉNIE À L'AIDE DES SHOCKS DU CARDIAZOL, DE L'INSULINE ET DES ÉLECTRO-SHOCKS.

L'auteur met en évidence le grand et indoutable succès du traitement de la schizophrénie à l'aide des shocks, produits par le cardiazol, par l'insuline et par les courants électriques de grande tension. L'auteur essaye de donner une explication de ce fait. De prime abord selon l'opinion de l'auteur il faut prendre comme point du départ qu'au fond de tous ces issues bénignes, produits par des processus autant différents, doit être une cause commune. Cette cause commune est la perte de la conscience. Au fur et à mesure que cette perte de la

conscience se prolonge et s'approfondit, l'amélioration devient plus sûre et plus durable. Le processus essentiel de la schizophrénie consiste en combat entre la conscience et "l'inconscience". Il faut que ces deux éléments existent sur le champ de bataille. Au moment où un des éléments disparaît le processus schizophrénique s'affaiblit peu à peu. L'itération de la situation, où l'élément de la conscience s'échappe du champ de la bataille, engendre l'amélioration de l'état morbide.

St. Batawia

LES CRIMES ALLEMANDS EN TANT QUE PROBLÈME SOCIAL ET CRIMINEL.

Ce qui importe dans les crimes allemands ce n'est pas tant l'élément de cruauté que le fait de légaliser le crime, le fait d'assasiner des millions d'hommes considérés comme inutiles ou nocifs par le système hitlerien par suite d'un plan élaboré jusqu'aux plus petits détails, de faire d'un crime en masse, un fait social normal. Ces faits ont été préparés par une longue éducation du peuple allemand, par une idéologie reposant sur le mythe de la race, de la force, du sang. On pourrait poser la question, si le fait d'avoir trouvé par l'hitlerisme d'un si grand nombre d'exécutants des crimes ne prouve pas l'hérédité des dispositions criminelles propres au peuple allemand. La diversité d'éléments raciaux dont celui-ci est constitué prouvait le contraire. En plus il est quasi impossible de démontrer d'une façon scientifique les rapports entre ces dispositions et les éléments biologiques héréditaires. Par contre on pourrait expliquer la formation d'un caractère national particulier chez les gens de race différente par l'influence culturelle, par l'influence du milieu social dans lequel vivaient et s'éduquaient des générations d'Allemands. Il est caractéristique que les membres d'autres nations et groupes ethniques prenaient part aux crimes allemands. Il suffit qu'apparaissent les conditions dans lesquelles les crimes perdent leur caractère de crime pour qu'on trouve des criminels.

L'hitlerisme a démontré combien certaines idées et certains mythes peuvent être nocifs et en même temps combien les idées morales sont labiles et dépendent des conditions sociales.

R. Markuszewicz

LA LIQUIDATION BARBARE DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE A CHOROSZCZ.

Pour des raisons d'ordre militaire les autorités russes ont décidés l'évacuation de l'hôpital vers l'U.R.R.S. Une commission comprenant des médecins russes et polonais s'est occupée de l'évacuation. Les malades après avoir reçu des vêtements d'hiver ont été transporté en automobiles à la gare où déjà des trains chauffés avec couchettes pour chaque malade attendaient. Des wagons de marchandises transportaient les bagages et tout le nécessaire. Le chef des hôpitaux de l'U.R.R.S. Aleksandrowsky assistait au départ de chaque train.

Sont restés à l'hôpital de Choroszcz des malades intransportables. Au presbytère voisin il s'est créé un nouvel hôpital.

Les Allemands dès leur arrivée en 1941 menaient en camion les malades par groupes au bois voisin à Nowosiółki. On entendait des salves après lesquelles les soldats allemands revenait chercher d'autres malades jusqu'à ce qu'il n'en reste plus. De même les Allemands ont fait venir, pour les fusiller, tous les malades sejoignant chez les paysans du voisinage. En tout ils ont fusillé 464 malades sur l'ordre et avec l'approbation du médecin de l'état major allemand Canzler.

A. Falkowski

L'HÔPITAL ST. JEAN DE DIEU DE 1939 À 1944

De 1939 à 1944 les pavillons de l'hôpital étaient destinés aux maladies mentales aux maladies infectieuses et aux prisonniers malades. En 1944 les Allemands, ayant enlevé les autres malades il n'y avait à l'hôpital que les malades mentaux. En 1939—40 les Allemands appliquaient de sévères represailles sous forme de peine de prison ou de déportation à certains membres du personnel (2 médecins, le directeur, le curé) et même aux malades dont un a été fusillé et un autre emprisonné. De même qu'en 1939 pendant l'insurrection de Varsovie on soignait à l'hôpital les blessés dans des caves. On travaillait sous des bombardements aériens, sous les assauts de clais et des trains blindés qui stationnaient à la gare voisine. Au cours d'un bombardement des femmes malades ont été ensevelies sous les décombres d'un bâtiment de la Clinique Universitaire. Vers le milieu du mois d'août on a dû évacuer les malades et le matériel dans les locaux du Ministère de la Justice. On transportait les malades dans leurs lits. Pendant qu'on opérait dans les caves mal éclairées, sans aération et dans des conditions d'asepsie laissant beaucoup à désirer brûlaient au dessus quelques étages de la maison. Le feu a pu être localisé et éteint au bout de quelques jours seulement. Pendant ce temps ceux des malades mentaux qui le pouvaient ont rejoint leurs familles, d'autres se cachaient dans les abris ou l'église voisine (ils sont morts au cours d'un bombardement de l'église), d'autres enfin ont péri sous les décombres de l'hôpital St. Jean de Dieu. Avec ces derniers est morte Dr Halina Jankowska.

Le 2 septembre les malades et les civils survivants ont été évacués par les Allemands dans un camp environs de Varsovie ou en l'Allemagne. Les Allemands tuaient tous les blessés qui ne pouvaient pas marcher.

Pendant l'insurrection par l'hôpital St. Jean de Dieu sont passés 1500 blessés, 2000 par la succursale du Ministère de la Justice, il est impossible d'évaluer le nombre des blessés soignés à l'église St. Jacques.

Sont morts pendant l'insurrection: 1 médecin, 1 soeur et un ouvrier. 5 soeurs peuvent être considérées comme mortes.

L'hôpital St. Jean de Dieu riche en oeuvres d'art et manuscrits historiques existait depuis 1728. Il a servi pendant toute l'insurrection et a péri avec le quartier dans lequel il se trouvait.

Jan Gallus

LE SORT DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE À DZIEKANKA

Les Allemands ont occupé Dziekanka le 11.IX. 1939. Après avoir réduit par divers moyens (fausses accusations, chicanes diverses) le personnel de 251 à 100 employés, ils ont commencé la liquidation en masse des malades mentaux polonais. De décembre 1939 à juillet 1941 ils ont déporté en direction inconnue les 1201 malades de l'hôpital. La preuve que ces malades ont été tués est fournie par les avis envoyés à leurs familles et attestant leur transfert aux hôpitaux qui n'existaient déjà plus ou bien par les avis de décès dans les hôpitaux du Général Gouvernement. On sait maintenant que les malades n'y sont jamais arrivés.

A la même période à Dziekanka sont mort, par suite de piqure au d'un médicament inconnu additionné aux aliments 879 malades.

En plus auraient décédé à Dziekanka 1506 malades arrivés d'autres hôpitaux psychiatriques. Ces malades, malgré les avis reçus par leurs familles ne sont jamais arrivés à Dziekanka.

En somme, en s'appuyant sur les documents allemands, 3586 malades polonais, russes, juifs, anglais et autres ont été assassinés à Dziekanka.

Stanisław Świerczek

LES CRUAUTÉS ALLEMANDES ENVERS LES MALADES MENTAUX, LA PLUPART ALLEMANDS, À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE À OBRZYCE (OBRAWALDE)

Jusqu'à janvier 1945 Obrzyce était un hôpital allemand et s'appelait Obrawalde. Entre 1942 et 1945 les Allemands ont assassiné à l'aide des piqûres des malades en majorité allemands amenés en masse de différents hôpitaux d'Allemagne. Le nombre d'assassinés ne peut pas être exactement évalué, mais il atteint probablement 19.000. On a retrouvé quelques listes de transport, un fichier spécial des 1378 femmes mortes de janvier à mai 1944. Il en résulte que le plus grand nombre des décès a eu lieu entre le 1-er et le 16-ème jour de séjour à l'hôpital. Si on s'appuyait sur ce fichier et si on tenait compte des hommes on pourrait en déduire que le nombre probable des morts correspondait à 6611 décès en 1944 et à 19.833 de 1942 à 1944.

E. Wilezkowski

LE SORT DES MALADES MENTAUX À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE À GOSTYNIN PENDANT L'OCCUPATION.

Ces données correspondent à la période allant de 1.IX. 1939 au 4.III. 1942. Après cette date l'hôpital a été transformé à un service pour malades pulmonaires.

Le 1. IX. 1939 il y avait à l'hôpital 451 malades. Dans la période mentionnée plus haut on a admis par voie normale 311 malades et 314 par transports spéciaux. 304 malades ont quitté l'hôpital par voie normale, on a déporté et détruit 107, transporté dans d'autres hôpitaux 485. Le nombre de décès était 188.

On déportait et détruisait les malades sur avis des autorités allemandes d'arrondissement (48) ou bien par décision des autorités médicales psychiatriques allemands (59). Par suite des divisions territoriales effectuées par les Allemands et en liaison avec la fermeture de certaines sections de l'hôpital les malades étaient transportés dans d'autres hôpitaux ou on les détruisait. On admettait à l'hôpital les malades mentaux allemands de Roumanie, Lithuanie et de l'Asile allemand de Pleszewo (depart. de Poznań). Il arrivaient en plus les transports des malades Polonais et Allemands de Kochanówka.

La mortalité des malades était due à la tuberculose. En 1940 la mortalité était de 12,3%, en 1941 — 14,5%. Les malades soignés par des médecins Polonais quittaient l'hôpital soit comme guéris, ou bien avec grande amélioration ou simplement améliorés.

5 membres du personnel de l'hôpital ne sont pas revenus de la campagne 1939.

Le 18 mars 1942 est mort le médecin — chef de l'hôpital le docteur Karol Mikulski. Au printemps 1942 la Gestapo a arrêté à l'hôpital des nombreux employés dont 4 ont été exécutés, 3 sont morts dans les prisons allemandes, 7, dont le docteur Wilczkowski, directeur de l'hôpital, sont revenus après 3 ans de prison.

Depuis le mois de mai 1945 l'hôpital fonctionne de nouveau en tant qu'hôpital psychiatrique auquel sa construction le détruit.

K. Marxen et H. Latyński

DONNÉES SUR LE MODE DE TRAITEMENT DES ENFANTS ANORMAUX À LA SECTION B DE LA CLINIQUE INFANTILE DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE À LUBLINIEC POUVANT ÊTRE TRAITÉ DE EUTANASIE.

Ces données sont basées sur 1) les récits des infirmières polonaises qui ont travaillé aux pavillons des enfants, 2) sur certains documents allemands et 3) sur le livre d'ordonnance du pavillon B.

En novembre 1941 a été ouverte à l'Hôpital psychiatrique de Lubliniec une section d'enfants. Cette section était divisée en 3 pavillons A, B, C. On y admettait des enfants envoyés par les tribunaux, les communes et personnes privées.

A tous les enfants on faisait un prélèvement de la gorge pour la recherche du bacille de Löffler et l'encephalographie. Les enfants au nombre de 60 âgés des 8 mois à 18 ans subissaient à la clinique un classement à la suite duquel les enfants normaux, psychopathes, arriérés, rééducables, enfants condamnés étaient envoyés dans des établissements appropriés.

Les arriérés, idiots, mongoliens, épileptiques, hydrocéphales étaient gardés à Lubliniec au pavillon B.

Le médecin Buchalik Ernest donnait des ordres à l'infirmière allemande de façon que les infirmières polonaises ne puissent pas les entendre. L'infirmière allemande elle-même préparait et distribuait les médicaments ordonnés. Le livre d'ordonnance et les observations des enfants ont permis de constater que les enfants, indépendamment de leur âge, recevaient du Luminal aux doses allant de 0,1 à 0,6 parfois même à 1 gr. Certains enfants les supportaient pendant des semaines et des mois, d'autres par contre mourraient au bout de quelques jours.

Certains après l'absorption du médicament vomissaient, étaient étourdis, mais s'alimentaient bien, courraient, s'amusaient, d'autres après avoir reçu le barbiturique tombaient en état d'obnubilation, étaient pâles, immobiles, il fallait lesveiller pour les alimenter. Au bout de quelque temps apparaissait la température, des râles avec mousse aux lèvres et la mort. On indiquait la pneumonie comme cause de décès. Pour masquer ces agissements on faisait semblant de soigner les enfants: application des pommades, bains de soleil etc.

Le personnel polonais terrorisé n'osait pas parler de cette singulière thérapeutique. Une infirmière allemande qui a mis en doute ce traitement était menacée de camps de concentration.

Sur les 235 enfants, traités, par le luminal 221 sont morts c'est-à-dire 94% d'enfants entre le mois d'août 1942 et novembre 1944.

Z. Jaroszewski

LE SORT DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE À OWIŃSKA.

Ce vieux hôpital comptant plus de 100 ans a été envahi par les Allemands en septembre 1939. La groupe des SS qui y stationnait, y a brûlé 3000 volumes de la bibliothèque de l'hôpital ainsi que celle du directeur. Les SS menaçaient les malades de les fusiller.

En novembre de la même année par la suite d'une visite d'un médecin psychiatre allemand nommé Bause les SS ont commencé à enlever par camion 1 ou 2 fois par jour des groupes de 25 à 50 malades. Après avoir fait un voyage de 50 km environ les camions revenaient pour reprendre le même chargement. Le personnel de l'hôpital a remarqué que les pelles neuves dont étaient munis les SS étaient à leur retour tachées de terre et de sang. La supposition qu'on menait les malades à la mort s'est transformée en certitude ce qui a provoqué la résistance des malades. Les SS y remédiaient en administrant du somnifère aux malades pendant 3 jours précédant le départ. Les 70 enfants de l'hôpital n'ont pas échappé à ce sort. Ces assassinats étaient probablement commis dans les bois voisins de Poznań. Un certain nombre des malades ont été tué par le gaz dans la prison de Poznań.

Pendant toute la durée de la guerre différentes formations allemandes stationnaient à l'hôpital. Y étaient également embarqués les prisonniers russes

et anglais de même qu'un petit camp de concentration se trouvait dans les caves. A l'approche de l'Armée Rouge en janvier 1945 les Allemands ont incendié l'hôpital.

Au rapport est jointe une liste des noms des SS, qui se sont distingués par leur cruauté.

Aleksander Ossendowski

LES CRIMES ALLEMANDS À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE CHELM.

Les données ci-dessous sont été formés par les employés de l'hôpital-témoins de l'exécution.

Le 12 janvier 1942 30 soldats de la Gestapo après avoir ordonné aux ouvriers de la briquetterie voisine de creuser deux fosses à 150 m. de l'hôpital ont commencé à chasser des bâtiments les malades. Des rafales des balles des fusils-mitrailleuses recevaient les malades. Les Allemands faisaient en plus la chasse aux malades qui se cachaient aux différents étages et les jetaient par les fenêtres. Ceux des malades qui ont réussi à se sauver de ce carnage étaient pourchassés dans les environs et finalement ont subi le même sort. Parmi les 440 malades tués ce jour se trouvaient 18 enfants dont la liste est jointe au rapport. Les cadavres ont été enterrés dans les fosses préparés à l'avance.

La personnel sanitaire a du sur l'ordre des Allemands quitter l'hôpital avant ce massacre

Wl. Issajewicz

LE SORT DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE À KOBIERZYN.

Les Allemands administraient l'hôpital depuis la fin novembre 1940.

Le nombre des malades est tombé en 2 ans de 1200 (900 de l'hôpital même et 300 nouveaux arrivés) à 537 à cause du mauvais ravitaillement (1000 calories pour les malades non-travailleurs, 1200 calories pour les travailleurs).

Au mois de mai 1942 les hitleriens ont transformé l'hôpital en centre pour la jeunesse à suite de quoi tous les médecins et infirmiers ont reçu l'ordre de le quitter en 3 jours. Le rapporteur a appris les faits décrits plus bas après son retour en 1945. Tous les malades gateux et infirmes ont été tués sur place, les autres embarqués dans les wagons spéciaux ont été envoyés à Auschwitz par le personnel allemand, tout le personnel polonais ayant reçu l'ordre de ne pas quitter les logements.

Par la suite l'hôpital a été entièrement transformé en hôpital pour SS.

A partir de juillet 1944 jusqu'à janvier 1945 tous les appareils de laboratoires, pharmacie, bibliothèque ainsi que tout le nécessaire des cuisines, des ateliers et des pavillons ont été évacués par les Allemands.

H. Latyński

LES CRIMES ALLEMANDS À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE
À KULPARKÓW

De juin 1941 à janvier 1943 le nombre des malades par suite des rations de famine a baissé de 2000 à 260. La mortalité moyenne par mois pendant les onze derniers mois était de 107, et si on compte les 8 derniers mois de 133. Ce qui correspond au nombre annuel des décès dans le même hôpital comptant 1800 malades avant la guerre.

Wiktor Pieskow

LE SORT DES MALADES MENTAUX DANS LA REGION DE VILNA.

Les malades mentaux de la région se trouvaient dans les hôpitaux, dans les familles paysannes et à l'Assistance familiale. Leur nombre atteignait 1200 au commencement de la guerre. La région de Vilna attachée à la Lithuanie était sous l'influence morale et politique hitlerienne. Les malades mentaux de la région ont été soumis à la direction d'un médecin psychiatre Lithuanien *Smalstis*. Ce dernier a fait fusiller tous les malades juifs. Il a lui même trouvé une nouvelle façon de se débarrasser des malades mentaux par l'électrochoc dans lequel on appliquait les électrodes aux régions frontale et sacrée de façon que le courant électrique en traversant le système nerveux central en entrait tuait les malades sur place. Le docteur Smalstis a lui même tué ainsi 50 malades.

Après la libération il a été condamné à 20 ans des travaux forcés.

<i>Jan Gallus: Dziekanka w latach 1939 — 1945, oraz jej udział i rola w wyniszczeniu umysłowo chorych Polaków</i>	75	<i>Jan Gallus: Le sort de l'hôpital psychiatrique à Dziekanka</i>	164
<i>Eufemiusz Herman: O okrucieństwach niemieckich w stosunku do umysłowo chorych w szpitalu Kochanówka</i>	92	<i>Stanisław Swierczek: Les cruautés allemandes envers les malades mentaux, la plupart allemands, à l'hôpital Psychiatrique à Obrzyce (Obrawalde)</i>	164
<i>Stanisław Swierczek: Okrucieństwa niemieckie w stosunku do psychicznie chorych, przeważnie niemieckich w zakładzie psychiatrycznym Obrzyce (Obrawalde)</i>	95	<i>Eugeniusz Wilczkowski: Le sort des malades mentaux à l'hôpital psychiatrique à Gostynin pendant l'occupation</i>	164
<i>Eugeniusz Wilczkowski: Los chorych psychicznie w Szpitalu dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Gostyninie w latach okupacji niemieckiej</i>	104	<i>Kazimiera Marxen et Hipolit Latoryński: Données sur le mode de traitement des enfants anormaux à la section B de Clinique infantile de l'Hôpital psychiatrique à Lubliniec pouvant être traité de eutanasié</i>	165
<i>Kazimierz Marxen i Hipolit Latoryński: Dane ze sposobów leczenia dzieci upośledzonych umysłowo na oddziale B przy Klinice Dziecięcej w Zakładzie Psychiatrycznym w Lublińcu, które to leczenie można traktować jako eutanazję</i>	113	<i>Zdzisław Jaroszewski: Le sort de l'hôpital psychiatrique à Owińska</i>	166
<i>Zdzisław Jaroszewski: Los szpitala psychiatrycznego w Owińskach w czasie wojny</i>	117	<i>Aleksander Ossendowski: Les crimes allemands à l'hôpital psychiatrique de Chełm</i>	167
<i>Aleksander Ossendowski: Zbrodnie niemieckie w stosunku do umysłowo chorych w Szpitalu Psychiatrycznym w Chełmie Lubelskim</i>	122	<i>Wł. Issajewicz: Le sort de l'hôpital psychiatrique à Kobierzyn</i>	167
<i>Franciszek Bardzik: Zbrodnie niemieckie w Szpitalu Psychiatrycznym w Chełmie Lubelskim</i>	126	<i>Hipolit Latoryński: Les crimes allemands à l'hôpital psychiatrique à Kulparków</i>	168
<i>Wł. Issajewicz: Losy Państwowego Szpitala dla Umysłowo i Nerwowo Chorych w Kobierzynie za czasów okupacji i za ostatnie miesiące</i>	128	<i>Wiktor Pieskow: Le sort des malades mentaux dans la région de Vilna</i>	168
<i>Hipolit Latoryński: Zbrodnie niemieckie w szpitalu psychiatrycznym w Kulparkowie</i>	132	<i>XX Zjazd Psychiatrów Polskich 1 — 3 listopada 1945</i>	138
<i>Wiktor Pieskow: Los chorych psychicznie w wileńskim podczas okupacji niemieckiej</i>	135	<i>Protokół z XXI Walnego Zgromadzenia Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego</i>	141
<i>XX Zjazd Psychiatrów Polskich 1 — 3 listopada 1945</i>	138	<i>Streszczenia prac obcych</i>	150
<i>Protokół z XXI Walnego Zgromadzenia Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego</i>	141		
<i>Streszczenia prac obcych</i>	150		

<i>Rumke H. C.</i> : O konieczności re- wizji nauki o nerwicach . . .	150
<i>Medlicott R. W.</i> : Leczenie schizo- frenii elektronarkoza . . .	151
<i>Tyler G. A. i Lowenbach H.</i> : Le- czenie chorób psychicznych za pomocą kilkakrotnych, codzien- nych wstrząsów elektrycznych	152
<i>Wilbur C. B. i Fortes A.</i> : Leczenie wstrząsowe u pacjentów ponad 70-letnich z zaburzeniami afek- tywnymi . . .	153
<i>Tietz E. B.</i> : Dalsze badania nad elektronarkoza . . .	153
<i>Peterson S.</i> : Elektronarkoza . . .	154
<i>Cornil L. i Gastault H.</i> : Badania elektroencefalograficzne jedno- stronnej przewagi półkuli móz- gowej . . .	155
<i>Fortanier</i> : Kilka uwag o stosowa- niu narkozy pentothalowej . . .	156
<i>Ruskin A., Ravel J. i Beard B.</i> : Elektrokardiogram u chorych umysłowo . . .	156

Poszczególne zeszyty

ROZNIKU PSYCHIATRYCZNEGO

pozostałe w niewielkiej ilości

są do nabycia u sekretarza Redakcji
w Szpitalu w Tworkach (p. Pruszków)
w cenie po 500.— zł za zeszyt