



KS. TADEUSZ WOJCIECHOWSKI

ALKOHOLIZM A SCHORZENIA I ZABURZENIA OSOBOWOŚCI CZŁOWIEKA

Alkoholizm, zjawisko zachodzące powszechnie zarówno u ludzi prymitywnych jak i kulturalnych¹, stał się jedną z najbardziej niebezpiecznych chorób naszych czasów. Jej niebezpieczeństwo podkreśla fakt, że w ostatnich 10–15 latach notuje się na świecie znaczny wzrost alkoholizmu u kobiet². Alkoholizm stanowi również ważny problem duszpasterski, wobec którego duszpasterz musi zająć odpowiednie stanowisko i dokonać jego moralnej oceny. Warunkiem tego jest uprzednie poznanie i zrozumienie źródeł i motywacji postępowania i zachowania się alkoholika. Jako problem duszpasterski zagadnienie alkoholizmu zawiera różne aspekty. Autor wybiera z nich jeden do rozpatrzenia, a mianowicie, co na ten temat mówi psychologia i patopsychologia. Aspekt ten bierze pod uwagę osobowość alkoholika. Pod tym kątem widzenia rozważymy takie zagadnienia, jak: alkohol jako narkotyk, przyczyny nadużywania alkoholu, psychozy alkoholowe, sposoby leczenia i psychohigienę alkoholową.

1. ALKOHOL JAKO NARKOTYK

Alkohol wraz z kofeiną i nikotyną zalicza się do tzw. narkotyków życia codziennego, które mogą być używane w umiarkowanych ilościach przez całe życie, nie przynosząc szkody organizmowi. Dlatego też nie każde picie alkoholu zalicza się do narkomanii. Istnieje różnica między alkoholem jako jednym z różnych rodzajów napojów i alkoholem jako środkiem narkotycznym, prowadzącym do powstania narkomanii alko-

¹ R. Martin-K. Saller, *Lehrbuch der Anthropologie*, Bd II, Stuttgart, 1959, s. 740.

² H. v. Keyserlingk, *Geistige Gesundheit und Alkohol*, „Geistige Gesundheit in der neuzeitlichen Gesellschaft”, H. 7, Leipzig, 1967, s. 92; W. S o l m s, *Prophylaxe des Alkoholismus*, w: *Geistige Hygiene. Forschung und Praxis*, Basel, 1955, s. 431.

holowej. Według umownego określenia autorów, ten traktuje alkohol jako napój, kto używa go dla zaostrenia apetytu, dla zapobieżenia szkodliwym skutkom potraw zwłaszcza ciężkostrawnych, dla zabicia bakterii, wzmocnienia serca, czy po prostu dlatego, że smakuje. Ten traktuje alkohol jako narkotyk, kto używa go w celu poprawienia nastroju, przełamania depresji, odhamowania wewnętrznych oporów, dostosowania się do towarzystwa alkoholików itp. W tych wypadkach, pisze Hugo v. Keyserlingk, alkoholizm jest szczegółowym przypadkiem narkomanii i przeciwieństwem zdrowia psychicznego³. Trzeba jednak wyraźnie zaznaczyć, że rozgraniczenie to nie jest ostre, gdyż można używać alkoholu w obu celach równocześnie⁴.

Dla ścisłości należy wspomnieć, że nie wszyscy badacze uważają alkoholizm za jedną z odmian narkomanii. Edwin M. Schur widzi różnicę między prawdziwym oddaniem się narkotynom oraz takim, które prowadzi tylko do przyzwyczajenia. Do tej drugiej kategorii zalicza nikotynę oraz napoje kofeiny i kawę. Wprawdzie niektórzy autorzy, pisze Schur, wierzą, że do alkoholizmu i narkomanii prowadzą podobne przyczynowe czynniki, jednakże alkoholizmu nie należy traktować na równi z narkomaniami, gdyż używanie alkoholu jest zachowaniem się społecznie aprobowanym. Dlatego alkoholizm stanowi zupełnie odrębny problem⁵.

Alkohol używany jako narkotyk prowadzi do powstania narkomanii alkoholowej, czyli alkoholomanii. Narkomanię można określać zarówno z punktu widzenia farmakologicznego jak i psychologicznego. Z punktu widzenia farmakologicznego przez narkomanię rozumie się stan periodycznego lub chronicznego zatrucia, wywołanego powtarzaniem używaniem substancji trujących, które powodują szkody zarówno indywidualne jak i społeczne (definicja *Światowej Organizacji Zdrowia*). Ze strony psychologicznej podkreśla się fanatyczne, podobne do opętania skierowanie myśli i pragnień do narkotyku. Połączywszy obie definicje, można określić narkomanię jako psychicznie i cielesnie uwarunkowaną prawie niepokonalną skłonność do używania środków oszalamiających (upajających).

Odpowiednio do tego Henri Piéron określa krótko alkoholomanię jako prawie niepokonalną tendencję do używania napojów alkoholowych⁶. Według *Światowej Organizacji Zdrowia* alkoholikami są ludzie nadmiernie pijący, u których zależność od alkoholu osiągnęła taki stopień, że przejawiają oni bądź wyraźne zaburzenia psychiczne, bądź zachowują

³ Art. cyt. s. 93.

⁴ Zob. H. Hoff, *Lehrbuch der Psychiatrie*, Basel—Stuttgart, 1956, s. 314.

⁵ E. M. Schur, *Narcotic Addiction in Britain and America*, London, 1966, s. 17.

⁶ *Vocabulaire de la psychologie*, Paris, 1957, s. 11.

się w sposób przynoszący szkodę ich zdrowiu fizycznemu i psychicznemu, ich stosunkom z osobami drugimi, ich sytuacji społecznej i ekonomicznej; są to również ludzie, którzy wykazują objawy zwiastujące takie zaburzenia⁷. Charakterystyczne cechy każdej narkomanii, a więc i alkoholomanii, są następujące: 1) nieodparta chęć i przymus przyjmowania narkotyku, 2) dążność do powiększania dawki, 3) psychiczna i cielesna zależność od działania narkotyku⁸. Według G. Malignac'a być alkoholomanem znaczy nie posiadać silnej woli w powstrzymywaniu się od napojów alkoholowych, a alkoholizm to zespół patologicznych konsekwencji nadmiernego ich używania⁹.

2. PRZYCZYNY ALKOHOLIZMU

Reakcja na alkohol jest rzeczą indywidualną, jedni nie znoszą go wcale, drudzy posiadają małą tolerancję i szybko się upijają, inni w ogóle nie popadają w alkoholomanię pomimo picia alkoholu, a jeszcze inni bardzo szybko stają się alkoholikami. Dlatego A. Morali-Daninos nazywa alkoholikiem osobę, która „nie znosi” dawki alkoholu, którą przyjmuje¹⁰. Alkoholizm bowiem nie polega na picciu alkoholu, lecz na utracie kontroli nad nim¹¹. Zachodzi pytanie, dlaczego niektórzy ludzie „nie znoszą” dawki alkoholu i stają się alkoholomanami i jakie są przyczyny alkoholizmu? Czy przyczyny leżą w samym alkoholiku, czy w otoczeniu i warunkach życia, czy w jednym i drugim? Zagadnienie to rozpatruje się dzisiaj na tle osobowości człowieka, przez co zmienia się perspektywa patrzenia na nie. Dawniej rozważano schemat: alkoholizm i jego wpływ zaburzający na osobowość. Tymczasem problem nie przedstawia się tak prosto i schemat można odwrócić na sposób patrzenia: schorzenia i zaburzenia osobowości jako podłoże lub przyczyna alkoholomanii. Słusznie pisze Nigel Walker, że przeprowadzając badania nad mechanizmem powstawania wszelkiej narkomanii, w centrum uwagi winno się stawiać nie narkotyk, lecz osobę i jej położenie¹².

Ze względu na tę nową perspektywę, można mówić o przyczynach bezpośrednich i pośrednich, bliższych i najgłębszych alkoholizmu. Rozważmy najpierw przyczyny bliższe, bezpośrednie alkoholizmu. Wymienia się zwykle trzy grupy tych przyczyn. Pierwszą zewnętrzną grupę przyczyn stanowią sposobność, towarzystwo i powszechna tolerancja

⁷ Zob. N. Kessel-H. Walton, *Alkoholizm*, Warszawa, 1967, s. 13.

⁸ H. Lippert, *Einführung in die Pharmakopsychologie*, Bern—Stuttgart, 1958, ss. 122 nn.

⁹ *L'alcoolisme*, Paris, 1962, ss. 21; 23.

¹⁰ *La psychologie appliquée*, Éd. Nathan, 1956, s. 481.

¹¹ L. E. Wexberg, *Trinkerfürsorge*, w: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Bd IV, München—Berlin, 1959, s. 673.

¹² *Frontiers of Criminology*, Pergamon Press, 1967, ss. 37; 40.

zwyczaju picia, a także wpływ telewizji i kina przedstawiających sceny picia bez dodanej oceny moralnej. Czynniki te mogą sprawić, że nawet jednostka zdrowa psychicznie może najpierw przyzwyczaić się do alkoholu, a potem przejść do nadużywania i ulec zwykłym skutkom alkoholizmu. Do tej grupy alkoholomanów zalicza się także tych, którzy widzą w alkoholu po prostu radość z używania życia, zatapiając się bez oporu i wewnętrznego napięcia w zmysłowej przyjemności picia.

Drugą grupę przyczyn stanowią wewnętrzne napięcia w samej osobowości alkoholika. Jedni szukają w alkoholu ucieczki przed nieznośną rzeczywistością życia, przejawiającą się np. w postaci złego małżeństwa, złych warunków materialnych i mieszkalnych, złych warunków pracy i położenia socjalnego. Inni szukają w alkoholu ucieczki przed trudnościami wewnętrznymi, które przejawiają się w postaci wewnętrznych konfliktów, niepewności, niezadowolenia ze siebie i innych, trudności dostosowania się do otoczenia, środowiska zawodowego i rodzaju pracy, braku sukcesów w pracy zawodowej, nieosiągalności zamierzonego celu.

W ostatnich latach zwraca się uwagę szczególnie na te ostatnie przyczyny. Zazwyczaj każdy człowiek pragnie osiągnąć jakiś sukces życiowy, stawia sobie jakiś cel, do którego dąży. Jeżeli tego celu nie osiągnie, przeżywa uczucie wewnętrznego niezadowolenia, niepokoju, rozczarowania, czyli frustracji. Jednostka odporna i zdrowa psychicznie szuka wyjścia z konfliktowej sytuacji przez postawienie sobie nowych celów, bardziej realnych i osiągalnych, czyli przystosowuje się do sytuacji. Jednostka mniej odporna psychicznie, o mniejszej tolerancji frustracyjnej, szuka rekompensaty w inny sposób, rzucając się w wir uciech życia, planując i ewentualnie dokonując samobójstwa, „osiągając” zamierzony cel w marzeniach na jawie, lub szukając zapomnienia i odprężenia w narkotykach¹³. Alkohol staje się środkiem usuwającym lęki, a alkoholizm mechanizmem obronnym w naszej kulturze przed tymi lękami¹⁴.

Trzecia grupa przyczyn jest związana szczególnie z życiem artystycznym. Według przekonania niektórych twórców alkohol usuwa wewnętrzne przeszkody, które nie pozwalają wyzwolić się myśli twórczej, odhamowuje psychiczne opory uczuciowe i intelektualne paralizujące myśl twórczą. Tak sądził np. Goethe, który dlatego wypijał codziennie jedną do dwóch flaszek wina. Inni szukali w alkoholu natchnienia, nowych pomysłów artystycznych choćby niedorzecznych i nierealnych. Lista wielkich ludzi, dla których alkohol, jak sądzili, spełniał tę rolę, jest stosunkowo duża. Znajdują się na niej np.: Aleksander Wielki, Sokrates,

¹³ E. B. Hurlock, *Developmental Psychology*, New York, 1959, 466.

¹⁴ C. Hanley, *Learning, retention and motivation*, w: *Psychology*, Boston, 1961, ss. 416; 439.

Katon, Cesar, Luter, Tasso, Rembrandt, Schubert, Bethoveen, Haendel, Mozart, Schiller, Bismarck, Musset, Verlaine i in.¹⁵

Wymienione wyżej czynniki odgrywają ważną rolę, gdyż stają się najbliższymi przyczynami powstania alkoholomanii. Zachodzi jednak pytanie, czy poza nimi nie kryje się jakieś głębsze podłoże, które stanowi podatny grunt dla wystąpienia alkoholizmu pod wpływem działania przyczyn bliższych. Dyskusje toczą się nad dwiema takimi przyczynami tkwiącymi w samej osobowości człowieka i ułatwiającymi przyczynom bliższym zapoczątkowanie alkoholizmu. Są nimi dziedzictwo oraz zaburzenia i schorzenia psychiczne.

Problem ewentualnego dziedziczenia alkoholomanii nie jest łatwy do rozwiązania, gdyż trzeba zbadać wpływ alkoholu na plazmę rozrodczą, na wyposażenie genowe przekazywane potomstwu alkoholika. Bezpośrednio badania można przeprowadzać tylko na zwierzętach i przez analogię stosować do ludzi. W badaniach nad ludźmi stosuje się dalej metodę genealogiczną i statystyczną. Dotychczasowe badania nad zwierzętami nie dostarczyły dobrze uzasadnionych danych, które przemawiałyby za działaniem alkoholu na plazmę rozrodczą, powodując dziedziczny alkoholizm. Herbert Lippert podaje wyniki badań R. J. Williamsa (1951), który wstawiał do klatki ze szczurami dwa naczynia, jedno z wodą, drugie z 10% roztworem alkoholowym, przy czym naczynia zmieniał codziennie. Okazało się, że jedne szczury piły tylko wodę, inne tylko roztwór alkoholowy¹⁶. Trudno wytłumaczyć, dlaczego szczury podzieliły się spontanicznie na dwie grupy, jednakże pewnym jest, że u szczurów „pijaków” nie wchodziły w grę założenia dziedziczne.

Pewne wyjaśnienie tej sprawy przynoszą wcześniejsze doświadczenia J. H. Massermana i K. S. Yuma (1946), którzy stawiali koty w sytuacji konfliktowej między dążeniem do pokarmu i unikaniem wstrząsów elektrycznych przy dojściu do celu. Konflikt ten zniknął po upojeniu kotów mlekiem z alkoholem. Zaczęły one znów dążyć do pokarmu. J. J. Conger doszedł do podobnych wniosków w badaniach kontrolnych nad doświadczeniami poprzedników. Wymienieni autorzy wyprowadzili z doświadczeń wnioski, że alkohol redukuje siłę strachu u kotów¹⁷. Gloor i Niggli, działając fenolem i alkoholem na zarodki, zdołali uzyskać u muszki mutację zwaną *tetraptera*, czyli zmiany w postaci skrzydełek. Mutacje te zaliczyli jednak do fenokopij, czyli zmian niedziedzicznych¹⁸.

¹⁵ Lippert, dz. cyt., s. 140. Jak podaje T. Bilikiewicz (*Psychiatria kliniczna*, Warszawa, 1966, s. 460), stężenie we krwi 0,5% alkoholu nie pociąga za sobą uchwytłych zmian czynności psychicznych.

¹⁶ Dz. cyt., s. 165.

¹⁷ J. Dollard-N. R. Miller, *Osobowość i psychoterapia*, Warszawa, 1967, ss. 174—176.

¹⁸ H. Fritz-Niggli, *Vererbung bei Mensch und Tier*, Stuttgart, 1961, s. 231.

Wyniki te nie przekonały całkowicie wszystkich autorów¹⁹ i dlatego według Kurta Kolle z badań nad zwierzętami można na razie wyprowadzić jedynie negatywny wniosek, że nie można wykluczyć wpływu alkoholu na plazmę rozrodczą u zwierząt. Jednakże, gdyby nawet udowodniono, że taki wpływ istnieje, to z tego nie wynikałoby jeszcze, iż wnioski dotyczące muszek, myszy, szczurów i kotów można przenosić automatycznie na człowieka. Miarodajne będą tylko badania nad ludźmi. Z badań wynika jednak ten wniosek, że nie można już dzisiaj podtrzymywać twierdzenia dawnych psychiatrów, że alkohol powoduje zmiany dziedziczne²⁰.

Od dawna przeprowadza się badania rodzin alkoholików. Ciekawe wnioski wynikają z badań K. Pohlischa nad potomkami chorego na *delirium tremens*. Wśród nich znalazł bardzo mało osobników z założeniami dziedzicznymi czy z nienormalną osobowością. Również u dzieci zrodzonych bezpośrednio przed wystąpieniem *delirium tremens* nie wystąpiły częstsze schorzenia, co musiałyby nastąpić, gdyby teza o degeneracji plazmy rozrodczej przez alkohol była prawdziwa. I to jest także powodem, dla którego należy przyjąć, że dotychczas nie wykazano uszkadzającego wpływu alkoholu na plazmę rozrodczą u człowieka²¹.

Autorzy zastanawiali się nad możliwością uszkodzenia płodu przez alkoholizm matki, jednakże bliższych danych na ten temat dotychczas nie dostarczono. Badacze zajmujący się wpływem różnych szkodliwych substancji i bakterii na życie płodu nie wymieniają alkoholu jako szkodliwego środka²². A. Dauphin dodaje tylko, że silne napoje alkoholowe należy skasować w diecie ciężarnej matki²³. Więcej światła na problem ewentualnej dziedziczności skłonności do alkoholizmu rzuciłyby badania bliźniąt jednozardkowych, czego dotychczas nie przeprowadzono.

Badania statystyczne zdają się również wskazywać na to, że alkoholomania wyrasta nie na tle dziedzicznym, lecz na podłożu sprzyjającym w postaci pewnych schorzeń i zaburzeń psychicznych. Jednostka psychicznie zdrowa posiada prawie nieograniczoną zdolność przewycięzania zewnętrznych trudności życiowych oraz wewnętrznych konfliktów i napięć. Zdolność ta zawodzi u jednostek mniej lub więcej obciążonych psychicznie, sprzyjając ucieczce do alkoholu. Zdają się przemawiać za tym dane statystyczne przeprowadzone nad alkoholikami w różnych krajach. I tak H. Hoff podaje następujące dane dla Austrii:

¹⁹ Zob. np. F. G. v. Stockert, *Einführung in die Psychopathologie des Kindesalters*, München—Berlin—Wien, 1967, s. 26.

²⁰ *Psychiatrie*, Stuttgart, 1961, s. 10.

²¹ Tamże, s. 11.

²² Zob. J. J. Gallagher, *Growth and development*, w: *Psychology*, ss. 63—64; A. Dauphin, *Hygiène prénatale*, Paris, 1952, ss. 10—12; 91—92.

²³ Dz. cyt. s., 74.

nieznana przyczyna alkoholizmu	— 6 ⁰ / ₀
alkoholicy objawowi	— 9 ⁰ / ₀
„ nedorozwinięci	— 10 ⁰ / ₀
„ neurotycy	— 24 ⁰ / ₀
„ psychopaci	— 51 ⁰ / ₀

Do alkoholików objawowych zalicza Hoff osobników doznających na przemian stanów podniecenia i depresji, przed którymi szukają ucieczki w alkoholu. Nedorozwinięci umyślowo popadają w alkoholizm, gdyż jak jedzą tak i piją bez miary. Neurotycy pragną usunąć stany lękowe przez stany upojenia. Również psychopaci rozwiązują wewnętrzne napięcia przez euforię alkoholową²⁴.

M. Bleuler (1954) podaje podobne wyniki dla alkoholików amerykańskich:

psychotycy	— 4 ⁰ / ₀
neurotycy	— 36 ⁰ / ₀
z pogranicza normalności a neuroz i psychopatii	— 40 ⁰ / ₀
normalni	— 20 ⁰ / ₀
oraz dla alkoholików szwajcarskich:	
psychotycy	— 4 ⁰ / ₀
nedorozwinięci	— 7,8 ⁰ / ₀
z pogranicza zdrowia i psychopatii	— 49 ⁰ / ₀
normalni	— 39,2 ⁰ / ₀

Alkoholicy o nieprawidłowym rozwoju osobowości wykazywali zmienność nastrojów, stany lękowe, skłonność do histerycznych reakcji, infantyizm, homoseksualizm, zaburzenia kontaktu itp. Zaburzenia osobowości odgrywały dużą, lecz nie jedyną rolę²⁵. Th. Speerri dodaje, że u kobiet alkoholizm występuje najczęściej u psychopatek, przy czym uszkodzenia są cięższe, a prognoza gorsza²⁶.

Podobnie O. Verschuer sądzi, że najczęstszym źródłem alkoholizmu jest psychopatia, gdyż ok. 65⁰/₀ alkoholików stanowią psychopaci, w tym ok. jedna trzecia to psychopaci kryminalni. Szczególnie usposobieni do alkoholizmu zdają się być psychopaci pobudliwi, wybuchowi, depresyjni, nieopanowani, o słabej woli. Ok. 10⁰/₀ alkoholików stanowią epileptycy, nedorozwinięci umyślowo i depresyjni²⁷. Gdyby dane te były reprezentatywne, to ok. 75⁰/₀ alkoholomanii wyrastałoby na podłożu psychopatii czy innych zaburzeń psychicznych. Dlatego niektórzy psychologowie

²⁴ Dz. cyt., ss. 327—329.

²⁵ J. Janner, *Anstalts- und Fürsorgebehandlung des Alkoholismus*, w: *Psychohygienische Vorlesungen*, Basel—Stuttgart, 1958, s. 230.

²⁶ *Kompendium der Psychiatrie*, Basel—New York, 1966, s. 60.

²⁷ *Genetik des Menschen*, München—Berlin, 1959, s. 343. Zob. także H. J. Weitbrecht, *Psychiatrie im Grundriss*, Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1963, ss. 153—154.

sądzą, że alkohol stanowi ucieczkę przed trudnościami przystosowania, wynikłymi na tle konfliktu między dążeniem i unikaniem. Alkoholizm jest symptomem złego przystosowania, bardzo trudnym do wyleczenia zwykłymi psychoterapeutycznymi środkami²⁸. Próbowano badać alkoholików inwentarzem osobowościowym Maudsleya, jednakże wyniki nie są jeszcze pewne²⁹.

Trudności z przystosowaniem mają osobowości niedojrzałe i słabe. J. H. Schultz zwraca uwagę na to, że u wszystkich zdecydowanych narkomanów miało miejsce w dzieciństwie rozpieszczanie przez nierozumną miłość matki. Skutkiem takiego wychowania jest brak tolerancji frustracyjnej, co otwiera drogę do używania środków oszałamiających³⁰. Na podobne niebezpieczeństwo są narażone osobowości autotolerancyjne, z tendencjami do agresji, osobowości z trudnościami seksualnymi i osobowości wrażliwe na *stress*. Kessel i Walton słusznie piszą, że nie zrozumie się należycie zagadnienia alkoholizmu, jeżeli nie weźmie się pod uwagę osobowości alkoholika. Jego nałóg staje się zrozumiały jedynie na tle zespołu jego sądów, postaw, dyspozycji i cech charakteru³¹. D. Horton zwraca uwagę na istotny związek między nasileniem alkoholizmu a stopniem niepewności egzystencji, która powoduje powstawanie lęków³².

Ku podobnym wnioskom skłaniają się także niektórzy socjologowie. J. Szczepański pisze, że przyczyny chuligaństwa, alkoholizmu i przestępczości leżą w trudnościach natury psychologicznej i socjologicznej³³. Inni wyprowadzają bardzo pesymistyczny wniosek, że z socjologicznego punktu widzenia można każdego człowieka uważać za potencjalnego alkoholika, gdyż uciekanie się do alkoholu jest niczym innym, jak tylko sposobem łagodzenia napięcia, a napięcie psychiczne jest zjawiskiem powszechnym w naszych czasach³⁴.

Alkoholizm rodziców dysponuje w szczególny sposób dzieci do alkoholizmu nabytego. Istotną rolę odgrywają w tym wypadku rany psychiczne, powstałe na skutek patrzenia na stałe awantury w domu, kazirodzce tendencje rodziców czy rodzeństwa, na stałe zmuszanie do picia. Dołączają się urazy psychiczne w postaci kompleksu niższości na skutek pochodzenia z rodziny alkoholika. Rany te dają większą podstawę do nabytych zaburzeń psychicznych i ucieczki do alkoholizmu, niż przypuszczalne uszkodzenie plazmy rozrodczej przez alkohol. Dlatego z faktu, że

²⁸ E. R. Hilgard, *Wprowadzenie do psychologii*, Warszawa, 1967, ss. 743—744; 809.

²⁹ *Frontiers of Criminology*, s. 37.

³⁰ Cyt. za Martin—Saller, *Lehrbuch der Anthropologie*, Lieferung 16, Stuttgart, 1963, s. 2561.

³¹ Dz. cyt., s. 73.

³² Dollard-Miller, dz. cyt., s. 176.

³³ *Młodzież epoki przemian*, Warszawa, 1965, s. 352.

³⁴ Kessel-Walton, dz. cyt., s. 40.

dzieci alkoholików są szczególnie często psychoneurotykami, nie można wnioskować, że przyczyną jest dziedziczny alkoholizm ojca czy matki³⁵. Najważniejszą przyczyną schorzeń psychicznych jest dziedziczność, a te stanowią tło usposabiające do alkoholizmu, przeto tylko w tym znaczeniu można nazwać alkoholizm dziedzicznym³⁶.

Powyższe wnioski są zgodne z wynikami badań nad dziećmi alkoholików. Wśród nich znaleziono 2—3% imbecylów, 5—6% debilów i 5% psychopatów. Również żony alkoholików wykazują założenia psychopatyczne i niedorozwój częstszy niż przeciętna otoczenia. Wyższy od przeciętnej otoczenia procent obciążeń psychicznych dzieci alkoholików nie może być wytłumaczony działaniem alkoholu na zarodki, gdyż u potomstwa niealkoholicznego rodzeństwa występują równie często schorzenia psychiczne. Skutki tych schorzeń zmniejszają się i zanikają w następnych generacjach³⁷. Verschuer tak ujmuje wyniki dotychczasowych badań: Dawniej sądzono, że alkoholizm rodziców jest bardzo ważnym czynnikiem powstawania niedorozwoju umysłowego u dzieci, tymczasem alkoholizm jest najczęściej oznaką dziedziczenia braków psychicznych, Dowodem tego, że alkoholizm rodziców nie jest przyczyną niedorozwoju umysłowego ich dzieci, jest fakt, że dzieci zrodzone z niepijącego małżeństwa oraz dzieci zrodzone przed początkiem alkoholizmu u rodziców wykazują równie częsty niedorozwój, jak dzieci zrodzone po wystąpieniu alkoholizmu u rodziców³⁸.

Wielu badaczy skłania się przeto dziś do opinii, że alkoholizm jest symptomem już istniejącego schorzenia psychicznego, najczęściej psychopatii. Kurt Schneider określa to w ten sposób, że narkomanie są wyrazem nienormalnej osobowości czy wyrazem nienormalnych reakcji przeżyciowych³⁹. Według Weitbrechta nie ma typu osobowości alkoholicznej, lecz są psychopatyczne osobowości dysponowane do alkoholizmu⁴⁰. Oczywiście zagadnienie to jest bardziej skomplikowane, niż się wydaje. Dlatego słusznie Kessel i Walton zwracają uwagę, że chociaż psychologiczne koncepcje wyjaśniają zachowanie się alkoholika, to jednak nie mogą dokładnie wyjaśnić, dlaczego jeden człowiek staje się alkoholikiem, a drugi nie. Natomiast pozwalają zrozumieć, które z regresywnych cech osobowości mogą wpłynąć na przebieg alkoholizmu i dlaczego pewne typy osobowości łatwiej popadają w nałóg pijaństwa. Wiele różnych elementów decyduje o powstaniu alkoholizmu. Zdeklarowany

³⁵ R. Brun, *Allgemeine Neurosenlehre*, Basel, 1954, s. 162.

³⁶ Verschuer, dz. cyt., s. 343.

³⁷ Brun, dz. cyt., s. 161; Verschuer, dz. cyt., s. 344.

³⁸ Dz. cyt., ss. 329—330.

³⁹ *Klinische Psychopathologie*, Stuttgart, 1959, s. 4.

⁴⁰ Dz. cyt., s. 153.

alkoholik jest funkcją wszystkich trzech czynników: społecznego, psychologicznego i fizjologicznego⁴¹.

Interesującym jest zagadnienie sposobu utrwalania się alkoholomanii w osobowości alkoholika. Proces ten można wyjaśniać przy pomocy teorii uczenia się. Uczenie się pojęte jako proces można określić jako reorganizację zachowania się i pola poznawczego, jako wynik indywidualnego doświadczenia, niezależnie od trwałości tej reorganizacji. Pamięć pojętą jako wynik procesu uczenia się można określić jako względnie trwałą zdolność organizmu do reagowania w sposób zmodyfikowany uprzednim doświadczeniem. Trwałe przyjmowanie alkoholu pozostawia trwałe ślady zarówno w stronie psychicznej jak i cielesnej. Powstają mechanizmy odruchowe, które w trudnych wewnętrznych i zewnętrznych sytuacjach życiowych wyzwalają spontanicznie rekompensujące reakcje, skłaniające do używania alkoholu. Alkohol staje się potrzebą wyuczoną i tak zakotwiczoną w organizmie, że wywołuje stan napięcia domagającego się zaspokojenia głodu organicznego i psychicznego alkoholu. Staje się *quasi*-instynktem działającym z siłą i na sposób instynktu, sterując mniej lub więcej despotycznie życiem psychicznym alkoholika, łamiąc hamulce nakładane przez wolę i opory stawiane przez rozum.

3. PSYCHOZY ALKOHOLOWE

Przez psychozę rozumieją psychiatrzy mniej lub więcej trwałe schorzenia czy zaburzenia umysłowe. Termin ten jest używany zawsze z przymiotnikiem wskazującym na naturę, przyczynę i dominujące cechy schorzenia⁴². Chroniczne, a w pewnych wypadkach nawet przejściowe używanie alkoholu, prowadzi do przejściowych lub stałych reakcji i schorzeń alkoholowych. Poznanie ich posiada duże znaczenie nie tylko dla psychologa czy psychiatry, lecz także dla duszpasterza. Rozróżnia się przejściowe i stałe psychozy alkoholowe.

Przejściowe psychozy alkoholowe

Występują one najczęściej u ludzi wykazujących brak tolerancji alkoholowej, upijających się małymi ilościami alkoholu. Nietolerancja alkoholowa występuje zarówno u chronicznych jak i okazjnych alkoholików. U tych ostatnich występuje zwykle po przebyciu chorób, po cięższych ranach lub uszkodzeniu mózgu, czy opon mózgowych. W tym ostatnim wypadku nietolerancję alkoholową tłumaczy się uszkodzeniem tzw. bariery hematoencefalicznej, którą stanowią ściany naczyń krwionośnych,

⁴¹ Dz. cyt., s. 79.

⁴² A. Porot, *Manuel alphabétique de psychiatrie*, Paris, 1960, s. 449.

opony mózgowe i tkanka glejowa. Po przełamaniu tej bariery alkohol działa na ośrodki podkorowe i odhamowuje reakcje instynktowe. Osoby podlegające nietolerancji alkoholowej muszą być bezwzględnie abstynentami, gdyż jedno przejściowe upojenie może je uczynić przestępcami kryminalnymi⁴³. Do przejściowych psychoz alkoholowych zalicza się patologiczne upojenie, patologiczne reakcje alkoholowe, halucynacje i złudzenia alkoholowe, epilepsję alkoholową i historię alkoholową.

Patologiczne upojenie w odróżnieniu od zwykłego nazywa się także epileptoidalnym, gdyż u 75% pacjentów występuje EEG, zwłaszcza w części skroniowej, jak u epileptyka. Przy upojeniu zwykłym osobowość chorego nie zmienia się, a tylko zaostrzają się posiadane cechy wskutek odhamowania mechanizmów cenzury. W upojeniu zwykłym przygnębiony staje się bardziej przygnębnym, wesoły bardziej wesołym, dowcipny sypie niewybrednymi dowcipami, kłótlivy staje się bardziej kłótlivym i zaczepnym, spokojny układa się do snu. Przy upojeniu patologicznym zmienia się osobowość pacjenta, który zachowuje się jak psychicznie chory.

Według Hoffa upojenie patologiczne można poznać po następujących cechach: 1) Objawy występują po wypiciu alkoholu. 2) Brak cielesnych objawów zatrucia alkoholem. Pacjent chodzi i mówi, jak gdyby był normalny. 3) Występuje odhamowanie popędów agresywnych, czasem przestępczych wyrażających się w zabójstwie, ranienu, gwałceniu, podpalaniu, samobójstwie. 4) Wyzwolone reakcje są obce normalnej osobowości pacjenta. W upojeniu patologicznym spokojny staje się awanturnicznym i agresywnym, cichy kłótlivym, zrównoważony pobudliwym i wybuchowym, oszczędny rozrzutnym (psychologia głębi uważa te reakcje tylko za pozornie obce osobowości pacjenta). 5) Upojenie kończy się wielogodzinnym snem. 6) Po wytrzeźwieniu pacjent nie pamięta czynów popełnionych w stanie upojenia. Czasem ten stan amnezji nie jest zupełnym i pacjent zachowuje uczucie, że „coś się stało”. 7) W stanie wytrzeźwienia 60%, a w stanie upojenia 75% pacjentów wykazuje nienormalny EEG. Patologiczne upojenie jest względnie rzadkim zjawiskiem⁴⁴.

Patologiczne reakcje alkoholowe występują tylko w czasie lub bezpośrednio po upojeniu alkoholowym. Właściwymi nienormalnymi reakcjami są stany agresywne połączone z biciem osób i ranieniem, niszczeniem przedmiotów i urządzeń. Od upojenia patologicznego różnią się tym, że 1) są widoczne cielesne zaburzenia ruchowe, 2) pozostaje wspomnienie dokonanej „rozbórki”, 3) czyny nie są obce osobowości pacjenta, 4) ani przed, ani po upojeniu nie występuje nienormalny EEG.

⁴³ Hoff, dz. cyt., s. 317.

⁴⁴ Tamże, ss. 318—321.

Halucynacje i złudzenia alkoholowe dotyczą najczęściej dziedziny wzrokowej i słuchowej. Pacjent ma złudzenia postaci-cieni i mar, słyszy głosy, które obrzucają go obelgami, obrażają, grożą lub bronią. Chory słucha tych głosów, jakby był widzem dramatu i jest opanowany lękiem, który może doprowadzić go do samobójstwa. Występują czasem mikropsje podobne do występujących w *delirium tremens*, ale bez cielesnych oznak tej choroby. Po tych stanach następuje sen, po którym pacjent przypomina sobie przeżycia tylko na sposób niewyraźnych widziadeł sennych. Stan ten może nastąpić po pierwszym upojeniu, zwykle jednak występuje przy chronicznym nadużywaniu alkoholu. Gdy pacjent przestaje pić, halucynacje przestają się pojawiać.

Epilepsja alkoholowa charakteryzuje się stanami podobnymi do stanów epileptycznych. Występują kurcze, konwulsje, stężenia, motoryczny niepokój, charakterystyczne zaburzenia świadomości ze skłonnościami do gniewu i wybuchu, prowadzącymi nawet do zabójstwa. Stan ten występuje bezpośrednio po upojeniu, w kilka godzin po upojeniu lub po wytrzeźwieniu. Nawet mała doza alkoholu może wywołać reakcję epileptyczną, z czego wnioskuje się, że nie chodzi o odhamowanie czynnościowe, lecz o nadwrażliwość pacjenta na alkohol. Przypuszcza się także, że może to być reakcja alergiczna na fuzlowe oleje zawarte w alkoholu. Jest również możliwe, że podlegający epilepsji alkoholowej są dysponowani do epilepsji, gdyż 70% z nich wykazuje epileptyczny EEG i po wytrzeźwieniu.

Histeria alkoholowa występuje w różnych postaciach. Może przybrać formę patologicznego samooskarżania się. Np. pacjent, obawiając się wymówek żony, zgłasza się na policję i oświadcza, że zamordował swą żonę. Po zbadaniu stanu rzeczy zostaje oddany do kliniki psychiatrycznej. Tam jedna się z żoną, gdy ta strapiona przebacza mu wszystko, i wraca z nią z tryumfem do domu. Inni histerycy alkoholowi chętnie się rzekomo dokonany przez siebie przestępstwem, o którym wyczytali w gazetach. Specjalną grupę stanowią histerycy ekshibicjoniści, którzy z dziwną predylekcją obnażają się i wychodzą na pomniki czy posągi znajdujące się na placach publicznych. We wszystkich formach histerii alkoholowej przejawia się tendencja do zwrócenia na siebie uwagi⁴⁵.

Trwałe psychozy alkoholowe

Na podłożu chronicznego alkoholizmu wyrastają trwałe psychozy alkoholowe, takie jak: *delirium tremens*, alkoholowa psychoza Korsakowa, schizofrenoidalne halucynacje alkoholowe, szałowa zazdrość alkoholowa i dipsomania.

⁴⁵ Tamże, ss. 322—325.

Delirium tremens występuje tylko po wieloletnim alkoholizmie, przy czym dla pijących wino dzienna doza wynosi trzy litry. Deliranci są zwykle ekstrawertykami, o usposobieniu wesołym, o woli niezdecydowanej. Psychoza ta ostatnio wzrasta i występuje także częściej u kobiet niż poprzednio. W częstości występowania przewyższa znacznie wszystkie inne psychozy alkoholowe⁴⁶.

Objawy *delirium* są następujące: Brak orientacji czasoprzestrzennej, np. chory przebywa w szpitalu, a sądzi, że jest w domu. Występuje obsesja zajęcia, chory nieustannie wykonuje fikcyjne czynności swego zawodu i codziennych zajęć. Przeżywa halucynacje optyczne, akustyczne i dotykowe, Halucynacje optyczne cechuje mikropsja, czyli pomniejszenie wszystkich przedmiotów. Stąd chory widzi małe białe myszki, małe diabliki itp. Halucynacje dotykowe wyrażają się w uczuciu chodzenia insektów po skórze, a akustyczne w postaci słyszenia krótkich zdań czy słów. Choremu można zasugerować nieistniejące obrazy i będzie „odczytywał” ze stołu nieistniejące słowa czy zdania, „widzi” łażące po ścianie insekty. W stronie cielesnej uwidacznia się lęk, silne pocenie się całego ciała i zapalenie spojówek. Charakterystycznymi dla tego stanu są próby ucieczki ze szpitala i krzyki „wypuście mnie”. *Delirium* trwa 2—3 dni, a przedłużające się staje się groźnym dla życia chorego, gdyż może wystąpić krwawienie naczyń w mózgu. Wskutek wzrostu ciśnienia krwi deliryk jest początkowo w stanie euforii, przechodzącym wraz ze spadkiem ciśnienia w stan depresji. *Delirium* kończy się krytycznym snem. Po przebudzeniu deliryk posiada tylko słabe, niejasne przypomnienia. W *delirium* zachodzi 15—50% zejść i każdy nowy nawrót niesie coraz większe niebezpieczeństwo śmierci.

Alkoholowa psychoza Korsakowa stanowi jedną z odmian psychoz Korsakowa i jest spowodowana nadużyciem alkoholu. Objawia się ciężkimi zaburzeniami zdolności spostrzegania i przypominania. Chory żyje poza czasem, nie pamięta, co się działo w poprzednich minutach, a luki te wypełnia konfabulacjami. Psychoza ta jest zwykle połączona z zapaleniem nerwów obwodowych dolnych kończyn i prawdopodobnie jest związana z brakiem witaminy B⁴⁷.

Schizofrenoidalne halucynacje alkoholowe przedstawiają problem bardziej złożony, Halucynacje te można uważać za nietypowe i niedoskonałe formy *delirium tremens* lub za wyzwolone przez alkohol schizofrenoidalne reakcje. Halucynacje natury akustycznej dotyczą głosów dobrych i złych, łączących i grożących śmiercią. Złudzenia optyczne posiadają charakter iluzji, chory bierze wszystko za widma,

⁴⁶ Weitbrecht, dz. cyt., s. 156.

⁴⁷ K. Kolle, *Psychiatrie*, Stuttgart, ⁵1961, s. 570; G. Ewald. *Neurologie und Psychiatrie*, München—Berlin, ⁴1959, s. 520.

upiory, przy czym obrazy rozwijają się jak w filmie, np. chory ogląda swój własny pogrzeb. Łączą się z tym stany lękowe, które popychają chorego do samobójstwa czy uciezki, np. w formie wyskoczenia przez zamknięte okno. Równocześnie chorzy są normalnie zorientowani w czasie i przestrzeni.

Szałowa zazdrość alkoholowa przejawia się głównie u mężczyzn, lecz może wystąpić i u kobiet. Może być przejściowa, jeżeli ustępuje po wyleczeniu z alkoholizmu, lub stała. Szał ten może poprzedzać *delirium tremens*, lecz w większości wypadków jest wyrazem wyzwolonej przez alkohol schizofrenii. Rokowanie w tym wypadku jest zawsze niepomyślne, nawet po wyleczeniu z alkoholizmu. Szałową zazdrość alkoholową zalicza się do alkoholizmu objawowego (symptomatycznego), czyli jest ona symptomem innej podstawowej choroby psychicznej. Według Th. Spoerriego szalowa zazdrość alkoholowa rozwija się na tle impotencji płciowej, odrzucania przez żonę, kompleksu niższości i mało-wartościowości⁴⁸.

Przed lekarzem i spowiednikiem staje trudność rozsądzenia, czy jest to szal patologiczny, czy normalna zazdrość spowodowana zachowaniem się żony. Hoff podaje następujące kryteria, które wskazują na szalową zazdrość patologiczną: Chory podaje fakty, które są groteskowe i nie-realne, jest bezkrytyczny wobec swego obłądu i nie przyjmuje żadnych tłumaczeń. Buduje sobie system urojenia, w którego centrum stoi „niewierna” żona. Liczni urojeni kochankowie nie odgrywają w tym obrazie prawie żadnej roli, gdy w zazdrości normalnej właśnie ku nim zwraca się prawie cała nienawiść męża. Szał zazdrości cechuje się dalej tym, że chory po przyjsciu do domu „widzi” uciekających kochanków, „widzi” płonąca ze wstydu żonę, „widzi” wypieki na jej twarzy, „widzi” ślady zdrady, a nawet „widzi”, jak żona oddaje się każdemu mężczyźnie w jego obecności. Rokowanie jest niepomyślne i chory winien być bezwzględnie oddany do szpitala, zanim popełni morderstwo na „niewiernej” żonie⁴⁹.

Dipsomania oznacza okresową potrzebę alkoholu (pijacy kwartalni) i posiada podobieństwo do okresowych ataków epilepsji. Dipsomaniacy często zeznają, że w dzieciństwie byli świadkami pijackich ekscesów ojca i te przeżycia pozostawiły w nich trwałe ślady. Okresowość tej choroby próbują niektórzy autorzy tłumaczyć przeciwieństwem i walką skłonności do alkoholizmu ze wstrętem do pijaństwa⁵⁰.

Jeżeli alkoholomanię będziemy traktować jako chorobę natury psychicznej, czyli jako mniej lub więcej trwałe schorzenia i zaburzenia

⁴⁸ Dz. cyt., s. 62.

⁴⁹ Hoff, dz. cyt., ss. 344—351.

⁵⁰ H. Meng, *Prophylaxe des Alkoholismus im Aspekt der Psychoanalyse*, w: *Psychohygienische Vorlesungen*, s. 225.

osobowości, to z takiego ujęcia będą płynąć daleko idące konsekwencje. Najpierw ta, że alkoholoman winien być oddany nawet przymusowo do zakładu na leczenie zamknięte czy otwarte, choćby nie był groźnym dla otoczenia i „nie dawał” powodu do takiej interwencji. Należy zapobiegać niebezpieczeństwu grożącemu zwłaszcza najbliższej rodzinie, a nie czekać na nie i interweniować dopiero po wypadku. Po wtóre należałoby się zastanowić, czy trwała alkoholomania nie powinna stanowić zrywającej małżeństwo przeszkody. Alkoholoman bowiem nie jest osobą wolną (*liber arbiter sui*) i nie jest zdolny do podejmowania odpowiedzialnej decyzji. Alkoholomanię można by traktować w tym wypadku tak jak każdą chorobę psychiczną.

4. LECZENIE ALKOHOLOWIZMU

Omawianie zagadnienia leczenia alkoholizmu można zacząć od postawienia pytania, czy alkoholizm jest chorobą w znaczeniu medycznym, czyli taką jak każda inna choroba? Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie orzekło już w 1935 r., że alkoholicy są takimi samymi pacjentami jak inni chorzy⁵¹. Stanowisko to nie znalazło powszechnego uznania. H. J. Weitbrecht pisze, że na pytanie, czy alkoholizm jest chorobą, można odpowiedzieć częściowo tak, częściowo nie. Częściowo tak, gdyż alkoholik nie może pomóc sam sobie, nie może wyzwolić się sam spod tyranii alkoholu. Częściowo nie, gdyż w stadium początkowym nie jest pozbawionym odpowiedzialności⁵². Natomiast Wexberg traktuje alkoholizm jako problem społeczno-medyczno-psychiatrycznej natury, a alkoholizm jako chorobę wymagającą leczenia zarówno środkami medycznymi jak i psychicznymi⁵³.

Leczenie środkami farmaceutycznymi polega na podawaniu pacjentowi środków chemicznych, jak apomorfina, antabus, witaminy, hormony, dwuetyloamid kwasu d-lizergowego (LSD) ii. Psychoterapia polega na działaniu środkami psychicznymi, jak sugestia, hipnoza, autohipnoza, perswazja, pomoc w rozwiązywaniu trudności itp. W praktyce stosuje się najczęściej obie te metody razem. Przy leczeniu alkoholomanii trzeba pamiętać, na co zgodnie zwracają uwagę autorzy, że alkoholik nie da się prowadzić dobrocią, że nic nie znaczą jego przysięgi i obietnice. Alkoholoman winien być zamknięty w zakładzie, według jednych od pół do jednego roku, według innych od jednego do dwóch lat⁵⁴. Odjęcie alkoholu musi być zupełne i konsekwentne. Nie można pozwolić na picie umiarkowane, gdyż alkoholik nie może być umiarkowanym. W wyborze

⁵¹ Kessel-Walton, dz. cyt., s. 15.

⁵² Dz. cyt., s. 149.

⁵³ Art. cyt., s. 660.

⁵⁴ Ewald, dz. cyt., s. 521; Kolle, dz. cyt., s. 274.

zakładu autorzy dają pierwszeństwo zakładom państwowym nad prywatnymi, gdyż te ostatnie dają mniejszą gwarancję całkowitej abstynencji. Wszelkie leczenie zaczyna się od ustalenia, na jakim tle powstała alkoholomania, aby odpowiednio kierować leczeniem, zwłaszcza psychoterapią. Celem bowiem leczenia jest nie tylko abstynencja, lecz przede wszystkim usunięcie przyczyn, na których wyrasta alkoholizm. Leczenie to nie tylko mechaniczne podawanie środków farmaceutycznych, lecz także uzdrowienie skrzywionych stereotypii postępowania, wyrobienie prawidłowych nawyków społecznych, przywrócenie krytycyzmu i leczenie rozmaitych zaburzeń psychicznych⁵⁵.

Leczenie przez proste zamknięcie.

Najmniej skomplikowanym, ale też najmniej skutecznym leczeniem jest mechaniczne odłączenie pacjenta od alkoholu w zamkniętym zakładzie leczniczym. J. Cowen (1954) przytacza dane, które mają wykazać skuteczność tej metody. Alkoholomani zostali skierowani przez sędziego do zakładu, gdzie przez dwa miesiące byli poddani przymusowej abstynencji, bez stosowania innych środków leczniczych. Według Cowena jeszcze po upływie sześciu lat 25% spośród tych pacjentów można było uważać za wyleczonych. Wyniki te są jednak niepewne statystycznie i nie budzą zaufania autorów⁵⁶. Jeżeli bowiem dane są obiektywne, to jest możliwym, że pacjenci stanowili grupę wyselekcjonowaną, bez tła w postaci schorzeń czy zaburzeń psychicznych. Mogli również należeć do grupy alkoholików, której alkoholomania powstała przez proste przyzwyczajenie się do alkoholu. Tego rodzaju pacjenci łatwiej podlegają leczeniu.

Leczenie apomorfiną.

G. H. Dent zastosował w 1934 r. apomorfine jako środek leczniczy sądząc, że działa na ośrodki lokalizacyjne narkomanii w trzonie mózgu. Reakcje wymiotne powstałe na skutek podawania apomorfiny uważał za nieistotne dla kuracji. Będąc behawiorystą, odrzucał wszelkie badania osobowości pacjenta, uważając te badania za stratę czasu. Z fanatycznym uporem stosował swą czysto fizjologiczną metodę, uważając ją za jedynie skuteczną. Metodę tę rozwijają dalej szwajcarscy psychiatrzy M. Müller, F. Marthaler, G. de Morcier i H. Feldman, którzy stosują leczenie apomorfiną jako kurację wymiotną, w celu wywołania pawłowskich odruchów warunkowych przeciw alkoholowi. Dla wywołania odruchów wymiotnych u pacjentów nie reagujących na apomorfine po-

⁵⁵ Solms, art. cyt., s. 439.

⁵⁶ Janner, art. cyt., s. 236.

daje się ją wraz z ipecacuaną. De Morcier jest przekonany, że przy pomocy tej metody uzyskał ok. 40% trwałych wyleczeń⁵⁷.

Kurację apomorfina czy emetyna przeprowadza się w zakładach zamkniętych. Pacjenci otrzymują zastrzyk apomorfiny, a następnie polecenie picia wybranych przez siebie napojów alkoholowych. Wkrótce po wypiciu alkoholu zjawiają się nudności, odruchy wymiotne i wymioty. Pacjenci muszą pić pod nadzorem lekarza tak długo jak tylko potrafią. Po kuracji, trwającej zwykle 21 dni, wystawia się pacjentów na próbę, pozwalając, a nawet każąc wyjść z zakładu i kupić w barze ulubione przez nich napoje alkoholowe. Według zeznań pacjentów wielu z nich musiało się przymusić, aby wejść do baru i wypić ulubiony trunk.

Ta „końska kuracja” została zaniechana w wielu klinikach na zachodzie⁵⁸. Leczenie apomorfina traktowane jako mechaniczny sposób wytwarzania odruchów warunkowych zawodzi, jeżeli brak jest własnej pracy pacjenta nad usunięciem wewnętrznych konfliktów, nad wzmocnieniem woli i pokonywaniem jej słabości. Odruch warunkowy posiada o tyle wartość, o ile wyrasta z psychiki i o ile podtrzymuje go psychika pacjenta, a jest z góry skazany na niepowodzenie, jeżeli będzie tylko przymusem narzuconym od zewnątrz, gdyż szybko zostanie wygaszony przy nowej okazji.

Leczenie antabusem.

Duński antabus czy niemiecki exhorran jest środkiem chemicznym działającym na wegetatywny system nerwowy. Leczenie antabusem przeprowadza się u tych pacjentów, którzy chcą się leczyć i poddać rygorom leczenia. Przed leczeniem pacjent winien przejść badania internistyczne, dotyczące zwłaszcza układu krążenia krwi i funkcji wątroby. Początkowe leczenie przeprowadza się w zakładzie. Pacjent przez osiem dni musi zachować całkowitą abstynencję, następnie bierze przez cztery dni po dwie tabletki, a przez trzy dni po jednej tabletkę antabusa dziennie. Następnie poddaje się pacjenta próbie obciążenia przez podanie 20 ccm czystego alkoholu w postaci ulubionego przez chorego napoju lub w postaci koniaku. Po ok. 10 minutach występują wegetatywne reakcje w postaci zaczerwienienia twarzy, bicia pulsu w skroniach, uczucia ściskania dookoła szyi, ucisku na piersi, bólu głowy, uczucia gorąca, zaburzeń oddechu (brak oddechu), nudności, odruchów wymiotnych. Ciśnienie krwi może wzrosnąć, ale też może opaść i spowodować nagły napad ogólnej słabości (kolaps). Stan ten trwa od jednej do czterech godzin.

⁵⁷ Zob. J. Fiutowski, *Profilaktyka i leczenie alkoholizmu w Austrii i Szwajcarii*, „Neurologia, neurochirurgia i psychiatria polska”, 12 (1962), z. 1, s. 156.

⁵⁸ Kolle, dz. cyt., s. 274.

Dalszą kurację, jednak zawsze pod nadzorem lekarza, może przeprowadzać pacjent w domu. Kuracja ta polega na regularnym zażywaniu przez sześć tygodni po jednej, a przez następne tygodnie po pół tabletki antabusu dziennie. W czasie leczenia mogą wystąpić niegroźne dla życia i zdrowia pacjenta zaburzenia żołądkowe itp., oraz groźne dla zdrowia i życia uczucia chorobliwego zmęczenia, zawrotów głowy, zaburzenia krążenia krwi itp. Wyklucza się z tej kuracji pacjentów z demencją i pacjentów ze stanami poprzedzającymi *delirium tremens*. Jeśli idzie o skutki leczenia antabusem, to niektórzy autorzy sądzą, że ok. jedną trzecią wyleczeń można traktować jako wyleczenia stałe⁵⁹.

Antabus nie jest środkiem obojętnym dla zdrowia i dlatego podawanie go bez wiedzy pacjenta może doprowadzić do groźnych skutków somatycznych. Alkoholoman leczony przez rodzinę antabusem bez swej wiedzy i zgody może zareagować bardzo gwałtownie po odkryciu tego rodzaju kuracji. Ponadto podawanie antabusu bez wiedzy pacjenta nie prowadzi do koniecznego dla leczenia pozytywnego nastawienia psychicznego chorego. Antabus jest tylko środkiem pomocniczym w leczeniu alkoholomanii, gdyż właściwym jest psychoterapia. Natomiast dodatnią stroną leczenia antabusem jest to, że pacjent może pracować normalnie, przez co unika kompleksu niższości.

Bardzo ważnym psychicznym czynnikiem leczenia jest stworzenie w tym czasie pacjentowi odpowiednich sprzyjających warunków domowych i w pracy zawodowej, aby nie czuł się odosobnionym i postawionym pod pręgierzem opinii domowników i współpracowników. Dotyczy to zwłaszcza żony chorego, która w tym czasie winna okazać się prawdziwą towarzyszką jego życia. Z zeznań wyleczonych alkoholików wynika, że dużą rolę w leczeniu odgrywa również stanowisko lekarza względem chorego. Nawiązanie pozytywnego kontaktu między pacjentem i lekarzem jest warunkiem skuteczności psychoterapii.

Leki farmaceutyczne należy traktować jako środki pomocnicze. Bez przewyciężenia wewnętrznej słabości psychiki zawiodą przy najbliższym psychicznym obciążeniu, co otworzy na nowo drogę narkotykowi. Nie wyleczy się alkoholika, jeżeli nie usunie się z jego osobowości tych zaburzeń czy schorzeń psychicznych, na których tle wyrosła alkoholomania. Droga do wyleczenia alkoholomanii prowadzi przez odbudowę silnej i zdrowej osobowości. Gdybyśmy to umieli zrobić, to umielibyśmy leczyć alkoholomanię.

⁵⁹ Ewald, dz. cyt., s. 522.

Metoda stopniowanej aktywnej hipnozy.

Korzenie hipnoterapeutycznej metody sięgają do północno-syberyjskiego szamanizmu, do mesmeryzmu, a przede wszystkim do starszej indyjskiej jogi, która dawała wskazówki, jak uszlachetnić umysł i jak wznosić się do ponadempirycznego „Ja” przez ćwiczenia duchowe. Myśli jogi i zdobycze hipnotyzmu połączył J. H. Schultz w metodzie samodzielnego treningu⁶⁰. E. Kretschmer przekształcił ją na metodę stopniowanej aktywnej hipnozy, a następnie połączył ją z psychoanalizą i kierownictwem psychologicznym (przestawianie i przeorientowanie psychiki w kierunku rozwoju pełnej osobowości przez samowychowanie) i sformułował dwutorową metodę standardową⁶¹.

W czasie zabiegów hipnotycznych istotną rolę odgrywa analityczna część dwutorowej metody standardowej. Przy pomocy odpowiednich pytań lekarz stara się poznać aktualne konflikty pacjenta. Następnie pacjent pod aktywnym kierownictwem lekarza poznaje strukturę swego konfliktu i możliwości jego rozwiązania. Punkt ciężkości przesuwają stopniowo z analizy przeżyć na analizę charakteru. Wskutek długotrwałych stanów cierpienia pacjent popada zwykle w dodatkowe kompleksy niższości wobec swojej choroby. Dlatego w ciągu stopniowanej aktywnej hipnozy lekarz stara się przy pomocy psychoterapii perswazyjnej wyrobić w psychice pacjenta stan obojętności na narkotyk czy chorobę. Przez wytworzenie takiego nastawienia zostaje zmniejszony pęd do zajmowania się swoją chorobą czy pożądanie narkotyku. Celem tej sugestii jest rozerwanie asocjacyjnych związków wyobrażeń, myśli i pragnień z alkoholem. Za istotną część tej terapii uważa się odbudowę normalnej osobowości pacjenta.

Pacjent, który życzy sobie takiej kuracji, przechodzi ją najpierw w klinice i jeżeli zdecyduje się na psychoterapię, to leczenie przeprowadza się na oddziałach otwartych, przy wspierającej pomocy antabusu. Zalety tej metody polegają na współdziałaniu różnych czynników. I tak antabus przerywa aktualne używanie alkoholu i niszczy głód organiczny. Stopniowana aktywna hipnoza przerywa asocjacje psychiczne z alkoholem. Analiza charakteru pomaga rozwiązać wewnętrzne konflikty i wzmocnić dodatnie cechy charakteru. Metoda ta odpowiada szczególnie tym alkoholikom, którzy ze względu na eksponowane stanowisko unikają leczenia zamkniętego, aby nie popaść w ewentualną niesławę. U tego rodzaju pacjentów zdarzają się wypadki wyleczenia po jednej lub kilku hipnozach.

⁶⁰ *Das autogene Training*, Stuttgart, 1960; Tenze, *Seelische Gesundheit und autogene Training*, w: *Geistige Hygiene*, ss. 447—456.

⁶¹ *Psychologia lekarska*, Warszawa, 1958, ss. 382 nn.

Jednakże metoda ta nie jest skuteczna we wszystkich przypadkach. D. Langen uważa ją za skuteczną tylko w fazach poprzedzających chroniczne zmiany charakteru wyrastających na trwałych psychozach alkoholowych. Przy trwałych psychozach alkoholowych, jak to wynika z badań tego autora, psychoterapia hipnotyczna nie daje właściwie żadnych wyników ⁶².

Zamiast hipnozy można stosować sugestię i autosugestię. Emil Coué uważał ją za najskuteczniejszą metodę leczenia wszelkich chorób, zarówno psychicznych jak i fizycznych ⁶³. Coué wychodzi z fałszywego założenia, że ludzie chorują psychicznie i cieleśnie, ponieważ wyobrażają sobie, że są chorzy. Zakładając przewagę sił wyobrażeń nad siłą woli, Coué przypisuje autosugestii wprost nieograniczoną wartość terapeutyczną. Jest to twierdzenie przesadne, jednakże i ta metoda może być wykorzystana dla wspierania leczenia alkoholomanii. Rokowanie przy stosowaniu tych metod jest tym pomyślniejsze, im wcześniej się je zastosuje. Zdaniem Hoffa szczególnie młodociani alkoholicy posiadają szanse wyleczenia. W miarę utrwalania się chronicznego alkoholizmu szanse te maleją wraz z latami prawie do zera ⁶⁴.

Psychoterapia grupowa.

W Trinkerheilstätte Ellikon w Szwajcarii zastosowano przed drugą wojną światową metodę psychoterapii grupowej. W czasie rocznego pobytu pacjenta w zakładzie leczenie polega na tym, że chorzy sami omawiają i rozwiązują problemy alkoholizmu. Wyniki dotychczasowego leczenia zdają się być pomyślne, gdyż w latach 1928—1947 uzyskano 39% wyleczeń (pięć lat i więcej abstynencji po wyleczeniu). Również w wiedeńskich poradniach przeciwalkoholowych stosuje się jako zasadniczą psychoterapię grupową bez leczenia farmakologicznego. Wyjątkowo i tylko na prośbę pacjenta kieruje się go na zastrzyki witaminowe. Psychoterapia grupowa, prowadzona pod kierunkiem psychologa lub lekarza, polega na wspólnych zebraniach pacjentów i omawianiu przez nich samych trudności, kłopotów i wątpliwości, jakie nasuwają się chorym. Pacjenci sami udzielają sobie rad i wzajemnie sobie pomagają. W każdą sobotę w godzinach wieczornych organizuje się towarzyskie spotkania chorych i ich rodzin, a od czasu do czasu organizuje się większe spotkania ⁶⁵.

⁶² *Anleitung zur gestuften Aktivhypnose*, Stuttgart, 1961, s. 26.

⁶³ E. Coué, *Die Selbstbemeisterung durch bewusste Autosuggestion*, Basel—Stuttgart, 1959, ss. 21 nn.

⁶⁴ Hoff, dz. cyt., s. 352.

⁶⁵ Fiutowski, art. cyt., ss. 153 nn.

Czynniki wspierające terapię.

Ważną rolę psychoterapeutyczną w leczeniu alkoholizmu odgrywają czynniki religijne. Niektórzy autorzy podkreślają, że zakłady lecznicze zorientowanie religijnie posiadają najlepsze wyniki leczenia. Podstawą silnego wpływu religii jest to, że religia wkracza głęboko w życie afektywne człowieka, w jego osobowość. Janner pisze, że głęboko wierzący lekarze posiadają większe szanse pomyślnego leczenia, niż lekarze nastawieni czysto przyrodniczo. Dlatego jego zdaniem zagadnienia alkoholizmu nie należy oddzielać od religijnego światopoglądowego zaplecza⁶⁶. Morgan i King piszą, że skutki wpływu wiary religijnej są krytykowane, jednakże wydają się być skuteczne w niektórych wypadkach⁶⁷.

Czynniki religijne dopomagają szczególnie do sublimacji *quasi*-instynktu, jakim jest alkoholomania. Ks. M. P. Lisowski nazywa to terapią przez metodę podstawiania, która polega na oddziaływaniu na uczuciową stronę chorego. Przez podstawienie nowego przedmiotu zainteresowania, innych przeżyć uczuciowych, można zastąpić sumę przeżyć przyjemnych związanych z alkoholem przez nowe przeżycia uczuciowe⁶⁸. Postępowanie takie jest uwzniośleniem *quasi*-instynktu alkoholowego i dotyczy strony nie tylko uczuciowej, lecz także umysłowej przez podstawienie nowych wartości w miejsce alkoholu.

Dużą rolę wspierającą pełni niepijące otoczenie, które daje choremu przykład odwagi i siły w zwalczaniu alkoholizmu. Szczególną rolę spełniają związki abstynenckie, które roztaczają nad chorym tego rodzaju opiekę, że dają mu dobre towarzystwo w miejsce złego i chronią go przed powrotem do kręgu alkoholików. Nawiązanie związków z wyleczonymi alkoholikami działa pożytecznie, gdyż wzmacnia wiarę chorego w siebie i wspomaga jego wolę. Równocześnie wyleczeni alkoholicy sami wzmacniają się w dalszej abstynencji przez opiekę nad chorymi.

Przykładem tego rodzaju terapii jest amerykańskie stowarzyszenie Bezimiennych Alkoholików, założone w 1935 r. i składające się z samych wyleczonych alkoholików. Członkowie tego stowarzyszenia traktują alkoholizm jako jakąś chorobę alergiczną, aby uwolnić chorego od osłabiającego jego wolę poczucia winy. Wyznaczeni na „rodziców chrzestnych” członkowie stowarzyszenia odwiedzają chorego już w szpitalu, opiekują się nim i wprowadzają do związku. Kładą przy tym wielki nacisk na stronę religijną, na pewien rodzaj oczyszczającej spowiedzi przy wstąpieniu do związku i na modlitwę, gdyż praktykom tym przypisują doniosłe katarktyczne znaczenie. Hilgard pisze, że według jednej z możliwych

⁶⁶ Janner, art. cyt., s. 231.

⁶⁷ C. T. Morgan-R. A. King, *Introduction to psychology*, Mc Graw-Hill Book Company, 1966, s. 515.

⁶⁸ M. P. Lisowski OFMConv., *Nałóg pijaństwa*, Poznań, 1958, s. 329.

interpretacji Bezimienni Alkoholicy osiągają sukcesy dlatego, że klub stawia członkom możliwości kontaktów społecznych i zapewnia im oparcie przez zrozumienie, gdyż borykali się z tymi samymi problemami⁶⁹.

Trudno ująć ilościowo wyniki działalności tego rodzaju związków. Pewnym wszakże jest, że tylko niektóre typy alkoholomanów są podatne na tego rodzaju terapię. Wielu alkoholików unika wszelkich grup i przerażają ich religijne tendencje otoczenia. Możliwe, pisze Morali-Daninos, że na tego rodzaju terapię nie są podatni ci alkoholicy, którzy piją samotnie⁷⁰. Dla tych, którzy wchodzą w te związki, rokowanie lecznicze zdaje się być pomyślne. Natomiast Janner widzi główne znaczenie związków abstynenckich w ich wpływie na młodzież⁷¹.

Ważną również rzeczą jest stworzenie takich warunków życiowych, aby chory nie czuł się społecznie poniżonym przez fakt leczenia w zakładzie zamkniętym. Chodzi po prostu o to, by alkoholizm traktować tak samo jak inne choroby, nie traktować alkoholika z pogardą i nie dyskwalifikować wyleczonego często na zawsze. Autorzy z naciskiem podkreślają, że nieudały powrót alkoholomana do środowiska rodzinnego i zawodowego staje się nowym przeżyciem frustracyjnym, które prowadzi znów do szukania wyjścia w alkoholu. W takich warunkach chory nie może wyrwać się z „diabelskiego kręgu” frustracji i upojenia. Moralna dyskwalifikacja wyleczonego alkoholika może objawiać się nie tylko w formie pogardliwego odnoszenia się otoczenia do chorego, lecz także w formie przekreślania jego poprzednich zasług zawodowych i odmawianiu mu stanowiska odpowiedniego do jego kwalifikacji. Takie postępowanie jest prawie zawsze równoznaczne ze zmuszaniem chorego do powrotu do alkoholizmu.

5. PSYCHOHIGIENA ALKOHOLIZMU

Pomimo stosowania różnorodnych środków leczniczych, pisze Kolle, bardzo wielu chorych powraca do alkoholu. Terapia jest skuteczna tylko u tych pacjentów, u których alkoholizm jest wyrazem przejściowego kryzysu psychicznego⁷². Te niezbyt optymistyczne wnioski skłaniają badaczy do przesuwania punktu ciężkości w leczeniu alkoholomanii z farmakopsychoterapii na zabiegi psychohygieniczne. Ogólnym zadaniem psychohygieny, jako nauki o ochronie zdrowia psychicznego, jest stworzenie takich warunków życia, w których jednostki i społeczeństwa rozwijałyby się jak najlepiej, unikając błędów rozwojowych i działania szkodliwych czynników. W odniesieniu do alkoholizmu celem psycho-

⁶⁹ Dz. cyt., s. 809.

⁷⁰ Dz. cyt., s. 483.

⁷¹ Art. cyt., s. 233.

⁷² Dz. cyt., s. 274.

higieny, niestety dziś jeszcze niespełnionym, jest rozpoznanie potencjalnych alkoholomanów i zapobieganie niebezpieczeństwu powstawania alkoholizmu.

W rozwiązywaniu tego problemu odrzuca się jako nieprzydatne środki proponowane zarówno przez zwolenników teorii dziedziczności alkoholizmu, jak i zwolenników całkowitej i powszechnej abstynencji. Pierwsi domagają się sterylizacji osobników o założeniach chorobliwych, co jest — pomijając aspekt moralny — zamierzeniem niewykonalnym, gdyż nie można przewidzieć, który osobnik stanie się alkoholomanem. Drudzy domagają się całkowitej i powszechnej abstynencji, co jest postulatem również niemożliwym do przyjęcia z powodów, które niżej zostaną podane. Jest to również postulat niebezpieczny, gdyż całkowita eliminacja alkoholu mogłaby spowodować używanie innych, równie niebezpiecznych narkotyków.

Słusznie pisze Wexberg, że alkohol nie jest przyczyną alkoholizmu, jak samochody nie są przyczyną wypadków samochodowych. Oczywiście nie byłoby alkoholizmu bez alkoholu, jak nie byłoby wypadków samochodowych bez samochodów, jednakże nikt nie próbuje zlikwidować wypadków samochodowych przez zakaz produkcji, sprzedaży i używania aut. Alkoholizm nie polega na piciu alkoholu, lecz na utracie kontroli nad nim⁷³. Dlatego nie istnieje tylko alternatywa: całkowita abstynencja lub poddanie się alkoholowi, gdyż zachodzi trzecia możliwość: picie umiarkowane, podległe kontroli woli i nie prowadzące do nadużyć. Na skuteczność takiej postawy wskazują badania. Według socjologów amerykańskich używanie napojów alkoholowych jest normalnym zjawiskiem codziennego życia grupy ortodoksyjnych Żydów. Dzieci ich uczą się od dorosłych członków rodziny uregulowanego picia, a równocześnie ostrego piętnowania nadużyć. Używanie napojów alkoholowych spełnia funkcję wewnętrzną spójni rodziny i grupy przyjaciół, oraz posiada swego rodzaju religijne zabarwienie. Każdy z członków pije alkohol lecz alkoholizm praktycznie nie istnieje u tej grupy Żydów⁷⁴. Istnieją również fakty wykazujące, że wychowanie w całkowitej abstynencji może prowadzić do skutków przeciwnych zamierzonym. U studentów amerykańskich pochodzących z sekty mormonów, która usuwa każdego członka pijącego wódkę, oraz u metodystów, którzy nakazują swym członkom całkowitą abstynencję, notuje się wysoki odsetek studentów upijających się w czasie studiów⁷⁵.

Zasadniczym przeto zadaniem psychohigieny alkoholowej jest nie całkowita abstynencja, lecz wychowanie zdrowej i silnej osobowości,

⁷³ Art. cyt., s. 673.

⁷⁴ L. Broom-F. Selznick, *Sociology*, New York, 1963, s. 59; Kessel-Walton, dz. cyt., s. 49.

⁷⁵ Kessel-Walton, dz. cyt., s. 49.

która posiadałaby kontrolę i panowanie nad używaniem napojów alkoholowych. Z takiego postawienia problemu płynie ta dodatkowa korzyść, że w pracy nad wychowaniem zmierzającym w tym kierunku mogą i powinni złączyć swe wysiłki zarówno abstynenci jak i pijący umiarkowanie. Zapobiega się powstawaniu alkoholizmu przez leczenie schorzeń i zaburzeń psychicznych u dzieci, młodzieży i dorosłych, gdyż w ten sposób usuwa się podłoże, na którym wyrastają wszelkie narkomanie. Psychohygieniczne zabiegi polegają na wczesnej pomocy w rozwiązywaniu wewnętrznych i zewnętrznych napięć jednostki, wzmacnianiu osobowości labilnych.

W tym kierunku winno zmierzać przede wszystkim wychowanie dzieci i młodzieży, przy czym większą uwagę należy zwrócić na chłopców, gdyż większość bo ok. 84% alkoholomanów stanowią mężczyźni⁷⁶. Dziecko, które nie nauczyło się pokonywać trudności i przeszkód, gdyż rodzice odsuwali je od niego, dziecko nieprzystosowane do surowej rzeczywistości życia będzie miało słabą strukturę osobowości, a to jest pożywką dla wszelkich narkomanii, a więc i dla alkoholizmu⁷⁷. Zapobiega się neurozom przez wychowanie dzieci w dobrze pojętej karności i dyscyplinie. Dziecko winno zrozumieć, że nie każde pragnienie jest dobre i nie każda zachcianka musi być spełniona. Nieodwracalne nieraz szkody wyrządza psychice dziecka lęk niektórych rodziców przed wczesnodziecinnyimi frustracjami jako rzekomymi przyczynami nerwic. Rodzice tacy nie odmawiają dziecku niczego, spełniają wszystkie jego zachcianki i chowają je w warunkach cieplarnianych. Wskutek takiego wychowania dziecko jest nieprzygotowane do życia, do wyrzeczeń i opanowywania siebie, co przygotowuje grunt pod przyszłe nieporównalnie groźniejsze frustracje, mogące doprowadzić do alkoholomanii.

Sprzyjają powstawaniu neurotycznych schorzeń paradoksy „wieku dziecka”, jak chępliwie nazywa się obecny wiek. Buduje się dla dzieci najnowocześnie wyposażone zakłady masowej opieki, a równocześnie spotykamy się z takimi zjawiskami, jak wielogodzinne „garażowanie” dzieci na ulicy, brak w planach budowlanych miejsca dla dzieci w domach. Współczesne problemy urbanizacji, pracy zawodowej matki, stałości małżeństw itp. odgrywają wielką rolę w psychicznym rozwoju dziecka, które dla zdrowego rozwoju potrzebuje odpowiedniego klimatu przede wszystkim domu rodzinnego.

Profilaktyczne działanie polega na uświadamianiu dzieci i młodzieży o skutkach nadużywania alkoholu. Zagadnienie to zyskało w niektórych krajach stałe miejsce w nauce szkolnej. Keyserlingk podaje przykład Szwecji, gdzie od r. 1955 umieszczono naukę o alkoholizmie w planie

⁷⁶ Zob. *Spółeczeństwo polskie w badaniach ankietowych*, Warszawa, 1966, s. 82.

⁷⁷ Wexberg, art. cyt., ss. 673; 678.

lekcyjnym pierwszych ośmiu klas szkolnych. Według Keyserlingka szczególnie młodzież jest podatna w 15 do 20 roku życia na sugestie używania alkoholu. Nieukszałtowane jeszcze w pełni osobowości mogą kompensować słabość kontaktów, niepewność, brak znaczenia w grupie przez nadużywanie alkoholu. Wpływ wywiera również kino i telewizja, gdzie obserwuje się często nadmierne picie bez oceny ujemnej. Obserwuje się ścisły związek między słabością psychiczną i alkoholizmem ⁷⁸.

Wychowanie winno objąć także dorosłych. Nauka o alkoholizmie winna znaleźć stałe miejsce w naukach przedślubnych, w kursach dla rodziców i wychowawców. W nauczaniu należy podkreślać, że alkoholizm jako taki nie jest przestępstwem lecz poważną chorobą, uleczalną, jak każda inna, w początkach. Nauczania o alkoholizmie nie można prowadzić w atmosferze fanatycznej abstynencji. Pomocą są związki i stowarzyszenia przeciwalkoholowe. Np. w Szwajcarii prowadzą one działalność nie tylko propagandową, lecz prowadzą także bezalkoholowe restauracje i domy wypoczynkowe. Redagują czasopisma dla dzieci i młodzieży, przygotowują pogadanki dla nauczycieli i produkują filmy o tematyce alkoholowej ⁷⁹.

Psychohygieniczne zabiegi próbuje się stosować w zakładach pracy. W Szwajcarii istnieją instytucje, w których opiekun społeczny dostarcza potrzebującym pracownikom tabletki antabusu. U nas stosowano tę metodę w krakowskich zakładach Solway. A. Friedmann podaje przykład zakładu pracy w Winterthur, gdzie w 1941 r. powstało towarzystwo bezalkoholowego zaopatrywania punktów spożywczych na placach budowy. Prowadziło ono kuchnie bezalkoholowe i podjęło akcję podawania herbaty pracownikom w czasie pracy. Okazało się, że pracownicy wtedy przedkładali herbatę nad napoje alkoholowe, gdy otrzymywali ją bezpłatnie. Jeżeli sami musieli kupować herbatę, to wybierali napoje alkoholowe, zwłaszcza piwo. Dlatego towarzystwo starało się nakłonić firmę do przejścia na siebie niewielkich kosztów, związanych z podawaniem herbaty ⁸⁰.

Ważną psychohygieniczną rolę u dzieci, młodzieży i dorosłych spełnia religia, jako jeden z najlepszych środków zapewnienia zdrowia psychicznego jednostkom i społeczeństwom. Przeżycia religijne chronią bowiem człowieka przed lękiem, zwątpieniem, rozczarowaniem, pomagają przezwyciężyć konflikty, zablźnić rany psychiczne, przezwyciężyć i opanować siebie. G. Allport zwraca uwagę na to, że religia niesie coś więcej niż wszelkie teorie naukowe, gdyż daje syntezę tego wszystkiego, co leży zewnątrz i wewnątrz dziedziny doświadczenia, zapewnia etyczny

⁷⁸ Art. cyt., ss. 88—91.

⁷⁹ Fiutowski, art. cyt., s. 157.

⁸⁰ A. Friedmann, *Psychohygiene in Betrieben*, w: *Psychohygienische Vorlesungen*, s. 335.

rozwój osobowości człowieka, dając jej godne przyjęcia perspektywę oraz nie podlegające wątpliwości kryteria dla rozwiązania trudności i problemów życiowych. Przy czym rolę tę pełni religia na każdym etapie rozwoju osobowości⁸¹.

Szczególna jest rola religii katolickiej. H. A. Murray na podstawie badań tak przedstawia wpływ religii katolickiej na osobowość jej wyznawców: Opiekuńcza obecność Matki Kościoła koi wszelkie nieświadome lęki. W razie upadku katolik ucieka się do spowiedzi, o której wie, że zawsze będzie przyjęty z życzliwością. Nigdy nie jest samotny i opuszczony. Według Murray'a powoduje to, że badani przez niego katolicycy byli względnie szczęśliwi i pozbawieni symptomów neurotycznych⁸². Tak więc z punktu widzenia psychologii wychowanie religijne wpływa pozytywnie na harmonijny, zrównoważony i pełny rozwój osobowości zarówno dzieci, jak i młodzieży i dorosłych. Tam, gdzie wartości religijne i moralne ulegają dewaluacji, pisze T. Marczyński, powstaje próżnia, której efektem w naszych czasach jest alkoholizm i nagminne używanie środków uspokajających⁸³.

Reasumując powyższe szkicowe wypowiedzi o niektórych problemach alkoholizmu można powiedzieć, że winno się leczyć aktualnych alkoholomanów wszelkimi środkami farmakologicznymi i psychoterapeutycznymi, jakie stoją dziś, czy jutro stać będą do dyspozycji lekarzy, psychologów i duszpasterzy. Przede wszystkim jednak należy podjąć pracę wychowawczą nad dziećmi i młodzieżą. Celem tej pracy jest kształtowanie osobowości o zdrowych postawach moralnych, religijnych i społecznych.

ZUSAMMENFASSUNG

DER ALKOHOLISMUS UND PERSONALITÄTSEKRANKUNGEN UND STÖRUNGEN

Das Problem des Alkoholismus wird heute auf der Basis der Persönlichkeitslehre untersucht. Dadurch ändert sich die Perspektive dieses Problems. Früher bildete den Ausgangspunkt der Erwägung der Alkohol als Ursache und dann sein störender Einfluss auf die Persönlichkeit des Menschen als Folge. Heute stellt man als Hauptproblem bei der Erforschung der Entstehung jeder Narkomanie nicht die Sucht selbst, sondern die Person des Kranken. Die Untersuchungen der

⁸¹ *Werden der Persönlichkeit*, Stuttgart, 1958, ss. 86—88.

⁸² *Exploration de le Personnalité*, Paris, 1954, II, ss. 730—731.

⁸³ *Serotonina i tzw. psychotomimetyki*, „Postępy higieny i medycyny doświadczalnej”, 13 (1959), z. 3, ss. 283 nn.

Persönlichkeit des Trinkers erkennen lassen, welche von seinen Charakterzügen Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung der Krankheit üben. Die Art und Weise, wie die Alkoholsucht in der Persönlichkeit der Trinker wächst und erhärtet, kann man durch eine Lehrtheorie erklären.

Das Erkennen der akuten und chronischen Alkoholpsychosen, ihrer Ursachen und Folgen, und Pharmako- und Psychotherapie ermöglicht dem Seelsorger die geistige Führung des Trinkers, wenn diese überhaupt möglich ist.

Mit Rücksicht auf die bisher unsichere Erfolge der Therapie des Alkoholismus, verschiebt man den Schwerpunkt von der Therapie auf die Psychohygiene. Das Ziel dieser liegt weniger in der vollständigen Abstinenz als mehr in der Erziehung der gesunden und starken Persönlichkeit, welche die Selbstbeherrschung und Überwachung des Genusses der Alkoholgetränke besäße. Diese Erziehung sollte vorwiegend die Kinder und Jugend umfassen und besteht in der Aufklärung über die Folgen des Missbrauches der Alkoholgetränke. Das Problem des Alkoholismus sollte auch seinen Platz in den pastoralen Unterweisungen für Brautleute und Eltern einnehmen.