

Zapobieganie chorobom psychicznym na szczeblu Korpusu

Prevention of Mental Diseases at the Corps Level

Konstanty Świder

Mjr dr Komendant 342. Zespołu Psychiatrycznego 2. Korpusu Polskiego we Włoszech
Major, MD, the Commander of the 342nd Psychiatric Team of the 2nd Polish Corps in Italy

Streszczenie. Referat wygłoszony 19 grudnia 1945 r. na Zjeździe Polskich Lekarzy Wojskowych w Bolonii [1,2]. Tematem referatu jest profilaktyka zaburzeń psychicznych w 2. Korpusie Polskim we Włoszech w okresie od zakończeniu działań wojennych (maj 1945 r.) do ewakuacji Korpusu do Anglii (jesień 1946 r.). Przedstawiono organizację pomocy psychiatrycznej oraz zasady postępowania zapobiegawczego w najczęstszych postaciach zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w specyficznych warunkach powojennego rozprężenia, niejasnej sytuacji politycznej i niepewności co do osobistej przyszłości żołnierzy. Omówiono rolę „Ośrodka dla Wyczerpanych”, formy terapii oraz niemedyczne strategie zapobiegawcze w ograniczaniu hospitalizacji psychiatrycznych, ewakuacji na tył i zwolnień z wojska. Artykuł, opublikowany w 1946 r. w nieudostępnianym powszechnie „Pamiętniku zjazdowym”, wypełnia lukę w wiedzy na temat profilaktyki psychiatrycznej w Polskich Siłach Zbrojnych na Zachodzie oraz przypomina postać doktora Konstantego Świdra (1908–1965), zasłużonego psychiatry wojskowego, zapomnianego w powojennej Polsce. W przedruku artykułu zachowano oryginalną terminologię i pisownię.

Słowa kluczowe: historia wojskowej służby zdrowia, Polskie Siły Zbrojne na Zachodzie, psychiatry polscy

Abstract. Paper delivered on December 19, 1945 at the Conference of Polish Military Physicians in Bologna [1,2]. The subject of the paper is prophylaxis of mental disorders in the 2nd Polish Corps in Italy, from the end of the war (May 1945) till the evacuation of the Corps to the United Kingdom (autumn 1946). Both organisation of the psychiatric support and preventive procedure rules for the most frequent forms of psychiatric and behaviour disorders are presented in the unique environment of the post-war disarray, unclear political situation and uncertainty of the soldiers' personal future. The role of the Centre for the Exhausted, forms of therapy, as well as non-medical preventive strategies designed to reduce referrals to the psychiatric hospitals, evacuations to the rear and discharges from the armed forces are described. The paper, published in 1946 in the "Conference Proceedings" that was not widely available, fills the gap in knowledge on psychiatric prophylaxis in the Polish Armed Forces in the West and evokes doctor Konstanty Świder (1908–1965), a meritorious military psychiatrist, forgotten in the post-war Poland. Both the original terminology and spelling were maintained in the reprint of the paper.

Key words: military healthcare history, Polish Armed Forces in the West, Polish psychiatrists

Nadesłano: 30.08.2021. Przyjęto do druku: 22.09.2021

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2021; 99 (4): 199–209

Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

doi: 10.53301/lw.2105

Adres do korespondencji

dr hab. med. Stanisław Ilnicki
Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego
i Psychotraumatologii CSK MON WIM
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa
e-mail: silnicki@wim.mil.pl

Referat mój składać się będzie z części wstępnej, poruszającej konieczne dane organizacyjne, oraz z części właściwej.

I. Dane organizacyjne

Narastająca w miarę przedłużania się II wojny światowej liczba chorych nerwowo-psychicznych, którzy często niepotrzebnie zbyt daleko dostawali się do tyłu i przeciążali tylne elementy ewakuacji sanitarnej, zmusiła służbę

zdrowia angielską do szukania nowego rozwiązania w tej dziedzinie. Myśl przewodnią tego rozwiązania stanowi utworzenie dla chorych psychiatrycznych oddzielnej osi ewakuacji sanitarnej z następującymi elementami:

- 1) na szczeblu korpusu: Zespół Psychiatryczny (Corps Psychiatric Team) – chorzy psychiatryczni z oddziałów kierowani są drogą ewakuacji sanitarnej do Ośrodka dla Wyczerpanych (Exhaustion Centre), stąd do będącego

2) na szczeblu armii – Wysuniętego Centrum Psychiatrycznego (Advanced Psychiatric Centre), zaś stąd do rozwiniętego

3) na szczeblu frontu – Bazowego Centrum Psychiatrycznego (Base Psychiatric Centre).

Z centrów bazowych odbywa się ewakuacja drogą morską do szpitali psychiatrycznych w Zjednoczonym Królestwie, Indiach i Afryce. W drugiej połowie 1944 r. mieli Anglicy na froncie włoskim obsadzone zespołami psychiatrycznymi wszystkie korpusy. 342. Zespół Psychiatryczny Polski rozpoczął pracę dnia 15 maja 1945 r. Ewakuacja z niego odbywa się ze względu na brak odpowiednich warunków po dawnemu do oddziału nerwowo-psychiatrycznego 7. Szpitala Wojennego. Dane dotyczące Zespołu Psychiatrycznego zostaną omówione niżej. Wysunięte Centrum Psychiatryczne składa się z 9 lekarzy i 84 szeregowych. Czas pobytu pacjenta obliczony jest w nim na 2 tygodnie. Bazowe Centrum Psychiatryczne posiada obsadę personalną w przybliżeniu podobną do Wysuniętego Centrum z tym, że pobyt pacjenta przewidziany jest na 3 miesiące.

Organizacja i zakres opieki lekarskiej psychiatrycznej 2. Korpusu został określony rozkazem D-twa 2. Korpusu Nr 70 z dnia 2 VI 1945 r. oraz związaną z tym rozkazem Instrukcją Techniczną Szefa Służby Zdrowia Korpusu z dnia 29 maja 1945 r. pkt 36, który podaję w streszczeniu.

A. Organizacja

1. Jednostką psychiatryczną Służby Zdrowia 2. Korpusu jest 342. Zespół Psychiatryczny. Skład Zespołu w myśl etatu wojennego Dowództwa 2. Korpusu: Komendant Zespołu Specjalista Psychiatra – mjr lek., Lekarz Zespołu kpt. lek. (przybył dnia 21 VIII 45 r.), 6 szeregowych personelu pielęgniarskiego psychiatrycznego, 1 pisarz, 1 kierowca. Ta liczba personelu w praktyce okazała się za małą. Obecnie pracuje w Ośrodku dla Wyczerpanych 4 dodatkowych sanitariuszy przykomenderowanych rozkazem Szefa Służby Zdrowia 2. Korpusu z 31. Kompanii Sanitarnej.
2. Komendant Zespołu Psychiatrycznego podlega pod względem służbowym i fachowym Szefowi Służby Zdrowia 2. Korpusu i jest doradcą Szefa Służby Zdrowia 2. Korpusu w sprawach zdrowia psychicznego żołnierzy. Z tego powodu nosi także miano Psychiatry Korpusu.
3. Komendant Zespołu Psychiatrycznego posiada uprawnienia dyscyplinarne Dowódcy Baonu.
4. Obowiązki Psychiatry 2. Korpusu: Psychiatra Korpusu przedstawia Szefowi Służby Zdrowia 2. Korpusu meldunki, raporty, sprawozdania i wnioski dotyczące stanu psychicznego oddziałów, zapobiegania schorzeniom psychiatrycznym, leczenia i ewakuacji chorych psychiatrycznych.

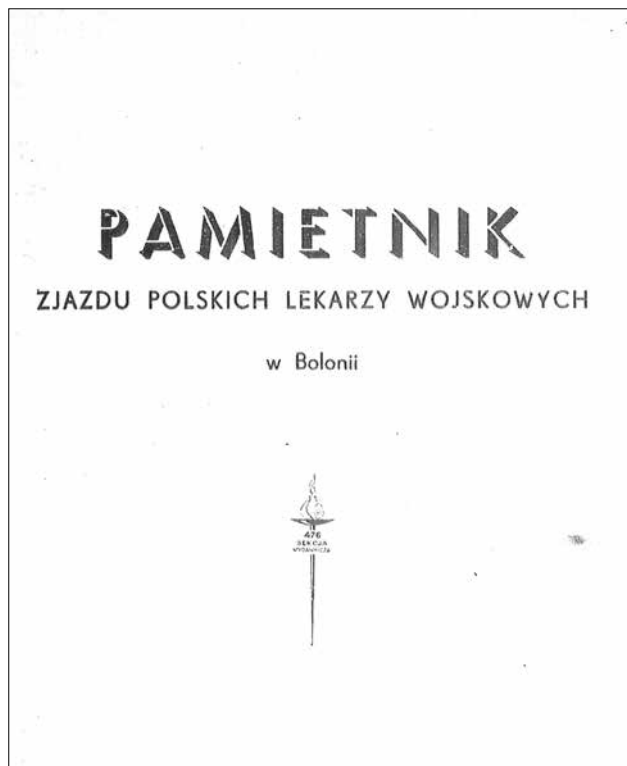
W tym celu:



Rycina 1. Mjr dr med. Konstanty Świder, psychiatra 2. Korpusu Polskiego we Włoszech, 1945 r. (archiwum rodzinne prof. Christophera Świdera)

Figure 1. Maj. Konstanty Świder, MD, PhD, Psychiatrist of 2nd Polish Corps, 1945 (family archive of prof. Christopher Swider)

- a) Rozwija na osi ewakuacji sanitarnej Korpusu przy 31. Korpuśnej Kompanii Sanitarnej, bądź przy jednym z Polowych Szpitali Ewakuacyjnych Ośrodek dla Wyczerpanych (Exhaustion Centre). Wszelkie przypadki schorzeń psychiatrycznych spływają z W[ojskowych] J[ednostek] i Oddziałów Korpusnych do tego Ośrodka,
- b) Pozostaje w stałym kontakcie z Komendantami Szpitali, Szefami Służby Zdrowia W[ielkich] J[ednostek], Dowódcami Kompanii Sanitarnych, Lekarzami Oddziałowymi, w razie potrzeby z Dowódcami Oddziałów oraz Kierownikami i Szefami Komórek, sprawujących bezpośrednio lub pośrednio opiekę nad stanem psychicznym żołnierzy Korpusu (Wyszkolenie, Propaganda i Prasa, Duszpasterstwo, Wydział Dobrobytu Żołnierza, Wydział Kultury i Oświaty, Sprawiedliwość). Drogą bezpośredniej wymiany poglądów z wyżej wymienionymi, drogą odczytów, komunikatów, artykułów fachowych w prasie oraz drogą instrukcji pisemnych zapewnia utrzymanie możliwie należytego poziomu opieki nad zdrowiem psychicznym żołnierzy.



Rycina 2. Okładka Pamiętnika Konferencji Polskich Lekarzy Wojskowych w Bolonii, 17–20 grudnia 1945 r. [2]

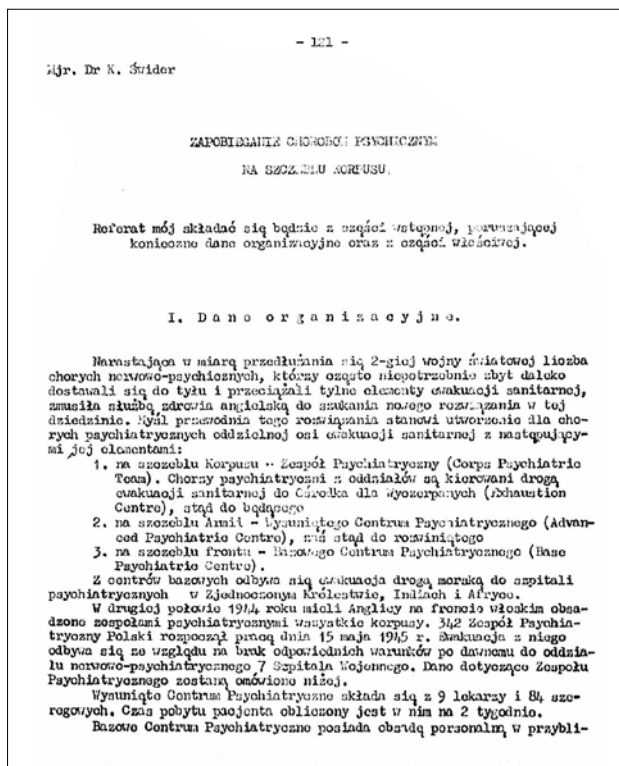
Figure 2. Cover of Proceedings of Polish Military Physicians' Conference in Bologna, December 17–20, 1945 [2]

- c) Pozostaje w łączności z dalszymi ogniwami ewakuacji chorych psychiatrycznych (Oddziały Nerwowo-Psychiczne Szpitali Wojennych).
- d) Wspólnie z lekarzem Zespołu Psychiatrycznego wydaje orzeczenia psychiatryczne na zapotrzebowanie Sądów Polowych.
- e) Wydaje orzeczenia dotyczące stopnia zdolności do służby wojskowej w przypadkach, gdzie to będzie możliwe.

B. Ewakuacja chorych psychiatrycznych

1. Szczebel lekarza oddziałowego

- a) Ogólne. Lekarz oddziałowy pełni sam obowiązki psychiatry swojego oddziału w tym znaczeniu, w przypadkach, w których uważa to za potrzebne, może i powinien korzystać z konsultacji Psychiatry Korpusu. Z punktu widzenia zapobiegania chorobom psychicznym i chorobom z pogranicza szczebel ten jest najważniejszym ze wszystkich szczebli. Obecnie świat naukowy kusi się, by stworzyć trwalsze podstawy pod naukę o psychologii grup i zbiorowości. Psychiatra 2.



Rycina 3. Pierwsza strona referatu mjr. dr. med. Konstantego Świdra wygłoszonego 19 grudnia 1945 r. [2]

Figure 3. First page of paper presented by Maj. K. Świdra, MD, PhD, December 19, 1945 [2]

Korpusu żywi nadzieję na dobrą współpracę z lekarzami oddziałowymi w tej dziedzinie.

- b) Kierowanie chorych psychiatrycznych w stan chorych i na badanie ambulatoryjne odbywać się będzie za pomocą karty skierowania na badanie (leczenie) psychiatryczne (patrz wzór w załączeniu). W rubryce rozpoznanie (Diagnosis) karty ewakuacyjnej A.P./W. 3118 należy we wszystkich przypadkach wpisywać jako rozpoznanie „wyczerpanie”. Użycie tego wyrażenia pozwala na uniknięcie przypisywania chorym etykiety umysłowo chorego.

2. Szczebel Kompanii Sanitarnych i Polowych Szpitali Ewakuacyjnych

Opieka nad przypadkami psychiatrycznymi polega na możliwie szybkiej ewakuacji i dopilnowaniu, aby przypadki z rozpoznaniem „wyczerpanie” nie trafiły na tył poza Ośrodek dla Wyczerpanych.

3. Szczebel Ośrodka dla Wyczerpanych

Ośrodek dla Wyczerpanych (Exhaustion Centre) przewidziany jest na 30 łóżek, miejsce postoju Ośrodka będzie bądź przy 31. Kompanii Sanitarnej, bądź przy jednym

z Polowych Szpitali Ewakuacyjnych. Wszystkie przypadki schorzeń psychiatrycznych z Wielkich Jednostek i Oddziałów Korpuśnych spływają osi ewakuacji sanitarnej do tego Ośrodka, gdzie podlegają segregacji na skierowanych z powrotem do Oddziałów, na pozostających w obserwacji lub leczeniu, wreszcie na podlegających ewakuacji. Czas pobytu w Ośrodku dla Wyczerpanych na obserwacji lub leczeniu nie powinien przekraczać jednego tygodnia (w nielicznych przypadkach 10 dni). Pomieszczenie Ośrodka winno być w zasadzie w budynku z zapewnieniem dla chorych wygody, gier, zabaw, rozrywek, gazet, przechadzek, kąpeli i w ogóle spokoju.

4. Dalsze szczeble ewakuacji sanitarnej chorych psychiatrycznych

Dalsza ewakuacja z Ośrodka dla Wyczerpanych oparta będzie na oddziałach nerwowo-psychiatrycznych Szpitali Wojennych.

II. Zapobieganie

Na podstawie dotychczasowej siedmiomiesięcznej pracy na stanowisku Psychiatry Korpusu podaję w szeregu kolejnych punktów kierunki pracy zapobiegawczej.

1. Ewakuacja chorych psychotycznych i cięższych przypadków z pogranicza

Ośrodek dla Wyczerpanych spełniał rolę sita, zatrzymującego w sobie z ogólnej liczby przypadków [?] i przepuszczającego do 7. Szpitala Wojennego [?] przypadków. Procentowo ten stosunek wyraża się [?] % w załatwionych na szczeblu Ośrodka dla Wyczerpanych, [?] % ewakuowanych do Szpitala. Rzecz jasna dawniej załatwienie tych przypadków w całości obciążałoby szpitale. Odnosne dane, otrzymane przeze mnie u Psychiatry 5. Brytyjskiego Korpusu mjr Kaldano opiewają na 30 kilka procent załatwionych na szczeblu Ośrodka dla Wyczerpanych, 60 kilka % ewakuowanych do Wysuniętego Centrum Psychiatrycznego. Ten prawie odwrotny stosunek do danych Ośrodka dla Wyczerpanych 2. Korpusu tłumaczy się dwoma zasadniczymi czynnikami: a) Aby zachować cenną myśl przewodnią organizacji Służby Zdrowia Angielskiej pomimo braku u nas Wysuniętego Centrum Psychiatrycznego, którego głównym zadaniem jest ostateczne załatwienie spraw czynnościowych i niektórych przypadków z pogranicza, zdecydowałem się na przejście częściowo pracy Wysuniętego Centrum Psychiatrycznego i załatwiałem sprawy czynnościowe w Ośrodku dla Wyczerpanych, starając się, by do Szpitala byli ewakuowani przeważnie tylko psychotycy, b) w warunkach frontowych musiałaby być liczba ewakuowanych przynajmniej o 20% większa. Niedopuszczenie spraw chorobowych czynnościowych do Szpitali ma duże znaczenie zapobiegawcze, chroni bowiem te przypadki od pogłębiania i utrwalania się stanów czynnościowych, których

odreagowywanie i psychoterapeutyczne leczenie stają się tym trudniejsze, im później jest ono zastosowane i im dalej od pierwszej linii. Z drugiej strony przez sam ustrój pracy Psychiatry Korpusu, wnikałające w przejawy psychiczne życia oddziałów, niektóre przypadki chorobowe trafiają do szpitala prędzej, co jest bardzo ważnym, jeśli tam można zapewnić im współczesne metody leczenia.

Szereg przypadków psychiatrycznych 2. Korpusu trafiało do szpitali z pominięciem Ośrodka dla Wyczerpanych. Według danych pobieżnych liczba ta wynosi około 60 przypadków. Staranne rozpatrywanie procesów chorobowych u chorych w ośrodku, połączone z moją bytnością u Dowódców Oddziałów, Lekarzy Oddziałowych i Szeffów komórek Sztabów, jeśli tego wymagają w życiu chorych konflikty oraz prowadzone przy sposobności tych kontaktów wymiana poglądów i spostrzeżeń na temat zjawisk życia psychospołecznego żołnierzy, da bogaty materiał, który sam swą treścią wytycza kierunki pracy zapobiegawczej psychiatry. Oczywiście dla dobrego samopoczucia przy prowadzeniu tej pracy musi Psychiatry posiadać znajomość warunków życia wojskowego, opartą na osobistym doświadczeniu.

2. Zwolnienie z wojska

Analiza pewnych przypadków chorobowych, uczyniona z punktu widzenia higieny psychicznej życia zbiorowego, zmusza do wystawienia kategorii „E” i przez to spowodowanie usunięcia z szeregów wojska osobników psychopatycznych, przewlekłych alkoholików nie rokujących poprawy. Dla przykładu podaję w streszczeniu historię choroby L. 244:

Kan. R.J., spawacz elektr., rok urodzenia 1916, w obecnym oddziale od Rosji, kawaler, rozpoznanie psychopatia alkoholowa, twarz piegowata o wyglądzie opryszka, wzrost 173, typ budowy raczej zbliżony do atletycznego, tętno 84, w układzie nerwowym brak zmian organicznych i wybitniejszych czynnościowych. Skierowany przez lekarza oddziałowego z urzędu. Obecne skargi chorego: bóle w okolicy serca, zdenerwowany złym odnoszeniem się i stałym pokrzywdzeniem w oddziale. Był kilkakrotnie „niesprawiedliwie” ukarany. Miał scysje z przełożonymi. Przebyte choroby: czerwiec zażalenie kiłowe (3 kuracje salwarsanem i 1 penicillina), rzeżączka w lipcu 1945 r. Syn robotnika. W dzieciństwie był trudny do prowadzenia i łobuz. Przebieg życia chorego: 7 oddziałów szkoły powszechnej, 2 kursy do kształcące. Pracował na kolei. Służbę czynną przeszedł w 1938 r. Wywieziony do Rosji, w 1941 r. wstąpił do W.P. w Kormine. Przeszedł całą kampanię włoską. Sfera płciowa: Częste stosunki z prostytutkami. Brak stosunku przyprowadza go o bezsenność i złe samopoczucie. W oddziale ma stałe konflikty. Religia mu obojętna. Chce przenieść się do oddziałów transportowych. Typ psychiczny mieszany. 14.8.45 r. pouczony o szkodliwości alkoholu, gdy oddalił się samowolnie na przepustkę na „drobnych kilkanaście godzin”. Ma stałe konflikty z przełożonymi.

22.8.45 r. Opinia Dowódcy: kierowca, wydajność w pracy b. mała, negatywny do życia społecznego, alkoholik i erotoman o skłonnościach przestępczych, cynik, nie mający żadnych zasad moralnych. Stosuje bierny opór, niekoleżeński. Wywiera ujemny destrukcyjny wpływ na otoczenie. Karany 6-krotnie: 1. za niewykonanie rozkazu i samowolne oddalenie się – 14 dni aresztu średniego. 2. Upicie się w godzinach służbowych – 7 dni aresztu średniego. 3. Aroganckie zachowanie się wobec oficera – 7 dni aresztu średniego. 4. Przebywanie poza rejonem przez 12 godzin – 5 dni aresztu średniego. 5. Wprowadzenie w błąd dowódcy, nadużycie alkoholu i awantura – 14 dni aresztu średniego. 6. Niewłaściwe zachowanie wobec przełożonego – 3 dni aresztu lekkiego. Ostatnio w stanie pijanym napadł na mieszkanie Włochów – sprawa sądowa w toku. Opinia lekarza: Ustosunkowanie się negatywne w stosunku do życia zbiorowego, wywoływanie awantur. Przeszedł 1 kurację przeciwko luesowi, 1 kuracja przeciw rzeżączce. 15.9.45 r. Wyciąg z karty nadużywającego alkohol. Pije od czasu pobytu w Pułku 1942 r. Przeciętnie raz na tydzień wieczorem, rzadziej w dzień. Ostatnio upijał się częściej i to w porze popołudniowej w godzinach zajęć. Po wypiciu zachowuje się na ogół spokojnie, gdy go czymś podrażni, wywołuje silną awanturę. Jest wtedy gadatliwy i w mowie używa tak plugawych słów, że zmusza mieszkających z nim wspólnie żołnierzy do opuszczenia kwatery. 10.10.45 r. byłem u Dowódcy Pułku. Dane o chorym jak w opinii. Osobnik ostawiony. Wszyscy D-cy do Zastępcy Dowódcy Pułku i Dowódcy Pułku włącznie znają jego wyczyny na pamięć. Ostatnio napadł na mieszkanie Włochów. Byłem zdumiony wielką pracą Dowódców, którzy do tej pory zdążyli sobie z tym psychopatą dać radę. 16.10.45 r. wypisany do oddziału ze świadectwem wojskowo-lekarskim na kategorię „E”. Krótka analiza przypadku: Osobnik 29-cio letni, o usposobieniu i społecznym „Ja” psychopatycznym. Nie reaguje na kary i wpływy wychowawcze. Konieczne zwolnienie go z wojska dla zapobieżenia rozkładowi życia zbiorowego i uchronienia chorego od dalszych ciężkich konfliktów i więzienia. Bytność w oddziale chorego dała mi sposobność rozmowy z Lekarzem Oddziałowym oraz z Dowódcami do Dowódcy Pułku włącznie na temat aktualnych zagadnień ogólnych stanu psychicznego żołnierzy.

3. Zmiana przydziału

Czasem bieg życia żołnierza w oddziale układa się dla niego w taki sposób, że dla usunięcia kompleksów i urazów działających na jego „Ja” konieczna jest zmiana środowiska. Umożliwienie przeniesienia stanowi wtedy moment zwrotny na lepsze w samopoczuciu żołnierza. Jako przykład podaję streszczenie historii choroby L. 228:

Saper K.S. przyjęty 11.8.45 r., murarz, rok urodz. 1911, rozpoznanie nerwica ogólna, wzrost 154, typ budowy raczej pykniczny, tętno 84 pobudliwe, w układzie nerwowym brak zmian organicznych, zmiany czynnościowe

w postaci nerwicy ogólnej stopnia znacniejszego. Obecne skargi: Przemęczony, odczuwa bóle głowy, dokucza mu serce, czuje się stale podenerwowany i niespokojny. Około 20 napadów malarii. Wywiad rodzinny bez znaczenia. Ukończył 4 klasy szkoły powszechnej, do wojska wstąpił w Rosji. Stosunki płciowe rzadko z przygodnymi kobietami. Prosi o umożliwienie mu dłuższego wypoczynku. Typ psychiczny schizotymiczny. 1.9.45 r. otrzymał 5-cio tygodniowy urlop, który spędził w Domu Wypoczynkowym w Porto San Giorgio. Opinia Dowódcy z dnia 8.9.45 r.: Funkcja saper, wydajność w pracach pozafrontowych duża, w pracy frontowej podczas zagrożenia ogniem nieprzyjaciela mało wydajny ze względu na to, że nie potrafi się opanować. Bez widocznych zalet i specjalnych wad. Czasem lubił się upijać. Zachowanie się w służbie poprawne z wyjątkiem tego, że czasami oddalał się samowolnie. 25.6.45 r. ukarany 5-cio dniowym aresztem średnim za samowolne oddalenie się z rejonu zakwaterowania. Ogólna opinia dostateczna. 9.10.45 r. powrócił z Domu Wypoczynkowego i podał, że chciałby się przenieść z oddziału, ponieważ czuje się pokrzywdzony. Przeszedł całą akcję i nic nie dostał za to. Był we wszystkich bitwach i chodził więcej od innych na patrole. W czasie zatargu jeden z podoficerów uderzył go w twarz i przyszło do bójki, ale go za to ten podoficer przeprosił, więc nie było po co się żalić przełożonym. Sądzi, że gdy powróci do oddziału, będzie dalej prześladowany. Wszystko jedno więc gdzie, byle by się przenieść. Już prosił kilkakrotnie o przeniesienie, jednak nie został dopuszczony do raportu. 9.10.45 r. wypisany do oddziału. 24.10.45 r. byłem w oddziale chorego. Dowódca bardzo dobrze w jego stanie zorientowany, jednak o konfliktach i złym samopoczuciu chorego w oddziale nie wiedział. Nikt mu nigdy nie meldował o chęci przeniesienia się sapera K.S. Po zobrazowaniu psychopatologicznej strony zagadnienia obiecał Dowódca poprzeć sprawę przeniesienia i zreferować ją w tym świetle wyższemu przełożonemu. 27.10.45 r. byłem u II. Zastępcy Kwaternmistrza Korpusu dla załatwienia przeniesienia do innej Wielkiej Jednostki. Saper K.S. został rzeczywiście przeniesiony i w nowym miejscu otrzymał funkcję w swej specjalności. Analiza przypadku: 34. letni osobnik o usposobieniu schizoidalnym czuje nieumotywowany kompleks krzywdy i złego odnoszenia się do niego. Kto wie, czy nie odgrywa tu roli fakt jego niezbyt opianowanego zachowania na froncie, o czym wiedzą wszyscy jego obecni koledzy. Zgodnie ze swym życzeniem zostaje przeniesiony do innego oddziału i w ten sposób otrzymuje możliwość do odbudowy swego pognębionego społecznego „Ja”. Przy tej samej sposobności odbyłem również rozmowę na temat higieny psychicznej żołnierzy.

4. Zmiana funkcji

Niekiedy opieka nad stanem psychicznym żołnierza wymaga zmiany jego funkcji. Uwidaczniam to na przykładzie historii choroby L. 40:

Szer. K.R., przyjęty 11.6.45 r. cierpi na dużą pobudliwość nerwową od czasu 3-miesięcznego pobytu pod bombardowaniami alianckimi we Francji w 1944 r. Ma obecnie kompleks lęku do kierownicy. Przy ruszaniu wozu czuje bardzo duży lęk, dopiero po przejechaniu kilkunastu kilometrów oswaja się i jakoś wóz prowadzi, ale się tym męczy. W układzie nerwowym objawy nerwicy wegetatywnej stopnia cięższego, typ psychiczny mieszany z przewagą syntonika. 16.6.45 r. wysłany na 3-tygodniowy wypoczynek do Porto San Giorgio. 24.6.45 r. byłem u jego dowódcy, przedstawiłem stronę psychopatologiczną zagadnienia. Dowódca przeniósł szer. K.R. na funkcję magazyniera. Streszczenie przypadku: Szer. lat 51, kierowca, cierpi na nerwicę lękową i kompleks lęku do kierownicy. Po wypoczynku w Domu Wypoczynkowym zwolniony z funkcji kierowcy i dostaje pracę jako magazynier. Nie przesądza to sprawy, że jeszcze po pewnym czasie będzie mógł powrócić do kierownicy.

5. Urlopy

W wielu wypadkach wyłania się konieczność obok zastosowania leczenia psychoterapeutycznego i farmakologicznego także udzielenia dłuższego urlopu u nerwicowców, neurasteników, w niektórych postaciach psychopatii i u wyczerpanych. Urlopy są udzielane na okres od 2–6 tygodni, w rzadkich przypadkach nawet 2 miesiące. Miejsca, do których chorzy otrzymują urlopy zależnie od typu schorzenia są: Domy Wypoczynkowe Żołnierzy Korpusu z rozdzielnika Ośrodka dla Wyczerpanych lub do innych miejsc, co jest pozostawiane niektórym chorym do decyzji. Urlopy udzielane w banalnych przypadkach nerwic różnego typu, neurastenii, psychopatii i stanu wyczerpania nie wymagają specjalnego omówienia. Uważam natomiast za konieczne bardziej dokładne poruszenie poważniejszych konfliktów w życiu żołnierza. Sposób podejścia Psychiatry do tych konfliktów będzie zobrazowany w następnym punkcie.

6. Interwencje u Dowódców i czynników miarodajnych w sprawach konfliktów żołnierzy

Dla przedstawienia istoty tej pracy pozwolę sobie podać dwa przykłady:

Przykład 1. historia choroby L. 129: szer. S.Ł. przyjęty 28.7.45 r., wulkanizator, kawaler, rok urodz. 1921, stary frontowy żołnierz Baonu Piechoty, rozpoznanie reakcja neurasteniczna stopnia ciężkiego, wzrost 167, budowa pykniczna, tętno 84 pobudliwe. Brak zmian organicznych w układzie nerwowym, drżenie palców rąk, dość żywe odruchy. Obecne skargi chorego: w lipcu bieżącego roku udał się na łaziku, który sobie sam skombinował do rzeki celem prania bielizny. Zezwolenia na użycie łazika, które było w tym czasie zastrzeżone wyłącznie dla Dowódcy Baonu, nie miał. Przy powrocie natknął się na Dowódcę Baonu. Wobec innych żołnierzy Dowódca nawymyślał mu bardzo ostro. Chory poczuł się tym dotknięty i stając na baczność w zdenerwowaniu powiedział: proszę lepiej

nie krzyczeć, lepiej od razu uderzyć. Za to odezwanie się dostał przy raporcie 28 dni aresztu średniego. Pierwszego dnia pobytu w areszcie rozchorował się psychicznie, wskutek czego został przez lekarza oddziałowego ewakuowany do Ośrodka dla Wyczerpanych. W Ośrodku stwierdzono stan depresyjny stopnia ciężkiego z tendencjami samobójczymi, myślami natrętnymi na temat wyrażonej krzywdy, wybuchami płaczu i lamentów „nigdy dotąd nie byłem karany, przyszedłem jako ochotnik, łazik sobie sam skombinowałem, mogliby człowieka inaczej traktować i t.d.”. Cały front włoski przebył ze swoim batalionem. Czuje się bardzo skrzywdzony wymierzoną karą. Za żadną cenę nie chce do oddziału powrócić, raczej woli się zabić. Typ psychiczny syntoniczny. 28.7.45 r. dano kartę skierowania na bad[anie]: mechanik, wydajność w pracy duża, dotychczas zachowywał się bez zarzutu, nie karany przedtem. 4.8.45 r. byłem u Dowódcy chorego oraz u Dowódcy Brygady, obu zobrazowałem obecny ciężki stan psychiczny strz[elca] S.Ł. i prosiłem o odpowiednie podejście do niego z chwilą powrotu jego do oddziału po wyzdrowieniu. Muszę przy tej sposobności zaznaczyć, że takie rozmowy nie zawsze są łatwe, krótkie i nie zawsze specjalnie przyjemne. Dowódca Brygady obiecał sprawę dokładnie rozpatrzyć. Chory po otrzymaniu ode mnie wiadomości, że po powrocie do oddziału prawdopodobnie kary nie będzie musiał odsiadywać, uspokoił się. Udzieliłem mu 2-tygodniowego urlopu, po powrocie z którego znacznie się uspokoił, odwołał swą prośbę przeniesienia do innego oddziału i został wypisany. Według danych późniejszych odbycia kary na razie od niego nie wymagają. Krótka analiza przypadku: Strzelec lat 24, typ fizyczny pykniczny, zaś psychiczny syntoniczny, przeżywa okres ciężkiej reakcji neurastenicznej typu depresyjnego. Przyczyny tego stanu jest pogwałcenie „Ja” (poczucie krzywdy) przez niezastufaną jego zdaniem karę. Przetrzymanie go w najcięższym okresie w Ośrodku dla Wyczerpanych, łączone z udzieleniem urlopu i z moją osobistą bytnością w oddziale dla podania Dowódcom do wiadomości jego stanu, przyczyniło się do szybkiego i pomyślnego załatwienia zagadnienia. Oczywiście nie omieszkałem wykorzystać tej sposobności dla poruszenia z Dowódcami ogólnych spraw higieny psychicznej.

Przykład 2. historia choroby L. 202: kpr. pchor., przyjęty 24.9.45 r., aplikant sądowy, w obecnym oddziale od Rosji, rok urodz. 1908, kawaler, rozpoznanie reakcja neurasteniczna, wzrost 175, budowy silnej, tętno 72, zmian organicznych w układzie nerwowym nie stwierdzono, dość silne drżenie palców rąk, nieznaczne zacinanie się w mowie. Skarży się na uczucie zmęczenia, podenerwowania, odczuwa mrowienie w skórze oraz silne pulsacje w brzuchu. Specjalnie zmęczonym i osłabionym czuje się rano, myśli jego krążą wbrew jego woli około tego samego tematu, mianowicie poczucia krzywdy w oddziale. Chorób poważniejszych nie przechodził,

rodzina zdrowa, typ psychiczny raczej cyklotymik. Syn małorolnego chłopca. Do 18 roku życia past bydło wioskowe. Pewnego dnia zapachniał mu szeroki świat i poszedł szukać w nim szczęścia. Widzimy go na Śląsku to jako górnika, to jako kelnera, jako tragarza, to znów jako sprzedawcę gazet. Zakłada sobie potem w Rabce Zdrój kiosk z pamiątkami, dorabia się, zakłada drugi kiosk z dewocjonaliami i trzeci z książkami. W 1932 r. zdaje egzamin dojrzałości jako ekstern, a w 1937 r. mając 29 lat kończy wydział prawa i nauk politycznych Uniwersytetu Wileńskiego. Zwolniony z więzienia sowieckiego na mocy amnestii w 1941 r. wstępuje do wojska polskiego na terenie Rosji. W jesieni 1942 r. po ukończeniu szkoły podchorążych w Karasu zostaje przydzielony do obecnego swego oddziału. Z początku wiodło mu się tam dobrze. W 1943 r. w Kirkuku na przedstawieniu teatralnym urządzonym w ramach Brygady został obrażony publicznie przez jednego z oficerów, który podał przybyłemu na przedstawienie oddziałom przez megafon do wiadomości, że chory zabrał pieniądze i nie kupił biletów oraz że wprowadził w błąd oddział, wskazując miejsce dla swego oddziału nie tam, gdzie było przewidziane. Tego rodzaju anons skompromitował chorego. Ponieważ wspomniany oficer nie chciał odwołać tego anonsu publicznie, chory podszedł w czasie przerwy do megafonu i ogłosił, że podane przez oficera wiadomości, jakoby on zabrał pieniądze i wskazał mylne miejsce są nieprawdziwe, i że ten oficer dwukrotnie skłamał. Za to wystąpienie został chory ukarany przez Dowódcę 18 dniami aresztu lekkiego. Chory uważał to swoje wystąpienie za przemyślane i normalne. Kierując sprawę na drogę legalną nie uzyskałby nigdy całkowitej satysfakcji, bo nawet w razie ukarania tego oficera, o karze wiedzieliby tylko oficerowie równi i wyżsi stopniem, zaś reszta zebranych na przedstawieniu wiedziałaby tylko, że popełnił 2 niehonorowe czyny. Drugi raz został ukarany 14-dniowym aresztem średnim za opuszczenie rejonu zakwaterowania w Palestynie. Jednej niedzieli wyjechał do znajomej niewiasty bez przepustki i spotkał tam, tak pech chciał, swego Dowódcę. Otrzymał za to 14 dni aresztu średniego. Karę tę uważa chory za ostrą. Od tego czasu uważał chory złe ustosunkowanie się Dowódcy do niego. Prosił o przeniesienie, Dowódca jednak odmówił. Nie pozostało mu więc co innego, jak siedzieć cicho i nie zrażać się przeciwnościami, zwłaszcza, że był to okres wyjazdu na front włoski. Na froncie początkowo woził amunicję na stanowiska artyleryjskie, potem pełnił funkcję oficera broni, w sierpniu 1944 został odkomenderowany do Sztabu Zwalczenia Moździerzy. Po zakończeniu działań we Włoszech postanowił upomnieć się o to, co mu się należy, i stanął do raportu do Dowódcy Pułku w lipcu br. z zapytaniem, dlaczego nie awansował. Przy raporcie otrzymał zupełnie niespodziewaną odpowiedź. Dowódca oświadczył mu, że jego dotychczasowe rezultaty pracy w Pułku równają się zeru. Ta ocena wstrząsnęła

chorym do głębi, doznał skurczu żołądka, bólu w okolicy serca, z trudnością mógł zapanować nad sobą. Zaczął powątpiewać w sprawiedliwość w ogóle. Dla osiągnięcia swego prosił o przedstawienie do raportu drogą służbową do Dowódcy Dywizji. Po raporcie u Dowódcy Artylerii Dywizyjnej, który miał przebieg dość obiektywny, chory znalazł się wpieryw w 7. Szpitalu Wojennym, później w Ośrodku dla Wyczerpanych, gdyż uważał u siebie znaczne pogorszenie stanu, miewał nawały myśli natrętnych i obawiał się w tym stanie jakichś konfliktów w oddziale. Po zanalizowaniu tego przypadku doszedłem do wniosku, że raport u Dowódcy Dywizji musi się odbyć jak najszybciej. Zadawałający przebieg tego raportu będzie po prostu czymś w rodzaju leczenia przyczynowego. Próbowanie doprowadzenia pacjenta do stanu normalnego, po czym dopiero wypisanie, uważałem za gorszy sposób załatwienia. Opinia chorego brzmi: podoficer obserwacyjny, ze względu na krótki termin praktyki w centrali strzelnicy, praca jego była mało wydajna. Po odbyciu dłuższej praktyki przy swych zdolnościach mógłby być bardzo dobrym pracownikiem. Sprawami natury politycznej nie zajmuje się. Interesują go sprawy gospodarcze. W tej dziedzinie wykazuje dużo inicjatywy. Dzięki tym zaletom mógłby być użyty na stanowisku oficera gospodarczego. Nie lubi pracy siedzącej. Praca w ruchu, nawet ciężka dawałaby mu zadowolenie. Charakterystycznych wad i nałogów nie posiada. Przez szeregowych lubiany. Po uzupełnieniu braków mógłby objąć stanowisko oficerskie. Wskazana byłaby 3-miesięczna praktyka. Opinia lekarza oddziałowego: w rozmowie z nim stwierdziłem, że denerwowały go i podniecały rzeczy, nad którymi inni przeszliby do porządku dziennego. Podenerwowany, dużo go zdrowia kosztuje, żeby się opanować. Dnia 18.10.45 r. zameldowałem się u Dowódcy Dywizji, gdzie zreferowałem stan zdrowotny pacjenta, przedstawiłem powody, dla których radziłem pacjentowi możliwie szybkie załatwienie raportu, oraz prosiłem o szybkie przyjęcie pacjenta przy raporcie. Niewątpliwie obszerna charakterystyka chorego mogła posłużyć jako pomocniczy materiał, ułatwiający odpowiednio głęboką decyzję w tej sprawie. W międzyczasie w okresie bytności w Ośrodku dla Wyczerpanych został chory przeniesiony do innego oddziału. Według opowiadania chorego forma i przebieg raportu u Dowódcy Dywizji były dla niego w całej pełni zadowalające. Po kilku minutach oficjalnej rozmowy Dowódca poprosił chorego, by usiadł i potem odbył z nim około 2 godzinną rozmowę. Chory otrzymał obietnicę, że będzie podany do awansu przy najbliższej sposobności oraz na razie anulowano jego przeniesienie do innego oddziału. 17.11.45 r. chory wyjechał z Ośrodka dla Wyczerpanych na 1-miesięczny urlop do Como. Streszczenie przypadku: 37 letni pchor. przybył do Ośrodka dla Wyczerpanych w stanie reakcji neurastenicznej spowodowanej poczuciem skrzywdzonego „Ja” przez pominięcie go w awansach i dotkliwie

krzywdzącą go oceną jego pracy przez przełożonego Dowódcę Pułku. Jako człowiek o mocnej strukturze psychicznej, silnym charakterze, potrafił pomimo trudności przedstawić swym przełożonym do Dowódcy Dywizji włącznie swoje stanowisko w tej sprawie. Przedstawienie przez Psychiatrę analizy psychiatrycznej tego przypadku u Dowódcy Dywizji dało temu Dowódcy obszerny materiał do ewentualnego wykorzystania ku zadowoleniu i satysfakcji chorego. Interweniowanie w sprawach konfliktu u Dowódców różnych szczebli daje psychiatrze bardzo ciekawy materiał tak z punktu widzenia psychologii indywidualnej i zbiorowej. Niejednokrotnie rozmowy z Dowódcami są bardzo trudne i wymagają dużego taktu, wnikliwości i cierpliwości ze strony psychiatry. Zawsze jednak znajdzie się taka czy inna platforma rozumowania w imię dobra sprawy i przy naprawdę szczerych chęciach otoczenia jak najlepszą opieką żołnierza. Muszę podkreślić w tym miejscu wielokrotnie odczuwany przeze mnie podziw dla znajomości spraw żywotnych żołnierza przez Dowódców i wielki zasób wysiłków oraz jak najlepszych chęci przy szukaniu dróg do zapewnienia dobrej opieki nad stanem psychicznym żołnierza.

7. Interwencje w sprawie zbiorowych zaburzeń życia psychicznego w oddziałach

Niekiedy nagromadza się z jednego oddziału szereg konfliktów. Analiza tych konfliktów narzuca po prostu konieczność wszczęcia pewnych kroków zapobiegawczych, co zobrazuję na przykładzie historii choroby L. 108:

Sierż. S.F., przyjęty 20.7.45 r., rocznik 1897, zawód przedsiębiorca[iorca] samochodowy. Rozpoznanie reakcja neurasteniczna u osobnika o uosobieniu schizoidalnym. Wzrost 174, budowa mocna, odżywienie dobre, tętno 84, tony głuchawe, organicznych objawów ze strony układu nerwowego nie stwierdzono. Przygnębiony i bardzo zmęczony stosunkami w oddziale. Podczas opowiadania jak go Dowódca rugał, kilkakrotnie wybuchał płaczem. Dnia 16.7.45 r. został ukarany 14-dniowym aresztem średnim za niewłaściwe zachowanie się wobec szefa. Tłumaczenia chorego, że od kilku tygodni czuje się źle, Dowódca nie uwzględnił. Chory przebył zakażenie luetyczne w marcu 1943 r. i miał przeprowadzone przepisane leczenie. Odczyn Kahna obecnie we krwi ujemny. Opinia z dnia 23.7.45 r. W oddziale od 25.6.43 r. Pracuje jako kierowca transportera czołgowego. Wydajność w pracy mała, z powodu wielkiej i stałej niechęci do pracy. Kierowca stary i bardzo dobry. W pracy przeszkadza mu lenistwo, gaduła, plotkarz. Chory na manię wielkości. Podstępny i fałszywy intrygant. Brak poczucia patriotyzmu i jakiegoś obowiązku. Lekceważy sobie obowiązki i działa demoralizująco na otoczenie. Karany 2-krotnie. Ogólna opinia niedostateczna. Dnia 1.8.45 r. otrzymał 4-tygodniowy urlop wypoczynkowy do Domu Wypoczynkowego w Porto San Giorgio. Dnia 29.8.45 r. powrócił z Domu Wypoczynkowego w stanie poprawy i został wypisany do oddziału. Przy wypisaniu zanalizowałem sytuację

zdrowotną i radziłem starać się pracować w oddziale nadal. Po zameldowaniu się w oddziale zarządził Dowódca natychmiastowe zamknięcie sierż. S.F. do aresztu dla odbycia nałożonej kary. Prośby ustnej na odłożenie kary na czas pewien Dowódca nie uwzględnił. Dla wydania opinii o zdolności odbycia kary, chory został skierowany ambulatoryjnie do Ośrodka dla Wyczerpanych i otrzymał orzeczenie niezdolny do odbycia kary przez przeciąg 6 tygodni. Na tę decyzję Dowódca zareagował pismem do naczelnego lekarza Oddziałów Korpusnych, którą podaję w dosłownym brzmieniu: „Proszę o zbadanie i wydanie orzeczenia, czy sierż. S.F. jest zdolny do odbycia kary aresztu średniego. Nadmieniam, że sierż. S.F. od dłuższego czasu uchyla się od odbycia kary, motywując tym, że jest psychicznie wyczerpany. Przez swe uchylene się podrywa autorytet Dowódcy i uniemożliwia utrzymanie dyscypliny w kompanii. W dniu 8.9.45 r., kiedy miał być odesłany do aresztu, lekarz X.Y. udzielił mu zwolnienia od odbycia kary na przeciąg 6 tygodni. Nadmieniam, że dnia 29.8.45 r. wyżej wymieniony wrócił z Ośrodka dla Wyczerpanych z zaświadczeniem, że jest zdolny do pełnienia służby. Według mej obserwacji jest on również zupełnie zdrowy i zdolny do pełnienia służby, a tylko symuluje chorobę, by w ten sposób uchylić się od każdej pracy, służby i odbycia kary. W związku z powyższym wyjaśniam, gdyby lekarz uznał go za niezdolnym, proszę o wyznaczenie komisji lekarskiej, celem zbadania go”. Po przestudiowaniu innych chorych tego samego oddziału nasunęło mi się przypuszczenie, że być może podejście Dowódcy tego oddziału nie jest na należytych poziomach. Zebrawszy skrupulatnie cały materiał, udałem się do bezpośredniego przełożonego tego dowódcy w dniu 24.9.45 r. i przedstawiłem mu posiadane dane. Zaznaczyłem na zakończenie, że nie posiadam pełnej możliwości, aby zidentyfikować te dane ze stanem faktycznym w oddziale. Proszę jednak o przyjęcie do wiadomości, jakimi one są, dla ewentualnego wykorzystania przy badaniu istoty stanu rzeczy w oddziale.

8. Podejście psychosomatyczne

Obok leków uspokajających, nasennych, tonizujących, przy załatwianiu chorych odgrywa dużą rolę tak zwane podejście psychosomatyczne. Medycyna psychosomatyczna polega na uwzględnieniu przy rozpatrywaniu stanów chorobowych roli czynnika wzruszeniowego (emocji) jako przyczynowego, współprzyczynowego, bądź współistniejącego. Istotą tego kierunku miałem możliwość poznać przez przestudiowanie dwu podstawowych amerykańskich dzieł w tej dziedzinie, wydanych w 1945 r., a mianowicie: Weiss i English „Psychosomatic Medicine” oraz Flanders Dunbar – „Psychosomatic Diagnosis”. Należy po prostu pozwolić się „wygadać” choremu ewentualnie dopomagając mu tylko możliwie wnikliwymi pytaniami. W przebiegu takiego badania wychodzą na jaw czynniki emocjonalne, stojące u źródła nerwowości. To danie możliwości choremu obszernego

wypowiedzenia się oraz wytłumaczenia mu mechanizmu powstania choroby rozjaśnia niejednokrotnie horyzont psychiczny chorego, rozbraja niepokojące go podejrzenia, lęki i kompleksy, co już samo przez się stanowi leczenie, jeśli rozmowa Psychiatry z chorym jest na płaszczyźnie obopólnego zaufania. Psychosomatyczna medycyna w pełnym tego słowa znaczeniu może być uprawiana tylko w oparciu o duże szpitale, rozporządzające powagami w dziedzinie wszystkich specjalności medycyny i wszelkimi pomocniczymi metodami badawczymi. Ośrodek dla Wyczerpanych ze względu na swe umiejscowienie bądź przy Korpuśnym Głównym Punkcie Opatrunkowym, bądź przy jednym Półowym Szpitalu Ewakuacyjnym nie rozporządza tymi metodami na większą skalę, dlatego w pracy Ośrodka dla Wyczerpanych można mówić tylko o podejściu psychosomatycznym. Psychosomatyczne badanie i leczenie jest czymś w rodzaju skróconej psychoanalizy, aczkolwiek z czasem z konieczności musi się przerobić w przypadkach trudniejszych w pełną psychoanalizę w sensie Freuda, gdzie trzeba sięgnąć do rozładowywania kompleksów, zanurzonych w ciemnych przestrzeniach podświadomości i wydobywania ich stamtąd na „słoneczne światło dzienne” świadomości chorego. Nie potrzebuje podkreślać, że ta praca zjada wiele czasu, jednak muszę podkreślić, iż obecny i najbliższy czas zwiastuje erę psychosomatycznej medycyny i podobnie jak zasadniczo każdy lekarz musi mieć opanowaną znajomość małej chirurgii, zaś wielka chirurgia spoczywa w rękach mistrzów tej sztuki, tak samo każdy lekarz musi i będzie musiał posiadać, bez względu na specjalność, znajomość małej medycyny psychosomatycznej, zaś pełny jej zakres pozostanie w rękach wykwalifikowanych specjalistów. Psychosomatyczne podejście dla chorych zobrazuję na dwóch przypadkach.

Przypadek 1. Historia choroby L. 439. Kanonier L.K., rocznik 1910, kolejarz, żonaty. Podejrzewa siebie o chorobę weneryczną oraz nowotwór lewej kończyny dolnej (na tej kończynie posiada zgrubienie od żyłaków). Odczuwa poza tym żal do lekarzy, iż lekceważą sobie jego chorobę i wszyscy mówią, że to tylko nerwy. „To mi jest za mało, bo ja jestem czemuś coraz bardziej chory”. Do wojska przybył z armii niemieckiej. W swym oddziale czuje się dobrze. Dotychczas nie chorował, ukończył 7 klas szkoły powszechnej, uczył się dobrze. Wzrost 174, budowa silna, odżywienie dobre, w narządach wewnętrznych i układzie nerwowym uchwytne zmiany nie stwierdzono. Typ psychiczny mieszany, o dość silnych cechach inteligencji wrodzonej i prawym podejściu do swoich obowiązków. Dłuższe kilkakrotne rozmowy na temat dziejów jego życia pozwoliły stwierdzić, że zasadniczo do maja 45 r. czuł się zawsze dobrze z tym, że był zawsze zrównoważonym, religijnym, względnie spokojnym, o chwiejnej wzruszeniowości. W maju 45 r. miał po abstynencji od początku wojny, powodowanej

między innymi obawą przed chorobami wenerycznymi, stosunek płciowy po pijanemu bez prezerwatywy. Od tego czasu jest przeświadczony, pomimo zaprzeczeń lekarzy, o istnieniu u niego choroby wenerycznej, a przed 2 tygodniami zauważył, że na kończynie dolnej lewej rośnie mu zapewne rak. Odczuwa skrupuły moralne, usprawiedliwiając się częściowo faktem użycia alkoholu. Leczenie rozpocząłem od stwierdzenia faktu, iż wierzę, że chory rzeczywiście odczuwa dużo cierpień. Dalej zapytałem go, czy chce być rzeczywiście wyleczony. Na to niezwłocznie odpowiedział mi „tak”. Wobec tego powinno mu być obojętnym, jaką metodą powinien być leczony, bo się i tak na tym nie zna. Powoli i cierpliwie naświetliłem jego stan obiektywny, stanowczo zaprzeczyłem ewentualność jego choroby wenerycznej, bo przeciw temu przemawiają wszystkie badania z odczynem Kahna ujemnym włącznie, natomiast cierpienie jego rzeczywiście przykre powstało drogą wzruszenia i polega na wiązaniu jakichkolwiek doznań cielesnych i drobnych dolegliwości z domniemaną chorobą weneryczną, co przy współdziałaniu jego wzruszeniowości doprowadza do nasilenia się objawów. Ten sposób argumentacji, kilkakrotnie powtarzany, po kilku dniach przepełnił świadomość chorego. Chory się rozpogodził i uznał argumentację za słuszną. Obecnie znajduje się na urlopie wypoczynkowym w Como. Po skończeniu urlopu ma się zameldować w połowie grudnia na badanie kontrolne w Ośrodku,

Przypadek 2. Historia choroby L. 411: szer. L.N., przybył 13.11.45 r., rolnik, żonaty, rocznik 1906, rozpoznanie historyczne porażenie kończyny górnej prawej. Wzrost 170, budowa atletyczna, tętno 72, ze strony układu nerwowego – drżenie powiek i palców rak. Główne skargi chorego: Od kilku dni odeszła mu władza w prawej ręce i jest tym przerażony. Chorób żadnych dotychczas nie przechodził. Ojciec rolnik, rodzina zdrowa, alkoholu nie nadużywa. Typ psychiczny mieszany o małej inteligencji i chwiejnej wzruszeniowości. Czasem go kurcz bierze za gardło, jak się przejmie i nie może mówić. Wobec wyraźnych cech czynnościowych schorzenia oświadczyłem choremu, iż jego chorobę da się wyleczyć, tylko musi się poddać leczeniu z zaufaniem. Tego rodzaju chorzy bardzo sugestywni na to, co się dzieje w otoczeniu, poprawiają się trudno, jeśli nie pozwolą się im wyjść z impasu z prestiżem wobec otoczenia. Z tego powodu na sali chorych oświadczyłem choremu, co następuje: Jutro rano zrobię wam zastrzyk w rękę w kilku miejscach, po którym to zastrzyku odzyskacie władzę, tylko potem będziecie musieli przez dwa dni robić gimnastykę ręką według instrukcji gimnastyki w moich oczach lub oczach szefa. Istotnie na drugi dzień przystąpiłem do swego rodzaju ceremonii, zacząłem najpierw myć, później wyjmować strzykawkę długo ze sterylizatora, następnie dokonałem po zdezynfekowaniu skóry pięciu powolnych nakłuć skóry kończyny wyjąłową igłą, markując wstrzykiwanie

ptynu leczniczego, którego w strzykawce w ogóle nie było. Po dokonaniu ostatniego uklucia kazałem choremu podnieść natychmiast rękę do góry, co chory wykonał. Dalsze zabiegi, w postaci ćwiczeń gimnastycznych ręką dwa razy po 15 minut w ciągu doby przez dwa dni, rozładowało psychiczne nastawienie chorego. Na zakończenie doradziłem mu, aby w razie zmartwień lub wzruszeń nie przejmował się doznaniem ze strony ciała, bo przy jego usposobieniu łatwo mu się – na przykład ze strachu, jakby dla usprawiedliwienia się przed światem – nabawić choroby, którą sam już kiedyś miał albo widział u innych.

9. Podejście z punktu widzenia społecznego „Ja”

Współczesna psychologia i psychopatologia rozpatruje życie psychiczne człowieka (Mc Dougall) nie jak dawniej, śledząc poszczególne części indywidualnej psychiki, ale badając jego życie psychiczne jako jednostki w społeczeństwie i życie społeczeństwa w jednostce. Poruszone w poprzednim punkcie znaczenie wzruszeń w stanach chorobowych potęguje się i urasta wtedy, gdy stany wzruszeniowe związane są z bliższą treścią „Ja” człowieka. Zdrowie psychiczne człowieka istnieje tylko wtedy, jeśli te nici, którymi on wrasta w społeczeństwo i które wrastają z społeczeństwa w niego, są dostatecznie silne i grube i nie rwą się powodując rozmaite zaburzenia w społecznym „Ja” w formie konfliktów, kompleksów i różnorodnych zaburzeń chorobowych. Dzisiejsza wiedza psychologiczna sili się, by poznać te wiązania społecznego „Ja”. Dobra atmosfera psychiczna w oddziale istnieje może tylko wtedy, gdy upoważnione do tego osoby, uzbrojone w mądrość życiową i konieczną znajomość życia psychicznego będą stale i aktualnie umiały oceniać i zauważać wszystkie poważniejsze zgrzyty i pragnienia niezaspokojonego „Ja” żołnierza. Wprawdzie dla zaspokojenia w czasach dzisiejszych tego „Ja” człowieka musiałyby nastąpić w ogólnych stosunkach świata wiele przemian i wiele naszych pragnień na razie zaspakaja nadzieja lepszej przyszłości, to jednak na pewno jest rzeczą osiągalną zdobyć się na taki wysiłek, aby człowiek, powierzony naszej opiece miał chociaż tę pomoc, którą nazywa się zrozumieniem i zauważeniem jego pragnień i bolączek. Żołnierz, który czuje na sobie systematyczne wnikliwe i życzliwe oko dowódcy, świecącego przykładem, musi czuć się pewnie i dobrze.

10. Meldunki i sprawozdania do przełożonych, instrukcje pisemne oraz wykłady

Obok miesięcznych sprawozdań ruchu chorych Psychiatra Korpusu składa Szefowi Służby Zdrowia sprawozdania 3-miesięczne na temat stanu psychicznego żołnierzy z uwagami i wnioskami. Ekspertyzy sądowe, analizy przypadków samobójstw, wykłady z działu psychologii składają się na całość pracy zapobiegawczej Psychiatrii, której najważniejsze punkty zostały wyżej omówione. Aczkolwiek nie wchodzi to w zakres niniejszego referatu, mającego zapoznać z zapobieganiem

chorobom psychicznym na szczeblu Korpusu, szczegółowe rozpatrywanie wniosków z tej pracy, to jednak uważam za swój obowiązek chociażby ogólne napomknięcie o tym. Wysuwają się na czoło następujące zagadnienia:

- 1) Zagadnieniowe niepersonalne podejście do spraw życia codziennego i wiążące się z tym stosowanie głoszonych zasad przez tych, którzy je głoszą.
- 2) Zagadnienie pogłębiania przez dowódców znajomości psychologii ludzkiej, szczególnie społecznej, co pozwoli na postawienie wyżej zrozumienia psychiki żołnierza.
- 3) Zagadnienie zwalczania alkoholizmu. Alkoholizm zajmuje drugie miejsce wśród schorzeń stwierdzanych u chorych Ośrodka dla Wyczerpanych, w ilości przypadków 104 (na pierwszym miejscu stoją nerwice przypadków 187). Analiza przypadków alkoholizmu pozwala stwierdzić, iż znajomość szkodliwości alkoholu stoi na bardzo niskim poziomie i że w obecnych warunkach zagadnienie alkoholizmu narasta i staje się niepokojące. Do kogoż należy przede wszystkim zwalczanie alkoholizmu jak nie do lekarzy? Instrukcja techniczna Szefa Służby Zdrowia, opracowana przeze mnie dla ułatwienia Lekarzom Oddziałowym pracy uświadamiającej porusza właśnie najważniejsze momenty zagadnienia alkoholizmu, jak to mówi sam jej tytuł. Przy tej sposobności mam zaszczyt zwrócić się z apelem o współdziałanie w tej dziedzinie przez ogół lekarzy. Założenie związku przeciwalkoholowego uważałbym w obecnych czasach za bardzo wskazane. Z zagadnieniem alkoholizmu w Korpusie łączy się nieodłącznie sprawa leczenia alkoholików oraz sprawa dalszej opieki nad alkoholikami i psychopatomami zwalnianymi z wojska. Te sprawy muszą być jeszcze rozwiązane.
- 4) Skomplikowane zagadnienie seksualne.
- 5) Zagadnienia psychologii życia zbiorowego.

Na zakończenie chcę stwierdzić, że przed Psychiatrią Korpusu w dziedzinie zapobiegania chorobom psychicznym stoi jeszcze wiele zadań do wykonania. Istnienie w 2. Korpusie Ośrodka dla Wyczerpanych, kultuwającego w sobie podejście zapobiegawcze do zagadnień psychologii i psychopatologii, jest pożyteczną zdobyczą i krokiem naprzód w kierunku otoczenia opieką zdrowia psychicznego żołnierzy na współczesnym poziomie. Łączenie tego rodzaju pracy z pracą o czysto nastawianiu leczniczym, jak to się dzieje w szpitalach, uważam za niewskazane, bowiem praca zapobiegawcza wymaga obszernych studiów w kierunku psychologii i psychopatologii, zaś praca szpitalna wymaga ześrodkowania wysiłków lekarza w kierunku pogłębiania głównie psychiatrii. Dlatego moim zdaniem tego rodzaju placówka, jak Ośrodek dla Wyczerpanych winna być utrzymana nadal w swym obecnym zakresie działania.

Piśmiennictwo

1. Sokolowski T, ed. Pamiętnik Zjazdu Polskich Lekarzy Wojskowych w Bolonii, 17–20.12.1945 r. 476 Sekcja Wydawnicza 2 Korpusu Polskiego, Bari 1946. Główna Biblioteka Lekarska w Warszawie, Dział Starej Książki, sygn. 50 701
2. Świder K. Zapobieganie chorobom psychicznym w Korpusie. Ibidem 121–136