

Grey Scale #13



Part Code
ST1316

DANES
-PICTA
.COM

A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19



Zdzisław
Rydzyński

ZDROWIE PSYCHICZNE W SIŁACH ZBROJNYCH

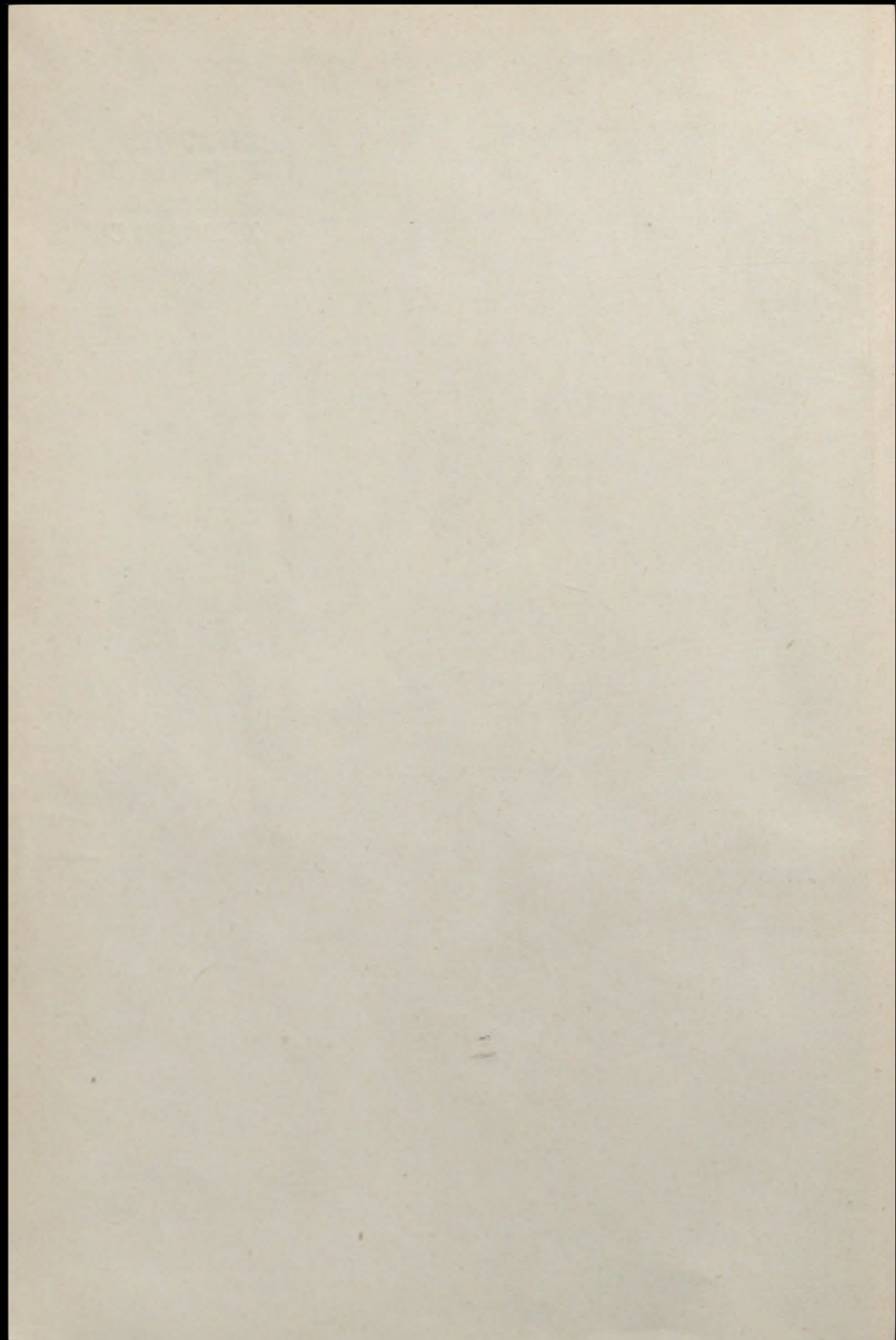


Zdzisław
Rydzyński

**ZDROWIE
PSYCHICZNE
W SIŁACH
ZBROJNYCH**

**ZDROWIE
PSYCHICZNE
W SIŁACH
ZBROJNYCH**





Zdzisław Rydzyński

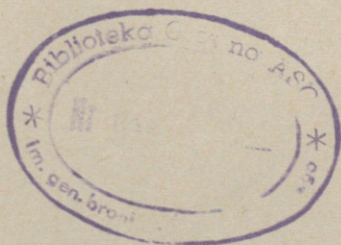
ZDROWIE PSYCHICZNE W SIŁACH ZBROJNYCH

WYDAWNICTWO
MINISTERSTWA OBRONY NARODOWEJ
Warszawa 1975

Obwolutę i stronę tytułową projektował
WALDEMAR ŻACZEK

Redakcja naukowa
ADAM AUMER

5182



Redaktor
EWA RASMUS

Redaktor techniczny
MARIAN NAPIERZYŃSKI

PRZEDMOWA

Przedstawiony w tej książce zbiór najistotniejszych zagadnień nurtujących psychiatrię wojskową przeznaczony jest dla dowódców oraz oficerów politycznych, a także dla tych wszystkich żołnierzy zawodowych, którzy choć nie związani z medycyną, stykają się na co dzień w swej pracy z problematyką zdrowia psychicznego, np. psychologów, prawników, administratorów etc.

Praca ta nie może zatem pełnić roli podręcznika psychiatrii klinicznej, czy nawet psychiatrii społecznej, odbiega bowiem od stereotypowego wzoru podręcznika. Przedstawiono w niej, w sposób wybrany, najbardziej aktualne i ważne dla wojska działy psychiatrii i nauk pokrewnych. Ambicją autora było przekazanie tej wiedzy w sposób najbardziej przystępny. Do podjęcia tak trudnej w gruncie rzeczy problematyki zachęciło mnie dobre przyjęcie przez odbiorców wojskowych dwóch podobnych publikacji — wydanego przez WAP, w roku 1967, skryptu z psychopatologii wojskowej i wydanego w 1971 r. przez Wydawnictwo MON, dzieła: „Problemy zdrowia psychicznego żołnierzy”.

Postęp wiedzy, zmiany w strukturze społecznej, doświadczenia z ostatnio prowadzonych kampanii wojennych spowodowały potrzebę zrewidowania wielu poglądów oraz uaktualnienia informacji. Szereg zjawisk społecznych, dawniej marginesowych (jak np. zależność lekowa), wysunęło się obecnie na pierwszy plan; niemało prawd, uznanych od dawna za niewzruszalne, zmieniło swe oblicze (jak np. zasady selekcji przy poborze).

Narastające w okresie pokoju, głównie pod wpływem technizacji, zmiany w strukturze nowoczesnego wojska stale potęgują wymagania wobec psychiki żołnierza, zarówno szeregowca jak i dowódcy. Warunki wojny wymagania te oczywiście podwyższają, a nie obniżają.

Szeregowy żołnierz wojsk króla pruskiego Fryderyka Wilhelma mógł być biernym analfabetą, natomiast szeregowiec nowoczesnej armii powi-

nien mieć wykształcenie zbliżone do średniego, a poza tym specjalne cechy charakteru.

Oficer współczesny staje wobec zadań, które wymagają od niego wyższego wykształcenia w swojej specjalności oraz bardzo wysokich kwalifikacji ideologicznych i pedagogicznych. O tym wszystkim pamiętać trzeba, gdy się chce określić wzorzec sylwetki osobowości żołnierza nowoczesnych sił zbrojnych.

Wzrostu wymagań psychicznych nie można zresztą przypisywać tylko technizacji i mechanizacji armii. Ostra walka psychologiczna, która poprzedza wojnę i jej towarzyszy, wymaga również podwyższenia kwalifikacji psychicznych żołnierza; musi on wszakże być zdolny do racjonalnego selekcjonowania informacji, produkowanych w perfidny sposób przez jawne lub ukryte wrogie agentury, oraz wykazać cechy charakteru pozwalające znosić trudy przerastające często wyobraźnię przeciętnego człowieka. Skrupulatna ocena wartości psychicznych żołnierzy jest niezbędna również ze względu na olbrzymie możliwości niszczenia, którymi dziś dysponują nowoczesne armie. Sześćdziesiąt lat temu niepełnowartościowy psychicznie żołnierz mógł w razie niekontrolowanego postępowania doprowadzić do zagłady kilku lub kilkunastu osób, obecnie może wywołać śmierć setek lub tysięcy ludzi.

Gdyby jakikolwiek obywatel naszego państwa zechciał uzyskać pozwolenie na posiadanie broni, odpowiednie władze długo zastanawiałyby się, czy jest on tego godny. Nikomu nie przyszyłoby do głowy włożyć broń do ręki psychopacie, schizofrenikowi, debilowi lub epileptykowi, o ile choroba zostałaby wykryta. Również przepisy orzecznicze wojskowej służby zdrowia chronią instytucję wojskową przed tego rodzaju osobnikami. Problem jednak leży w tym, że komisje poborowe najczęściej nie są w stanie w toku swej działalności dokładnie i precyzyjnie określić osobowości badanych. W tej sytuacji niekiedy zdarza się, że nowo wcielony otrzymuje do swej dyspozycji co najmniej wielostrzałowy karabin lub pistolet maszynowy li tylko dlatego, że skończył 19 lat, nie ma płaskostopia oraz żyłaków, widzi, słyszy i ma sprawne mięśnie.

Cała ta — przedstawiona w telegraficznym skrócie — problematyka zdrowia psychicznego w środowisku wojskowym stawia dowódców i wychowawców wojskowych przed koniecznością lepszego poznania, zarówno psychologicznych, jak i psychopatologicznych mechanizmów sterujących postępowaniem człowieka, szczególnie w warunkach dużych obciążeń psychicznych.

Autor będzie zadowolony, jeżeli jego książka choć w części spełni to zadanie.

WPROWADZENIE

Każdy, kto pełni służbę wojskową, wie, jak wielkim, potencjalnym niebezpieczeństwem dla dyscypliny, sprawności bojowej i dla życia towarzyszy broni jest obecność w pododdziale osobnika niezdrowego psychicznie. Dlatego naczelnym postulatem wszystkich dowódców staje się uzyskanie pewności, że ich podwładni wykazują właściwy standard psychiczny. Postulat ten nie jest jednak w praktyce życiowej łatwy do zrealizowania.

Dowódca i oficer polityczny stykają się w pracy z bardzo różnorodnym materiałem ludzkim. Stawia ich to często wobec zaskakujących zachowań żołnierzy i zmusza do wczucia się w zupełnie różny od własnego sposób rozumowania.

Stopień zapadania na choroby psychiczne, w ścisłym tego słowa znaczeniu, jest w wojsku niewielki, jednakże skromne możliwości selekcyjne komisji poborowych w odniesieniu do osób z anomaliami psychicznymi sprawiają, że do wojska stale przedostaje się pewien odsetek psychopatów, epileptyków, encefalopatów, osobników w łagodnym stopniu niedorozwiniętych itp. Mimo że w ostatnich czasach styl pracy komisji poborowych uległ poprawie, to jednak należy się liczyć z faktem, że przez wiele jeszcze lat niemały procent osób niepełnowartościowych psychicznie przedostawać się będzie do wojska (niejednokrotnie choroba ujawnia się dopiero w toku służby wojskowej). Wczesne wykrycie tych osób i usunięcie z szeregów wojska należy właściwie do zadań służby zdrowia, w praktyce jednak najprędzej orientuje się o niepełnowartościowości tych żołnierzy aparat dowódczy i polityczny. Od znajomości rzeczy i prężności działania tego aparatu zależy efektywność dalszego postępowania. Lekarz jednostki zwykle jako ostatni dowiadyuje się o nieprawidłowych reakcjach żołnierza, o jego bezsensownym i dziwnym zachowaniu. Dlatego bezpośredni dowódca i oficer polityczny muszą umiejętnie rozpoznać, czy postępowanie żołnierzy, mających wyraźne trudności w szkoleniu lub nie mogących dostosować

się do wymogów dyscypliny wojskowej, zależy od złej woli i wynika z lekceważenia obowiązków, czy też jest skutkiem niewydolności psychicznej.

Wczesne skierowanie niezdrowych psychicznie żołnierzy na obserwację i powierzenie ich opiece służby zdrowia zapobiega wielu tragicznym sytuacjom, a w szczególności zmniejsza wybitnie odsetek przekroczeń dyscyplinarnych, obniża wskaźnik przestępczości, zapobiega samobójstwom, dezercji i przyczynia się do podwyższenia wyników szkolenia. Poza tym zapobiega wielu osobistym dramatom ludzi, którzy poddani przymusowemu rygorowi służby wojskowej, nie są w stanie, z powodu anomalii psychicznych, podołać narzuconym obowiązkom i narażają się przez to, do chwili rozpoznania choroby, na określone sankcje lub choćby tylko wrogi stosunek otoczenia.

Obiektywna ocena stanu zdrowia psychicznego ludności wysokocywilizowanych krajów wskazuje na niepokojące zjawisko zwiększania się odsetka elementów małowartościowych psychicznie w społeczeństwie. Im bardziej nowoczesne jest społeczeństwo, tym wyższy w nim odsetek różnego rodzaju defektów ośrodkowego układu nerwowego oraz nerwic. Większość tych defektów nie jest głęboka i ludzie dotknięci nimi nie odróżniają się w pierwszym kontakcie od zdrowych. Dopiero praktyka życiowa, a zwłaszcza znalezienie się w trudnej sytuacji, ujawnia ich anomalie.

O ile fakt, że rozwój cywilizacji pociąga za sobą wzrost zachorowalności na nerwice jest przez wielu znany i uznany, o tyle proces infiltracji nowoczesnych społeczeństw przez osoby z organicznym uszkodzeniem mózgu nie został jeszcze przyjęty do ogólnej wiadomości.

Dlatego wydaje się słuszne poświęcenie temu zjawisku nieco więcej uwagi. Jest ono głównie następstwem olbrzymiego postępu medycyny XX w., któremu obok pozytywnych osiągnięć, towarzyszy szereg nieprzewidzianych skutków ujemnych, a wśród nich zachwianie procesu naturalnej selekcji. Dzięki szerokiemu stosowaniu antybiotyków, ulepszonym metodom ratowania „wczesniaków”, udoskonalonej opiece nad matką ciężarną, noworodkiem i dzieckiem, dzięki podniesieniu ogólnego poziomu higieny i organizacji pomocy medycznej oraz wprowadzeniu szeregu nowoczesnych metod leczenia i leków — masowo ratujemy dzieci, które jeszcze 30 lat temu skazane były na niechybną śmierć.

Niestety, ratowane przez nas istoty dość często wchodzą w życie z defektem ośrodkowego układu nerwowego. Statystyki krajów wysoko rozwiniętych wykazują rosnące z roku na rok od-

setki osobników niedorozwiniętych, upośledzonych charakterologicznie, dotkniętych różnymi upośledzeniami neurologicznymi. Tragizm sytuacji pogłębia fakt, że rozwój ekonomiczno-społeczny społeczeństw przyczynia się — na całym świecie — do zmniejszenia kontroli rodziny nad kształtowaniem się osobowości młodocianych. Na skutek tego osobnicy mniej wartościowi mają mniejsze niż kiedykolwiek możliwości łagodzenia swoich wad w życzliwym dla siebie kręgu rodziny, natomiast większe możliwości ulegania szkodliwym wpływom środowiska. Dlatego równolegle ze wzrostem liczby osobników małowartościowych psychicznie, rosną w bieżącej populacji współczynniki przestępczości.

Odsetek ludzi z defektem ośrodkowego układu nerwowego (encefalopatów po wczesnodziecięcym uszkodzeniu mózgu) wynosi obecnie 10—15% bieżącej populacji i wykazuje tendencję do wzrostu.

W chwili obecnej wytwarza się zatem paradoksalna sytuacja: **wojsko potrzebuje coraz lepszego materiału ludzkiego pod względem psychicznym, natomiast bieżąca populacja poborowych zawiera coraz wyższe odsetki młodzieży niepełnowartościowej, bądź intelektualnie, bądź charakterologicznie.**

Niepełnowartościowość psychiczna przejawia się w wojsku głównie trudnościami adaptacji do warunków służby wojskowej. Pod wpływem trudów codziennego życia żołnierze z wadliwą psychiką załamują się, reagują nerwicznie lub psychopatycznie, co objawia się nieoczekiwaną agresywnością, rezygnacją czy też innym niedostosowaniem się.

Przypadki złej adaptacji w warunkach służby wojskowej zdarzają się zresztą nie tylko u osobników o zdecydowanie wadliwej strukturze osobowości. Należy pamiętać, że nowo wcieleni są osobnikami młodocianymi, często nieukształtowanymi psychicznie. Z natury rzeczy są oni bardzo podatni na reakcje nerwicowe, z których równie łatwo można ich wyprowadzić odpowiednim postępowaniem, jak i pogrążyć nieprzemyślanymi pociągnięciami.

Osobnym problemem jest zdrowie psychiczne żołnierzy zawodowych. Tak jak wszyscy ludzie zatrudnieni na stanowiskach kierowniczych, i oni stosunkowo często podlegają typowym chorobom „cywilizacyjnym”: nerwicom i tzw. chorobom psychosomatycznym (do których należą m.in.: nadciśnienie tętnicze, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, nerwice narządowe). W Polsce schorzenia psychosomatyczne leczą tradycyjnie interniści. Natomiast w wielu krajach od szeregu lat zajmują się nimi psychiatrzy. U ich podłoża leżą nieodreagowane napięcia psychiczne, źle przetworzony lęk,

wadliwie zorganizowany wypoczynek. Prawidłowo ustawiona oświata ma w tej dziedzinie duże znaczenie zapobiegawcze. Dlatego problematyce psychosomatycznej, mechanizmom „przeróbki” lęku i umiejętności wypoczywania poświęcimy specjalnie dużo miejsca.

Specjalne zagadnienie stanowi reakcja organizmu ludzkiego na współczesne pole walki. Będzie ona przedmiotem dokładniejszych rozważań w trzeciej części książki. Można jednak już tutaj wskazać na oczywisty fakt nadmiernych obciążeń ośrodkowego układu nerwowego w czasie działania w polu skażonym radioaktywnie, pod zmasowanym ogniem, w obliczu nowych broni, środków masowej zagłady lub obezwładnienia itp. Dowódca musi orientować się, czego może spodziewać się po swoich podwładnych w obliczu tych sytuacji i co powinien przedsięwziąć, aby nie dopuścić do utraty siły bojowej swojego oddziału.

Część pierwsza

**OGÓLNE WIADOMOŚCI
Z ZAKRESU PSYCHOLOGII,
PSYCHOPATOLOGII
I NAUK POKREWNYCH**

ROZDZIAŁ I

WIADOMOŚCI WPROWADZAJĄCE

1. PSYCHOLOGIA, PSYCHIATRIA I NAUKI POKREWNE

Czynności psychiczne są przedmiotem badań szeregu dyscyplin naukowych, często bardzo różniących się od siebie podejściem i metodyką pracy. Funkcje psychiczne zdrowego człowieka bada i opisuje w zasadzie psychologia, jednakże problemem tym także zajmują się: neurofizjologia, biochemia, cybernetyka, socjologia, genetyka i filozofia.

Zdobyte tych ostatnich nauk muszą być stale uwzględniane przez psychologię. W tej sytuacji staje się ona w pewnym sensie nauką podsumowującą doświadczenia wielu innych nauk, przy czym nieustający postęp wiedzy zmusza do ciągłych zmian w podejściu do zjawisk od co najmniej 100 lat opisanych i znanych, ale nabierających coraz to nowych treści.

Funkcje psychiczne chorego człowieka bada i opisuje w zasadzie psychopatologia, obok niej jednak zagadnieniem tym zajmuje się wiele innych dyscyplin, a wśród nich przede wszystkim psychiatria. Nawet tak odległe nauki, jak: neurochirurgia, psychofarmakologia, neuroradiologia, analityka lekarska i inne, również mają niemałe znaczenie w wyjaśnianiu przyczyn wielu zaburzeń psychicznych.

W niniejszej pracy nie ma potrzeby szczegółowego omawiania zakresu wymienionych tu nauk. Musimy jednak pokrótce scharakteryzować te dyscypliny, które są najbliższe poruszonemu przez nas tematowi, to znaczy zdrowiu psychicznemu.

Termin „psychologia” został w zasadzie powyżej zdefiniowany. Należy podkreślić, że wiele armii, w tym także polska, rozbudowuje placówki badawcze zajmujące się specjalnie psychologią wojskową, to znaczy problemami, które stawia wobec psychiki ludzkiej środowisko wojskowe w czasie pokoju i wojny.

Psychopatologia jest to nauka, która zajmuje się opisem zaburzeń psychicznych, bez wnikania w materialną przy-

czynę ich powstawania. Rozróżniamy psychopatologię ogólną i szczegółową.

Psychopatologia ogólna wyjaśnia i określa pojęcia i terminy charakteryzujące poszczególne objawy oraz zespoły objawów choroby psychicznej. Przedmiotem zainteresowań psychopatologii szczegółowej są natomiast opisy jednostek chorobowych. W zasadzie psychopatologia jest jedną z dziedzin psychiatrii, tej gałęzi medycyny, która zajmuje się wykrywaniem przyczyn, opisem, zapobieganiem i leczeniem chorób psychicznych. Bywa jednak wykładana również poza fakultetami medycznymi, jako uzupełnienie psychologii, czyli nauki o właściwościach działania i rozwoju zdrowej psychiki. Nie ulega bowiem wątpliwości, że znajomość psychopatologii pogłębia rozeznanie w zakresie prawidłowych czynności psychicznych.

Ponadto szereg gałęzi psychologii musi stale oscylować w kierunku psychopatologii, ze względu na bliskie sobie zainteresowania, np. psychologia kliniczna czy psychologia tłumy bardziej zajmują się nienormalnościami niż normą postępowania ludzkiego. Nauką z pogranicza podobnie stała się higiena psychiczna, dyscyplina, która zajmuje się poznawaniem przyczyn zapadania na choroby psychiczne, celem ustalenia norm i sposobów działania — zapobiegających zaburzeniom psychicznym — oraz opracowaniem metod powrotu do zdrowia.

W naszym kraju względnie często stawia się znak równości między psychiatrią a neurologią. Wynikiem tego jest kierowanie osób, wykazujących różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, do neurologa zamiast do psychiatry. Zdarza się to ciągle jeszcze i w wojsku, gdzie służba psychiatryczna znajduje się nadal w okresie rozbudowy i wobec tego jej zakres działania nie jest dokładnie znany. Nie trzeba tu chyba zbyt szeroko wyjaśniać, że postępowanie takie jest błędne, gdyż neurologia (a właściwie neuropatologia) jest nauką medyczną zajmującą się chorobami wykazującymi inne niż psychiczne zaburzenia układu nerwowego. Mianowicie bada ona, opisuje, zapobiega i leczy choroby, które objawiają się porażeniem kończyn, zaburzeniami czucia bólu, dotyku i temperatury, zaburzeniami równowagi, niektórymi wadami wzroku, słuchu i innych zmysłów oraz zanikiem mięśni i drgawkami. Oczywiście w niektórych chorobach neurologicznych obserwuje się również zaburzenia psychiczne (podobnie jak u wielu chorych psychicznie stwierdza się objawy neurologiczne). Ma to jednak w tym wypadku znaczenie drugorzędne, marginesowe, w związku z czym neurologzy nie są nastawieni na leczenie zaburzeń psychicznych. Ich program szkolenia nieomal pomija zagadnienia psychiatryczne.

2. DOTYCHCZASOWE OSIĄGNIĘCIA I PRZYSZŁE ZADANIA PSYCHIATRII WOJSKOWEJ

Psychiatria wojskowa jest w swojej istocie szczególną postacią psychiatrii społecznej, w której zagadnienia medyczne splatają się nierozzerwalnie z problematyką socjologiczną i psychologiczną.

Dorobek naukowy tej specjalności opiera się na olbrzymim i bardzo konkretnym materiale z doświadczeń wyniesionych z obu wojen światowych, działań wojennych w Korei i Wietnamie, a także z tysięcy prac badawczych dotyczących zachowań człowieka w sytuacjach nadmiernych obciążeń psychicznych.

Obciążeń tych nie brakuje w wojsku także i w czasie pokoju. Są one nieubłaganiem rezultatem narastającej technizacji środowiska, życia pełnego emocji oraz konieczności nieustannego podejmowania — zwłaszcza przez kadrę — decyzji, wymagających wielkiej odpowiedzialności za ich bezwarunkowe wykonanie.

W oparciu o doświadczenia, zarówno czasu wojny, jak i pokoju, psychiatrzy wojskowi zapoczątkowali i wprowadzili w życie cały szereg metod diagnostycznych i leczniczych, które z powodzeniem używane są w psychiatrii cywilnej, a nawet w innych gałęziach medycyny. Należą do nich np.: psychoterapia społeczna, psychoterapia grupowa, psychoterapia krótkotrwała, leczenie „ostrych reakcji stressowych”, zasada badania psychiatrycznego w celach prewencji, selekcja psychiatryczna w odniesieniu do określonych zadań itp.

Jak widać z tego krótkiego i niepełnego zestawienia, zainteresowania psychiatrów wojskowych idą głównie w kierunku leczenia zaburzeń psychicznych wywoływanych nadmiernym obciążeniem psychiki, określanym niekiedy pojęciem „stanów z pogranicza” (zdrowia i choroby). Istotnie, prawdziwych psychoz obserwuje się w wojsku mało. Główne rozpoznania to nerwice i inne stany, świadczące o ostrej lub przewlekłej dezadaptacji społecznej.

Służba wojskowa jest bowiem czułym testem na prawdziwe wartości człowieka. Tu nieomylnie i nieubłaganie odsłaniają się wszelkie wady jego intelektu i charakteru, które poddawane są surowej krytyce kolektywu. Osobnik, który w warunkach cywilnych, chroniony przez rodzinę lub tolerancję otoczenia, dawał sobie względnie dobrze radę z wymaganiami środowiska, w wojsku szybko dezadaptuje się. Nie zawsze oznacza to, że nie jest on zdolny do służby wojskowej w ogóle. Nierzadko kończy tę służbę z sukcesem i poczuciem, że zmienił się na lepsze, ale tylko wtedy, kiedy nie potraktuje się go szablonowo, kiedy zro-

zumie się jego sytuację i uchwyci się przyczyny, dla których nie mógł on dostosować się do standardowych wymogów służby wojskowej, kiedy potrafi się podsunąć mu właściwą motywację innego niż dotąd postępowania.

Zazwyczaj rutynowany i zręczny dowódca sam daje sobie radę z tego rodzaju podwładnymi. Często jednak dotychczasowe doświadczenie i wiedza psychologiczna mogą go zawieść.

Dlatego wszystkie znaczące armie świata od szeregu lat systematycznie rozbudowują swoją służbę psychologiczną i psychiatryczną, widząc w niej pomoc w codziennej pracy wychowawczej i czynnik zapobiegający przypadkom zespołów dezadaptacyjnych.

Problematyka psychiatryczna znalazła się w centrum uwagi sztabów wojskowych i wojskowej służby zdrowia w zasadzie dopiero podczas pierwszej wojny światowej, kiedy to meldunki, napływające z pól bitewnych, zarejestrowały po raz pierwszy dużą liczbę „wykruszeń” żołnierzy frontowych, na skutek zaburzeń psychicznych.

Jednak już w roku 1838, w wojsku francuskim, dekretem z 30 czerwca powołano pierwsze wojskowe oddziały psychiatryczne, a Medyczno-Chirurgiczna Akademia w Petersburgu (obecnie Wojskowa Akademia Medyczna im. Kirowa w Leningradzie), jako pierwsza uczelnia w Rosji — powołała w r. 1861 samodzielną Katedrę Psychiatrii. Na uwagę zasługuje fakt, że pierwszymi kierownikami tej katedry byli Polacy: Jan Baliński (1861—1877) i Jan Mierzejewski (1877—1893), po którym kierownictwo objął światowej sławy psychiatra, Włodzimierz Bechterew.

Wykładowcą Akademii Wojskowej w Petersburgu i generałem był wielki uczony Iwan Pawłow, który choć fizjolog, przyczynił się do utworzenia zrębów nowoczesnej psychiatrii, a w ostatnich latach swego życia wiele czasu poświęcił chorobom psychicznym.

Wojskowi lekarze rosyjscy jako pierwsi na świecie ogłosili swoje spostrzeżenia o wzmożonych i masowych zaburzeniach psychicznych w warunkach wojny toczonej w oparciu o rozbudowane środki techniczne. Ich raport, sygnalizujący masowe występowanie stanów lękowych wśród żołnierzy rosyjskich walczących z Japończykami w kampanii 1904—1905, wzbudził poważne zainteresowanie sztabów ówczesnych wojsk europejskich, został jednak w końcu zbagatelizowany, ponieważ myślano, że objawy były wyłącznie wynikiem nie tyle obiektywnych trudów wojennych, co swoistej, negatywnej atmosfery politycznej, jaka towarzyszyła tej wojnie.

Punktem przełomowym dla psychiatrii wojskowej stał się kwie-

cień 1916 roku, kiedy to podczas pierwszej bitwy nad Sommą, w ciągu kilku tygodni ubyło z szeregów walczących tam żołnierzy angielskich ponad 1000 osób, z powodu „zaburzeń nerwowych”. Po przeprowadzeniu śledztwa przez prokuraturę — posądzono bowiem początkowo chorych żołnierzy o zbiorowe symulowanie — zdecydowano się utworzyć w służbie zdrowia specjalny pion psychiatryczny oraz rozbudować znacznie oddziały psychiatryczne w wojskowych szpitalach. Pod koniec 1916 roku w każdej armii istniał już specjalny ośrodek diagnostyczny (NYDN Center—Not Yet Diagnosed Nervous Center), obsadzony przez naprędce wcielonych do wojska psychiatrów i neurologów. Ponadto wyżej wymienionych specjalistów zatrudniono w wielu oddziałach szpitalnych. O konieczności zorganizowania odpowiedniej służby psychiatrycznej w wojsku najbardziej przekonała brytyjskie władze statystyka wykazująca, że w 1917 r. roczna liczba przyjęć psychiatrycznych do szpitali wojskowych wynosiła 2‰ w korpusie nieekspedycyjnym, 4‰ w korpusie ekspedycyjnym, w porównaniu z 1‰ wśród cywilnej (dorosłej) ludności Wielkiej Brytanii. Wojska amerykańskie, uprzedzone przez sztaby francuskie i angielskie, przystąpiły do wojny w 1917 r. już z dobrze zorganizowaną służbą psychiatryczną.

Statystyki służby zdrowia zarówno wojsk alianckich (Francji, W. Brytanii, USA i Rosji), jak i Niemiec wykazywały stały wzrost zapadania na choroby psychiczne wśród walczących wojsk, w miarę upływu lat wojennych. W świetle statystyki liczba zachorowań na choroby nerwowe i psychiczne rosła wówczas z roku na rok dość szybko. I tak np. statystyki niemieckie z okresu I wojny światowej podają, że o ile w sierpniu 1914 roku 1 chory nerwowo i psychicznie przypadał na 360 rannych, to we wrześniu stosunek ten wynosił 1:180, w październiku — 1:48, w listopadzie — 1:30, a w grudniu — 1:20. W latach 1915/16 stosunek ten równał się 1:10, w latach 1916/17 — 1:9, a w latach 1917/18 — 1:11.

Statystyki brytyjskie z okresu I wojny światowej ujawniają podobne zjawisko: o ile w 1914 r. 1 chory nerwowo przypadał średnio na 30 rannych, to w 1915 r. — już na 11 rannych. Według Sergiejewskiego, którego statystyka dotyczy wschodniego odcinka frontu, chorzy nerwowo i psychicznie stanowili w latach 1914/15 — 1,4‰ wszystkich rannych, a w latach 1915/16 — 2,6‰. Do najczęstszych ówczesnych rozpoznań należały: różne formy hysterii, zespoły po kontuzji czaszki oraz przewlekłe postacie różnorodnych zaburzeń psychosomatycznych.

Po I wojnie światowej powstała bardzo bogata literatura dotycząca zaburzeń psychicznych pojawiających się w warunkach

bojowych we wszystkich niemal krajach, które tę wojnę prowadziły. Mimo że Polska nie miała wówczas własnej wojskowej służby psychiatrycznej, szereg prac o tej tematyce wyszło również spod pióra polskich psychiatrów, jak np. Piltza, Nelkena, Malinowskiego. Większość danych dotyczących leczenia chorób psychicznych, opartych na doświadczeniu z okresu I wojny światowej, jest jednak obecnie przestarzała.

W okresie międzywojennym niektóre armie, jak np. amerykańska, znacznie zredukowały pion psychiatryczny, inne jednak, jak francuska i niemiecka, utrzymały stosunkowo wysoką liczbę placówek psychiatrycznych. Stało się bowiem rzeczą jasną, że szybki rozwój technizacji wojsk oraz wzrastający stale stress organizacyjny przyczyniają się do zwiększenia czynnościowych zaburzeń układu nerwowego. Jako ciekawostkę można przytoczyć fakt, że i przedwojenne Wojsko Polskie miało dość znacznie rozbudowany pion psychiatryczny, w którym zatrudniono kilkudziesięciu lekarzy. Wojskowi psychiatrzy dysponowali w tym czasie około 400 łózkami w oddziałach, zlokalizowanych między innymi w Warszawie, Wilnie, Przemyśle, Krakowie i Poznaniu, oraz rozwiniętą siecią poradni psychiatrycznych.

Rola psychiatrów wojskowych jeszcze bardziej wzrosła w czasie II wojny światowej. O ogromie zadań, które stanęły przed nimi, świadczą najlepiej liczby. I tak: w armii amerykańskiej hospitalizowano w szpitalach psychiatrycznych — w latach 1943—1945 — około jednego miliona osób i uznano za niezdolnych do służby wojskowej z powodów psychiatrycznych — 1 846 000 poborowych.

Jak wielkie znaczenie miał problem chorób psychicznych dla wojska amerykańskiego w czasie II wojny światowej, dowodzą dane zawarte w Statistical Report on the Health of the Army 1943—1945. Według tego źródła zaburzenia psychiczne były najczęstszą przyczyną zwolnień ze służby wojskowej personelu wojskowego, nieoficerskiego. W 1943 roku stanowiły one ponad 1/3 wszystkich zwolnień z powodu choroby; w 1944 r. liczba ich wzrosła do 2/5. Około połowę wszystkich zaburzeń psychicznych stanowiły nerwice lękowe, których występowanie narastało wyraźnie w ciągu 3 lat (1943—1945).

Druga wielka grupa schorzeń, powodujących zwolnienia lekarskie — wrzody żołądka — stanowiła tylko 13% wszystkich zwolnień w 1943 r. (w następnych latach coraz to mniej). Według Statistical Report, jeśli spojrzeć na zwolnienia z wojska pod kątem wieku żołnierzy, doświadczenie ostatnich dwóch wojen można podsumować w następujący sposób:

1. Kiedy w armii dominują ilościowo żołnierze młodzi, to głównymi chorobami siejącymi wśród nich spustoszenie są zaburzenia psychiczne i gruźlica.

2. Gdy przeważają żołnierze w wieku średnim, to głównymi przyczynami zwolnień są zaburzenia psychiczne i wrzód żołądka.

3. Kiedy przeważają żołnierze starsi wiekiem, głównymi przyczynami zwolnień stają się zapalenia oskrzeli i zaburzenia psychiczne.

Choroby psychiczne stanowiły 6% przyjęć do szpitali wojskowych (przy średniej 3% dla ludności cywilnej w czasie pokoju).

W wojsku brytyjskim, choć liczby bezwzględne były znacznie niższe, odsetek zaburzeń psychicznych wśród żołnierzy procentowo odpowiadał mniej więcej danym amerykańskim.

W Armii Radzieckiej, w miarę trwania wojny, również musiano znacznie rozbudować służbę psychiatryczną. Dane statystyczne co do rodzaju występujących zaburzeń różniły się tu znacznie od danych amerykańskich. Większość rozpoznanych psychiatrycznych łączyła się przyczynowo z przebytem na polu walki urazem czaszki. Tylko u 30% chorych zanotowano rozpoznanie nerwicy. Wynikało to z wyższego zaangażowania emocjonalnego żołnierzy radzieckich w sprawiedliwą wojnę i ich większego hartu psychicznego.

Aczkolwiek przykład powyższy zdaje się wskazywać, że czynnik wysokiego, ideowego zaangażowania ma decydujące znaczenie dla adaptacji żołnierza w trudnych warunkach wojennego życia, to jednak faktem jest, że groza współczesnego pola walki, ogromny wysiłek emocjonalny i intelektualny, zaskakujące oddziaływanie ogniowe nowych broni, wymóg precyzyjnego oprowadzania sprzętu o wysokim stopniu technizacji, olbrzymia odpowiedzialność za wykonanie zadania bojowego, wysokie tempo działań, niemożność zapewnienia żołnierzom należytego wypoczynku — to czynniki wpływające na motywację psychiczną walki i na odporność psychiczną mas żołnierskich.

Teza ta znajduje swoje potwierdzenie zarówno w obrazie klinicznym chorób psychicznych występujących na polu walki, jak i w rezultatach pociągnięć organizacyjnych, podjętych ostatnio przez niektóre armie.

Dane z okresu I i II wojny światowej oraz działań wojennych w Korei wykazały, że najpowszechniejszym wśród żołnierzy na froncie zespołem psychopatologicznym jest tzw. zespół wyczerpania walką, który w swej początkowej fazie przypomina neurastenię, w zaawansowanych zaś wypadkach zawiera wiele elementów psychotycznych. (Dokładny opis kliniczny zespołu wyczerpania walką — patrz rozdz. o nerwicach wojennych).

Współcześni dowódcy wojskowi muszą liczyć się z faktem, że każdy żołnierz w warunkach frontowych może po pewnym czasie utracić zdolność do działań bojowych. W związku z tym w nowoczesnych armiach podjęto szereg pociągnięć organizacyjnych, z których większość sugerowana była przez psychiatrów wojskowych, a mianowicie:

1° Wprowadzono ostre limity czasu przebywania żołnierzy w warunkach frontowych. Skracane są one zresztą w miarę doskonalenia uzbrojenia i dynamizacji działań bojowych. Dla przykładu, w armii amerykańskiej czasokres działania pododdziału na froncie wynosił dla kampanii afrykańsko-włoskiej ± 100 dni, dla kampanii normandzkiej ± 60 dni, a dla frontu koreańskiego ± 40 dni.

2° Pouczono lekarzy jednostek wojskowych o celowości wczesnego leczenia.

3° Rozbudowano sieć placówek pomocy psychiatrycznej, podciągając ją możliwie najbliżej frontu.

4° Wzmociono selekcję poborowych pod kątem oceny zdrowia psychicznego, ponieważ doświadczenie wykazało, że różnego rodzaju anomalie osobowości bądź procesy chorobowe przebyte przed wcieleniem do wojska rzutują w istotny sposób na zachorowalność w warunkach wojennych.

Zabiegi powyższe okazały się skuteczne, skoro w czasie II wojny światowej i działań wojennych w Korei psychiatrzy wojskowi odsyłali po wyleczeniu z powrotem na front około 80% swych pacjentów.

Z teoretycznego punktu widzenia szczególnie ciekawe są doświadczenia psychiatrów amerykańskich w Wietnamie, gdzie sztaby przygotowujące długofalowe działania, kierując się doświadczeniami z poprzednich wojen (a zwłaszcza koreańskiej, w której zespół wyczerpania walką występował szczególnie często), wzięły mocno pod uwagę wnioski psychiatrów. Nie tylko uwzględniono tam wymienione wyżej zabiegi profilaktyczno-lecznicze, ale posunięto się znacznie dalej. Instruktażowi psychiatrycznemu poddano nawet oficerów liniowych do szczebla batalionu. Źle adaptujących się żołnierzy często jeszcze w obozach treningowych relegowano natychmiast z szeregów. Walki starano się prowadzić metodą kilkudniowych kampanii, po których następował dłuższy odpoczynek w bezpiecznych bazach. Czasokres całkowitego pobytu w warunkach wojennych ograniczono do 12 miesięcy, a w połowie służby przydzielano żołnierzowi tygodniowy urlop, wypełniony zorganizowanymi rozrywkami.

Doświadczenia wietnamskie nie mogą służyć za modelowy

przykład, ze względu na specyficzne warunki, w jakich znajdowały się tam wojska amerykańskie, niemniej jednak wykazują one, że rezultaty tak daleko posuniętej profilaktyki psychiatrycznej spełniają pokładane w niej nadzieje. Podczas gdy w czasie II wojny światowej odsetek chorych psychicznie żołnierzy amerykańskich równał się liczbie 23⁰/₀ żołnierzy ewakuowanych z powodów medycznych, a w Korei okresowo dochodził do 40⁰/₀, to w Wietnamie wynosił 6⁰/₀. O ile w czasie II wojny światowej i w działaniach wojennych w Korei podstawową liczbę leczonych (60—70⁰/₀) stanowili żołnierze z zespołem wyczerpania walką (ZWW), o tyle w Wietnamie rozpoznawanie ZWW przedstawiono u zaledwie 5⁰/₀ żołnierzy, skierowanych do psychiatrów.

Stwierdzenie faktu zmniejszenia się ogólnego stopnia zapadania na choroby psychiczne w Wietnamie nie może przysłonić zmian jakościowych, jakie wystąpiły w rozpoznaniach psychiatrycznych wśród żołnierzy amerykańskich.

Doświadczenia wietnamskie wniosły zresztą wiele do ogólno-psychiatrycznej wiedzy. Szczególnie dobitnie wykazały one ogromne znaczenie czynnika ideowego dla zdrowia psychicznego żołnierzy. Otóż ponad 40⁰/₀ żołnierzy amerykańskich wykazywało zaburzenia „charakteru i zachowania się”, co w innych wojnach było zjawiskiem niemal nie spotykanym. Dobrze przemyślana i zorganizowana pomoc psychiatryczna zapobiegała jedynie **oczywistym** schorzeniom psychiatrycznym. Za opisanymi wyżej sukcesami natury klinicznej ukrył się zatem proces psychopatologiczny, nie wynikający bezpośrednio z działań wojennych jako takich, lecz będący następstwem zaangażowania mas ludzkich w niesprawiedliwą wojnę, odczuwaną często przez żołnierzy wręcz jako makabryczny nonsens.

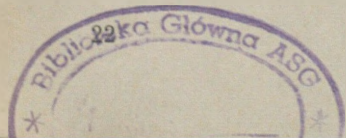
Większość rozpoznań, z którymi w Wietnamie kierowano żołnierzy do psychiatrów, dotyczy zaburzeń życia emocjonalno-popełdowego, przejawiających się głównie w postaci aspołecznych postaw. Rozprzężenie obyczajów, agresywność i okrucieństwo, nieliczenie się z interesem ogółu, tendencję do oszalamiania się narkotykami, rozbój i inne formy dążenia do szybkiego wzbogacenia się, lekceważenie prawa — oto cechy osobowości, które w ciągu zaledwie roku pobytu w Wietnamie wyrabiali w sobie młodzi obywatele amerykańscy, i z którymi wracali następnie do ojczyzny. W końcowych latach wojny wietnamskiej władze wojskowe musiały urządzać specjalne „kwarantanny psychiczne”, w czasie których wysoki odsetek żołnierzy trzeba było niejako rehabilitować społecznie, odzwyczajając od narkotyków i przystosowywać do normalnego życia społecznego. Wielu au-

torów wiąże wzrost przestępczości w USA, i szerzenie się tam na niespotykaną skalę narkomanii, z rezultatami psychopatyzacji dużych mas młodzieży na skutek agresywnej wojny w Wietnamie, w której brak zaangażowania patriotycznego i ideologiczną pustkę, przywódcy polityczni zastąpić chcieli hedonistyczną namiastką.

Wietnam warto wspomnieć w tym miejscu także i z innych powodów. Stał się on dla wojsk amerykańskich poligonem prototypowych broni, a w tym także środków psychicznego obez władniania. Jak wiadomo, są to bojowe środki toksyczne, które nie zabijają, ale wyłączają z walki żołnierzy nieprzyjacielskich przez wywoływanie u nich na pewien okres czasu zaburzeń psychicznych. Stosowano je w Wietnamie wielokrotnie, zarówno w postaci trutek doustnych, jak i aerozoli, wdmuchiowanych do schronów partyzanckich za pomocą specjalnych kompresorów. Związki tam stosowane zbliżone były w swej budowie chemicznej do LSD oraz do środków podobnych w działaniu farmakologicznym do atropiny. Aczkolwiek prób tych nie dokonano wiele, wskazują one na faktyczne możliwości użycia — na współczesnym polu walki — związków chemicznych wywołujących przemijające choroby psychiczne. Psychiatria zna kilkadziesiąt takich środków, z których większość używana bywa w odpowiedni sposób i w odpowiednich dawkach do celów leczniczych. Pierwotne koncepcje amerykańskie zakładały używanie niektórych środków psychotropowych jako broni strategicznej, umożliwiającej obez władnienie wielomilionowych narodów. W chwili obecnej wiemy, że koncepcje takie były fantastyczną mrzonką, jednakże nadal dopuszcza się możliwość użycia tego rodzaju broni na szczeblu taktycznym. Piszemy o niej także jako o znakomitej broni dywersyjnej, służącej do porażenia, w odpowiednim momencie, węzłów łączności, grup dowodzenia itp. Armia Stanów Zjednoczonych ma w chwili obecnej co najmniej trzy tego typu trucizny w arsenale swych broni chemicznych. Temat możliwości stosowania broni psychozotwórczych omówimy dalej bardziej dokładnie.

Opracowanie metod obrony przed tego rodzaju bronią staje się pilnym zadaniem współczesnych psychiatrów wojskowych.

Jednak nie tylko współczesne pole walki stawia przed medycyną wojskową zadania wymagające zaangażowania psychiatry. Precyzyjna broń, wysokie tempo działań, wielkie obciążenie odpowiedzialnością za sprzęt i ludzi stawiają żołnierzy, a zwłaszcza wojskową kadrę zawodową, pod niezwykle silnym stresem społecznym także i w czasie pokoju. W tej sytuacji szczególnej wagi dla gotowości bojowej wojska nabierają:



1) właściwy dobór ludzi do wojska w ogóle, a na odpowiednie stanowiska w szczególności;

2) stała kontrola standardu higieny psychicznej żołnierzy;

3) opracowanie nowoczesnych metod profilaktyki i leczenia ostrych oraz przewlekłych zespołów dezadaptacji psychicznej.

Wymienione wyżej zadania psychiatrii wojskowej realizowane są z powodzeniem w Polsce od 1962 roku, co świadczy o właściwym zrozumieniu tych spraw przez kompetentne czynniki.

Nie wdając się w szczegóły merytoryczne i organizacyjne można ogólnie stwierdzić, że działalność pionu psychiatrycznego wojskowej służby zdrowia opiera się na ścisłej współpracy z psychologami. Jak już wspomnieliśmy wcześniej, specyfika służby wojskowej, selekcja dokonywana w czasie pokoju, integrujące oddziaływanie kolektywu wojskowego powodują, że choroby psychiczne — w ścisłym tego słowa znaczeniu — zdarzają się wśród żołnierzy w czasie pokoju ogromnie rzadko, dużo rzadziej niż w odpowiednich rocznikach ludności cywilnej. Większość zaburzeń psychicznych dotyczy tzw. „pogranicza” choroby i przejawia się pod postacią różnych form nerwicy lub zaburzeń osobowości. W tej sytuacji współpraca psychologów, zarówno w zakresie profilaktyki, jak i leczenia, jest korzystna dla sprawy.

W chwili obecnej krystalizuje się w Wojsku Polskim swoisty model służby psychiatryczno-psychologicznej, oparty głównie na profilaktycznym oddziaływaniu 2 placówek typu ambulatoryjnego: Poradni Zdrowia Psychicznego i Poradni Higieny Psychicznej. W pierwszych, wiodącą rolę odgrywają psychiatrzy wspierani przez psychologów — głównie w dziedzinie diagnostyki. W tych drugich, najważniejszym i kierującym ogniwem są psychologowie, bowiem psychiatrzy dysponują dostatecznie dużą bazą łóżek, a psychologowie rozbudowaną siecią placówek diagnostyczno-selekcyjnych, kontrolujących pobór do służby zasadniczej i szkół oficerskich.

Tak zorganizowana służba psychiatryczno-psychologiczna coraz lepiej spełnia stawiane przed nią wymagania w zakresie selekcji, doboru oraz ochrony zdrowia psychicznego żołnierzy i rodzin kadry. Rozwija ona też niemałą działalność naukowo-badawczą, prowadzi długotrwałe studia nad problematyką psychiczną środowiska wojskowego oraz nad przygotowaniem żołnierzy do działania na współczesnym polu walki.

Badania: zależności między wydolnością psychiczną a naporem obowiązków wojskowych; kontaktów: przełożony—podwładny i vice versa; sprawności psychiki w sytuacjach wielkich obciążeń; możliwości korygowania niektórych zachowań za pomocą określonych leków; możliwości przeniesienia niektórych form

psychoterapii do masowego zastosowania w okresie pokoju i wojny oraz nad zastosowaniem wyników tych badań w praktycznych działaniach na rzecz ochrony zdrowia psychicznego żołnierzy i rodzin kadry — są w przyszłości ważniejszymi zadaniami psychologów i psychiatrów wojskowych.

Prace te służą takiemu samemu celowi w zakresie zdrowia psychicznego, jaki również przyświeca całej medycynie wojskowej. Winny one zabezpieczyć tak wysoki standard sprawności fizycznej i umysłowej żołnierzy, by zapewnić pełną gotowość i sprawność bojową naszego wojska. Ponadto zintegrowana służba psychologiczno-psychiatryczna uważa za swoje zadanie udzielanie fachowej konsultacji dowódcom i wychowawcom wojskowym w przygotowaniu żołnierzy do trudnych warunków życia wojskowego. Chodzi o to, by ich służba wojskowa przebiegała bez niepotrzebnych obciążeń psychicznych i mogła zrealizować tak ważne zadania, jakimi są: ostateczny szlif w obywatelskim wychowaniu młodego człowieka, wdrożenie go do dyscypliny, porządku, nauczanie koleżeńskości, wpojenie poczucia odpowiedzialności, obowiązku, godności własnej oraz gotowości na poświęcenie, w razie potrzeby, interesu społecznego ponad prywatę.

Rozwój osobowości człowieka, podobnie jak jego rozwój fizyczny, podlega temu samemu prawu — prawu treningu. Aby osiągać coraz wyższy poziom sprawności, trzeba poddawać się coraz to trudniejszym i odpowiednio ukierunkowanym ćwiczeniom. Wojsko jest instytucją, która po to celowo stwarza młodym ludziom trudne warunki, aby ukształtować w nich pełną hartu osobowość „homo socialis” — człowieka uspołecznionego.

Ambicją lekarzy psychiatrów z Wojskowej Służby Zdrowia jest służyć pomocą dowódcom i oficerom politycznym w poznawaniu psychologicznych i psychopatologicznych motywów ludzkiego działania po to, by łatwiej było trafić do ludzkich umysłów, by trudna — zwłaszcza dla młodych — służba Ojczyźnie stała się dobrą, choć niełatwą szkołą życia, którą wspomina się potem z sentymentem.

3. PODSTAWOWE WIADOMOŚCI O NIEKTÓRYCH CZYNNOŚCIACH PSYCHICZNYCH

Czynności psychiczne są funkcją mózgu. Stanowią one swoisty rodzaj zjawiska biologicznego, charakterystycznego wyłącznie dla wysoko zorganizowanej tkanki nerwowej.

Niemniej jednak rozwój psychiki, jak i aktualny jej stan zależą w istotny sposób od całego organizmu, a zwłaszcza od skła-

du chemicznego, ciepłoty i szybkości przepływu krwi, od czynności płuc, wątroby, nerek, przewodu pokarmowego, gruczołów wewnętrznego wydzielania, a nawet pracy mięśni. O tym należy pamiętać, gdy chce się wprowadzać w życie zasady zdrowia psychicznego. Z obserwacji codziennych każdy, nawet nielekarz wie, że np. zatrucie pokarmowe, przepracowanie fizyczne, zakażenie, choroby narządów wewnętrznych itp. mogą poważnie zakłócić czynności psychiczne.

Nadużycie alkoholu jest klasycznym przykładem, że wprowadzenie do krwioobiegu substancji zakłócających czynności organizmu może wywołać nawet krótkotrwałą chorobę psychiczną.

Drugim czynnikiem, który w bardzo istotny sposób wpływa na kształtowanie się psychiki i jej aktualny stan, jest środowisko społeczne ze wszystkimi jego przejawami. Czynności psychiczne człowieka rozwinęły się w nieosiągalnym dla innych ssaków stopniu, pod wpływem życia w społeczeństwie. Stąd wszystkie bodźce płynące ze środowiska społecznego mają dla człowieka równie wielkie znaczenie, jak dla zwierząt czynniki biologiczne. Słowo mówione lub pisane, układ stosunków międzyludzkich, poglądy ideologiczne nabrały dla człowieka tej samej siły, co zmiana temperatury, infekcja, zatrucie, poskromienie głodu, pragnienie lub zaspokojenie innych potrzeb fizjologicznych. Dlatego przy ocenie stanu jego zdrowia psychicznego — a zresztą i nie tylko psychicznego — brać pod uwagę trzeba także sytuację społeczną.

Z powyższego wynika, że bardzo trudno jest ocenić psychikę człowieka. Jest to tym bardziej skomplikowane, że pod terminem tym kryje się ogromne bogactwo objawów, ogromna zmienność i dynamizm ich wzajemnych powiązań. Ze względu na swe cechy psychiczne każdy człowiek stanowi niepowtarzalną indywidualność, nie tylko jako trwała osobowość, ale i jako pewien aktualny stan (z minuty na minutę).

Jako osobowość ma on pewien konkretny, właściwy tylko jemu przebieg życia. Jako *aktualny stan psychiki* jest on w danej chwili wypadkową: a) struktury i czynności swego mózgu; b) aktualnego działania całego organizmu; c) wpływu czynników społecznych.

Jeżeli chce się być dobrym dowódcą, należy zdobyć pełne zaufanie swych podwładnych, gdyż jedynie wtedy można poznać ich prawdziwie, a w chwili gdy wydaje się im rozkazy, zwłaszcza o bardzo istotnym znaczeniu — orientować się w ich aktualnym stanie psychicznym. Unika się wtedy wielu niespodziewanych reakcji, prowadzących do czynów uznanych za „wypadki nadzwyczajne”.

Szczegółowe omówienie wpływu przebiegu życia na powstanie różnej natury zaburzeń psychicznych znajdzie czytelnik w dalszych rozdziałach. W tym miejscu chciałbym podkreślić, że życiorys, to nie tylko dane z ankiety personalnej, ale i pewne szczegóły ujmowane z lekarskiego i psychicznego punktu widzenia. Są to: sprawa dziedziczności w rodzinach ojca i matki, pożycie rodziców między sobą, dokładna charakterystyka środowiska rodzinnego i społecznego, postępy w szkole, droga do zdobycia zawodu, przebyte urazy czaszki, infekcje i inne choroby, plany na przyszłość, sprawy rozwoju seksualnego, aktualna sytuacja rodzinna itp.

4. OGÓLNE DANE O PSYCHICE

Ogólnie definiując czynności psychiczne, albo inaczej — psychikę, mówimy, że jest to **najwyższa w rozwoju zwierzęcym forma czynności przystosowawczych**. Opiera się ona na świadomej lub podświadomej analizie bodźców, płynących ze środowiska, oraz na odpowiedniej reakcji na te bodźce.

Stwierdzenia tego nie należy rozumieć mechanicznie. Człowiek nie jest cybernetycznym żółwiem Wienera, który to żółw uruchomiony zachowuje się na tyle inteligentnie, że omija przeszkody, zbliża się do źródeł energii i komfortu bycia, a oddala od miejsc, które mogą zagrozić jego istnieniu. Najbardziej swoistymi dla człowieka są jego czynne reakcje na środowisko — nieoczekiwane, twórcze, a czasami wręcz nieobliczalne. Dubos, w swojej książce: „Tyle człowieka co zwierzęcia”, tak lapidarnie określa tę najbardziej charakterystyczną cechę człowieka: *Mechaniczna definicja człowieka mija się z prawdą, ponieważ w człowieku ludzkie jest właśnie to, co nie jest mechaniczne*. Potrzeba poznania, żądza wiedzy, chęć przekształcenia otoczenia, w którym się przebywa, niepokój twórczy — to cechy, z którymi musi się liczyć każdy, kto bada istotę ludzką.

W zasadzie funkcja psychiczna jest czymś niepodzielnym, jednak ze względów badawczych i dydaktycznych zwykło się od wieków analizować poszczególne cechy tej funkcji i opisywać je oraz badać wzajemne układy między nimi. I tak od czasu Arystotelesa (2300 lat) przyjmuje się podział psychiki na 3 podstawowe działy: intelekt, uczucie i wolę. Z kolei uczucie i wola określone są wspólną nazwą: „charakter”. Podział ten stanowi oczywiście kolosalne uproszczenie bardzo skomplikowanych układów, daje jednak przynajmniej prowizoryczny wgląd w zmagmatowane manowce ludzkiej psychiki.

Dokładny opis czynności psychicznych mogą dać oczywiście tylko podręczniki psychologii. W tym miejscu musimy się ograniczyć wyłącznie do ustalenia podstawowych pojęć, niezbędnych do zrozumienia późniejszych rozważań.

Wszystkie nasze czynności psychiczne oparte są na zjawisku poznawania otaczającego świata i świata wewnętrznego za pomocą procesów **spostrożegania**. **Wrażenia i wyobrażenia** — będące produktem spostrożegania — przerabiane są w naszym **umyśle** na **spostrożenia**, a następnie za pomocą **abstrahowania** przybierają formę **pojęć**. Oceną ich wartości dla organizmu zajmują się **uczucia**, a wola decyduje o tym, jak mamy reagować na określony układ doznań — biernie czy aktywnie. W zasadzie wszystkie te czynności odbywają się przy pełnej świadomości, aczkolwiek niewątpliwie część naszych działań dokonywana jest poza świadomością.

5. OMOWIENIE POSZCZEGÓLNYCH FUNKCJI PSYCHICZNYCH

Przez **spostrożeganie** rozumiemy poznawczy proces analizy otaczającego nas środowiska. Bodźce, płynące do naszego organizmu, rozpoznawane są jako **wrażenia** (inaczej: **czucia**) za pomocą poszczególnych zmysłów (wzrok, słuch, węch, smak, dotyk, poczucie temperatury, położenia poszczególnych części ciała, równowagi, ruchu itp.). W praktyce nigdy nie doznajemy wrażeń izolowanych. Zwykle są one złożone — jednocześnie widzimy kształt i barwy, czujemy zapach, orientujemy się w położeniu danego przedmiotu w stosunku do naszego ciała, w kierunku jego ruchu, ewentualnie w jego walorach dotykowych. Jednolite zespoły różnorodnych wrażeń nazywamy **wyobrażeniami**. Są to np. określone krajobrazy, osoby, budynki itp.

Wyobrażenia również nie występują w czystej formie. Natychmiast bowiem podlegają ocenie naszego umysłu co do swej rzeczywistości. Nazywa się to w psychologii „sądem realizującym” i polega na pojawieniu się przekonania o rzeczywistości doznań. Ponadto umysł nasz klasyfikuje je do odpowiedniej grupy przedmiotów lub zjawisk uprzednio poznanych bądź uznaje za rzecz nową, nieznaną, co z kolei nazywa się „sądem klasyfikującym”. Tak opracowane przez intelekt wyobrażenia, określone mianem **spostrożeń**, podlegają z kolei „obróbce uczuciowej” i uświadamiane są jako zjawiska dla danej osoby miłe, przyjemne albo też wstrętne, groźne, nienawistne czy obojętne. W tej ostatecznej formie ulegają zapamiętaniu.

Jak widać — w procesie poznawania świata, obok czynności

spostrzegania, ogromną rolę spełniają funkcje umysłowe. **Umysł**, czyli intelekt, jest tą składową częścią psychiki, która obejmuje wszystkie działania myślowe. Sprawność umysłu określona została mianem **inteligencji**.

U podstaw myślenia typowe ludzkiego leży niewątpliwie zdolność do **abstrakcji** (z łacińskiego — oderwanie). Jest to umiejętność wychwytywania cech istotnych dla danego zjawiska przez odrzucenie cech nie mających podstawowego znaczenia. Dochodzi wtedy do uogólnienia. Na przykład, gdy mówimy lub myślimy „krzesło”, to nie chodzi nam o to właśnie konkretne krzesło, ale o pewne „wyabstrahowane” krzesło, mające wszelkie podstawowe składniki tego mebla i będące nim, bez względu na to, czy jest drewniane czy metalowe, białe czy czarne, z oparciem prostym czy rzeźbionym, duże czy małe itd. Twór myślowy, w którym zawarte są jedynie istotne i charakterystyczne cechy przedmiotów lub zjawisk, z pominięciem niewiele znaczących szczegółów, nosi nazwę **pojęcia**.

Pojęcia mogą być bardziej lub mniej skomplikowane, w zależności od tego, jak bardzo zaawansowany był, przy ich tworzeniu, proces abstrakcji. Pojęcia takie, jak: *krzesło*, *piorun*, *ojciec*, *ptak*, należą do prostych. Do najbardziej złożonych należą niewątpliwie te, które określają zjawiska społeczne lub terminy filozoficzne, np.: *sprawiedliwość*, *miłość*, *kultura*, *nieskończoność*, *byt* itp.

Drugą ważną cechą myślenia ludzkiego jest zdolność wiązania różnych faktów w łańcuch: przyczyna—skutek (**determinacja**). Daje to potężny oręż w poznawaniu świata i adaptowaniu się w nim. Na przykład, skojarzenie dźwięku nadlatującego samolotu i bombardowania daje w rezultacie przeświadczenie o konieczności ukrycia się na dźwięk samolotu, bez czekania na moment rozpoczęcia bombardowania.

Pojęcia zwykle kojarzą się ze sobą w związku determinowane doświadczeniem życiowym. Myślimy prawidłowo, jeżeli kojarzenie odbywa się według przyjętych reguł logiki (to znaczy poprawnego wnioskowania), gdy jest ono powszechnie zrozumiałe i sprawdza się w konfrontacji z rzeczywistością.

Procesy myślowe znajdują swoje odbicie w zachowaniu się, a u ludzi także w mowie, która jest formalnym odbiciem naszych myśli w symbolach słownych. Myśląc, często posługujemy się słowami, aczkolwiek nierzadko proces myślenia odbywa się bez balastu skomplikowanej składni, dzięki czemu może przebiegać bez porównania szybciej. Inaczej mówiąc, może istnieć myślenie bez mowy, chociaż nie może istnieć mowa bez myślenia, ponieważ jest ona dźwiękowym przedstawieniem symboli

myślowych. Mowa sprawna i logiczna jest odzwierciedleniem prawidłowości myślenia. Zaburzenia mowy, o ile nie pochodzą z uszkodzeń ruchowego aparatu (język, krtan, mięśnie jamy ustno-gardłowej), mogą być dowodem zaburzeń procesu myślowego, a zatem choroby umysłowej.

Proces myślenia może przebiegać szybciej lub wolniej, może ograniczać się do zagadnień prymitywnych lub obracać się w sferze abstrakcji. Na jego funkcjonowanie ma duży wpływ z jednej strony emocjonalna część psychiki, z drugiej zaś strony — stan organizmu i sytuacja społeczna. Intelpekt ulega korzystnym zmianom pod wpływem szkolenia. Nauka szkolna, zawodowa i hobby działają tu podobnie jak ćwiczenia gimnastyczne na układ ruchowy człowieka. Pod ich wpływem można osiągać coraz to większe sukcesy w zakresie analizy i syntezy pojęć, abstrakcji, myślenia przyczynowego, przewidywania, oceny krytycznej itp.

Spostrzeżenia, ocenione emocjonalnie jako doznania przyjemne, nieprzyjemne lub obojętne, ulegają zapamiętaniu, przy czym im silniejsza jest komponenta uczuciowa, tym mocniej zalegają one w naszej psychice. Przez **pamięć** rozumiemy zdolność utrwalania, przechowywania i odtwarzania naszych przeżyć psychicznych. Wszystkie trzy wymienione w definicji cechy pamięci mogą być rozpatrywane oddzielnie.

Pierwsza z nich nosi nazwę **zdolności zapamiętywania**, czyli pamięci świeżej. Jest to proces przyswajania sobie spostrzeżeń z momentu na moment. Dla przykładu — jeżeli odchodzimy od biurka do telefonu, to wracając po odbyciu rozmowy pamiętamy doskonale, gdzie położyliśmy pióro, co odłożyliśmy do szuflady itp. Druga z nich to zdolność magazynowania danych pamięciowych, czyli tzw. **pamięć właściwa**. Posługiwanie się nią pozwala nam uświadomić sobie rzeczy, które przeżyliśmy lub których nauczyliśmy się przed laty. Trzecia właściwość pamięci nazywa się zdolnością reprodukcji, czyli **przypominania**. Niekiedy zdarza się nam, że „mamy coś na końcu języka” (np. nazwisko, nazwę), a nie możemy sobie tego przypominieć. Jest to właśnie przykład zaburzenia zdolności reprodukcji; mimo że dane pamięciowe zostały przyswojone i zmagazynowane, nie jesteśmy w stanie ich zreprodukować.

Zapisy pamięciowe, mimo iż dotyczą w zasadzie przeżyć doznawanych w pełni świadomości, nie są jednak uświadamiane; mówimy, że od chwili przyswojenia zepchnięte zostają w podświadomość. Niemniej jednak psychika nasza jest „księgą pamiętkową”, do której życie zapisuje bez przerwy tysiące informacji. Jeżeli nawet zwykłe zabiegi przypominania zdają się

wskazywać, że wiele przeżyć „uleciało z pamięci”, to jest to zjawisko tylko pozorne. Badania przeprowadzone w hipnozie, obserwacja ludzi znajdujących się w silnym napięciu emocjonalnym wskazują, że olbrzymie ilości szczegółów, rzekomo zapomnianych, tkwią w pamięci przez całe życie i przy odpowiednio silnej reprodukcji mogą się ujawnić.

Termin: **świadomość** używany jest w psychologii i medycynie dla określenia zjawiska polegającego na *poczuciu przeżywania*. Pełne zachowanie świadomości określa się mianem przytomności. Gdy świadomość zachowana jest tylko częściowo, mówimy o półprzytomności, a gdy jest zniesiona — o nieprzytomności. U zdrowych ludzi wymienione wyżej ograniczenia świadomości zachodzą przy usypianiu i we śnie.

Wielu uczonych przyrównuje świadomość do strumienia światła i pola widzenia. Jeżeli zastanowimy się głębiej nad zjawiskiem świadomości, to stwierdzimy, że nie wszystko, co się wokół nas dzieje, uświadomione jest w danym momencie z jednakową siłą. Tak jak w świetle reflektora najlepiej widzimy punkt, na który został nastawiony strumień światła, a przedmioty leżące na obwodzie dostrzegamy tym gorzej, im dalej znajdują się od środka, tak samo uświadamiamy sobie najostrej to, czym się akurat zajmujemy, natomiast sprawy, które dzieją się peryferyjnie, mimo że dochodzą do naszych zmysłów, zaledwie rejestrujemy. Funkcja kierowania świadomości na określony, najważniejszy w naszym odczuciu — w danej chwili — przedmiot lub zjawisko, nazywana jest **uwagą**.

Działanie w pełni świadomości jest najbardziej ludzką cechą psychiki. Nie znaczy to wcale, aby wszystkie nasze czynności dokonywane były świadomie. Badania dokonane w okresie ostatnich kilkudziesięciu lat wykazały, że nawet bardzo skomplikowane czynności psychiczne mogą być wykonywane poza świadomością. Ponadto wiemy, że tkwiące w podświadomości zapisy pamięciowe często w istotny sposób rzutują na życie świadome. Wiele odkryć naukowych powstało w rezultacie podświadomych rozmyślań i kojarzeń, nagle narzucając zdumionemu twórcy gotowy wynik żmudnych rozmyślań. Z drugiej zaś strony psychiatrzy stwierdzili, że u podstaw niektórych zaburzeń psychicznych leżą przyczyny ukryte w podświadomości. Ujawnienie tych przyczyn i przeniesienie ich z podświadomości pacjenta „kasuje” chorobę.

Z zagadnieniem świadomości ściśle wiąże się poczucie własnej odrębności, indywidualności, inaczej mówiąc — **jaźni**. Fakt istnienia własnego ja, jako odrębnego, a jednocześnie równorzędnego wobec drugih osób, polega na uświadomieniu sobie siebie

jako pewnej izolowanej całości. Wbrew powszechnym sądom, jaźń (świadomość własnego ja) nie jest czymś wrodzonym, lecz formuje się u człowieka poprzez kontakt społeczny. Śledząc rozwój dziecka widzimy, że do pewnego okresu życia ($\pm 2-3$ lat) mówi ono o sobie w drugiej osobie, np.: *Jasio chce ciu-ciu, daj Jasiowi misia* itp. Oznacza to, że nie ma ono jeszcze poczucia własnego ja. Dopiero w miarę przebywania z innymi ludźmi, dziecko dochodzi do wniosku (uświadamia sobie), że jest przez nich traktowane jako swoista całość, która ma pewne przywileje i obowiązki, i wtedy zaczyna „widzieć samego siebie” jako samodzielny byt. Innymi słowy, człowiek zaczyna uświadamiać sobie, że jest pewnym odrębnym indywiduum i jako takie jest traktowany przez społeczeństwo.

Jaźń w zasadzie niezmiennie towarzyszy człowiekowi przez całe życie. Jest ona jądrem osobowości, która w miarę rozwoju człowieka zmienia się, kształtując się coraz do inaczej pod wpływem środowiska biologicznego i społecznego.

Przez **osobowość** rozumiemy właściwie całego człowieka, ze wszystkimi cechami jego psychiki i ciała, z położeniem nacisku na powiązanie w pewną swoistą całość wszystkich czynności organizmu. O zdrowej osobowości możemy mówić wtedy, gdy czynności psychiczne, zarówno między sobą, jak i spójnie z resztą organizmu, powiązane są harmonijnie, bez wzajemnych zakłóceń.

Inaczej mówiąc, u zdrowego człowieka wszystkie części jego psychiki (intelekt, uczucia i wola) rozwijają się muszą równomiernie i prawidłowo oraz pozostawać ze sobą, w czasie działania, w harmonijnym związku. Na ich prawidłową czynność ma niewątpliwy wpływ także stan całego ciała, czynność gruczołów, krwi, a nawet mięśni i przewodu pokarmowego. Streszcza tę tezę stara rzymska maksyma: *mens sana in corpore sano* — zdrowy duch w zdrowym ciele, a potwierdza ją wiedza medyczna.

Tylko prawidłowo ukształtowana osobowość może zapewnić zdrowie psychiczne, bowiem jedynie harmonijny rozwój cech psychicznych i fizycznych zapewni człowiekowi własny spokój i poczucie wartości, a społeczeństwu, w którym żyje, pozytywne wykorzystanie jego sił i umiejętności. Prawidłowy rozwój osobowości umożliwia człowiekowi to, co jest najistotniejsze dla jego szczęścia osobistego — bezkonfliktową adaptację w społeczeństwie.

Prawdę powyższą podkreśla definicja zdrowia (ogólnego), podana przez Światową Organizację Zdrowia w 1946 r. Mówi ona, że *zdrowie jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia fizyczne-*

go, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby lub niedołęstwa.

Wydaje się, że definicja ta jest o tyle szczęśliwa, że podkreśla wszystkie trzy elementy, które rzutują najistotniej, zarówno na aktualny stan człowieka, jak i sylwetkę jego osobowości — sprawność biologiczną organizmu, sprawność psychiczną i zdolności adaptacyjne do środowiska, w którym żyje. Tylko pełna harmonia między tymi czynnikami oraz ich niezaburzone funkcjonowanie zapewniają komfort istnienia. Psychiatrów drażni położenie nacisku na „dobre samopoczucie”, traktowane jako najistotniejszy wykładnik zdrowia, ponieważ występuje ono również w niektórych stanach chorobowych (zespół maniakalny), obok niewątpliwych objawów daleko posuniętych odchyleń od normy.

Tym niemniej jednak do użytku praktycznego, poza psychiatrią, definicja ta wydaje się być wystarczająca. Wielu autorów usiłowało ściślej zdefiniować pojęcie samego tylko zdrowia psychicznego.

Definicje te mają jednak zazwyczaj tę podstawową wadę, że reprezentują poglądy określonej szkoły i często bywają trudne do zrozumienia.

Trafny opis cech zdrowia psychicznego podał w 1950 r. K. Soddy: *...zdrowy osobnik reaguje na życie bez dokuczliwego wysiłku. Ambicje jego mieszczą się w ramach realnych możliwości. Ma właściwe pojęcie o swych zdolnościach i swych słabych stronach. Potrafi pomóc drugim, ale również przyjąć czyjąś pomoc. Przyznaje się do swych błędów i godnie przyjmuje niepowodzenie. Potrafi być przyjacielski, a jeśli trzeba, wrogi. Ma niezawodną linię postępowania i jest „wierny samemu sobie”. Nikt z jego otoczenia nie odnosi wrażenia, że jego wymagania są nadmierne. Przekonania osobiste i wartości, które uznaje, są źródłem jego siły.*

Inne definicje rozpatrują pojęcie zdrowia psychicznego pod odmiennym kątem. J. A. Hadfield: *Zdrowie psychiczne jest pełnym, harmonijnym funkcjonowaniem całej osobowości* (1952 r.).

O. Lundbye: *Psychicznie zdrowa jest taka jednostka, która rozwija się w kierunku osobowej dojrzałości. Dojrzałość jest osiągnięta w takim stopniu, w jakim jednostka może w sposób niezależny i skuteczny pokonać swoje wewnętrzne konflikty, realizować swoje własne cele w życiu i żyć odpowiedzialnie w dobrych stosunkach z innymi.*

H. Meng tak charakteryzuje zdrowie psychiczne: (jest to) *...zachowanie swej osobowości i jej rozwój, przystosowanie do świata zewnętrznego, aktywne włączenie się w strukturę spo-*

teczną, jeśli odpowiada ona słusznym dążeniom człowieka i zdrowej kulturze społecznej, a gdzie to nie wchodzi w rachubę, produktywny wkład do jej zmiany (1958 r.).

P. Sivadon podaje jedną z najkrótszych definicji: zdrowie psychiczne jest równowagą dynamiczną osobowości (1961 r.).

E. From uważa, że:

a) z punktu widzenia funkcjonowania społeczeństwa, jednostkę można nazwać normalną lub zdrową, jeśli jest ona zdolna do wypełniania swej społecznej roli i do udziału w rozwoju danego społeczeństwa;

b) z punktu widzenia jednostki, zdrowie lub stan normalny to optimum jej szczęścia i rozwoju (1941 r.).

O ile definicja zdrowia psychicznego, pomimo pewnych trudności, da się jednak ująć w jakiś lapidarny zwrot, o tyle definicja **niezdrowia** jest dużo trudniejsza. Istnieje bowiem wiele stopni odchyień od normy, a granica między zdrowiem a chorobą jest bardzo płynna i dość często zależna od interpretacji samego chorego, otoczenia, a nawet osobowości lekarza, który ma stan psychiczny badanej osoby ocenić.

W zasadzie każdy człowiek jest niepowtarzalną indywidualnością. Tym samym, nikt nie może być uznany za model zdrowia psychicznego, ponieważ wszyscy pozostali są inni, a pomimo to również zdrowi. Ponadto o zdrowiu czy chorobie danego człowieka decyduje często układ stosunków społecznych. Ten sam osobnik w pewnym środowisku nie zdradza żadnych zaburzeń psychicznych, a w innym — od razu ujawnia się jako nie-normalny. Na przykład: łagodnie niedorozwinięty chłopiec kończy szkołę i pracuje u ojca na roli; w oczach najbliższych — rodziny, sąsiadów — uchodzi za spokojnego, dorzecznego i dobrze zapowiadającego się obywatela. Ten sam osobnik, wcielony do wojska, okazuje się najgorszy w plutonie, staje się pośmięskiem, sypią się na niego kary. Reaguje nerwicowo, co pogarsza jeszcze jego nieporadność. W końcu wpada w depresję, popełnia samobójstwo lub dezertuje. W najlepszym wypadku zwolniony zostaje z wojska, z ujawnieniem niedorozwoju i rozpoznaną nerwicą bądź psychozą.

Fakt, że granica między zdrowiem a niezdrowiem psychicznym jest płynna, nie oznacza jednak jej nieuchwytności. O zaburzeniach psychicznych mówimy wtedy, gdy dojdzie do upośledzenia niektórych lub wszystkich wymienionych funkcji psychicznych. Następstwem tego jest bądź pojawienie się wewnętrznego przekonania o własnej niesprawności psychicznej, bądź zerwanie związków z otaczającym środowiskiem, wyobcowanie się zeń lub konflikt.

ROZDZIAŁ II

PSYCHOPATOLOGIA OGÓLNA

1. POSZCZEGÓLNE OBJAWY ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Dla uzyskania większej jasności wykładu, omawiając objawy zaburzeń psychicznych potraktujemy je jako zaburzenia tych poszczególnych funkcji psychiki, o których traktowały poprzednie ustępy.

ZABURZENIA ŚWIADOMOŚCI

Zaburzenia świadomości występują głównie w chorobach psychicznych o ostrym przebiegu i dużym dynamizmie. Mogą one mieć charakter zmian ilościowych lub jakościowych, mogą trwać zaledwie sekundy bądź utrzymywać się latami. Zaburzenia te charakteryzują się częściowym lub całkowitym zerwaniem kontaktu chorego z otoczeniem, przez cały czas ich trwania, oraz mniejszym lub większym upośledzeniem pamięci przebytego stanu.

Klasycznym przykładem ilościowych zaburzeń świadomości jest objaw zwany zwężeniem pola świadomości. Występuje on niekiedy nawet u ludzi zdrowych, ale opanowanych potężną emocją. W warunkach wojskowych stany takie obserwować można np. u żołnierzy będących w „szale bitewnym” lub ogarniętych paniką. Człowiek działający ze zwężonym polem świadomości poddaje się całkowicie jednemu prymitywnemu uczuciu (np. lęk, nienawiść, żądza, gniew) i wobec tego nastawia swoje dążenia wybitnie jednokierunkowo — na jego zaspokojenie, dając się bez reszty sterować tym uczuciem. Uwaga jego skupia się tak dalece na celu bezpośredniego działania, że spostrzega i śledzi tylko przedmiot swych dążeń. Podniety nie związane z celem tego dążenia przestają być percypowane. Tak więc ludzie ze zwężonym polem świadomości przestają odczuwać ból, zimno, nie reagują na niebezpieczeństwo, tracą orientację co do

miejsca, czasu i otoczenia, przestają krytycznie oceniać swoją sytuację. Obserwacja zarówno ich zachowania, jak i wypowiedzi wskazuje na tak wielkie zaabsorbowanie jedną ideą, że wszelkie uboczne podniety pozostają poza progiem świadomości. Po powrocie do normy okazuje się, że zazwyczaj tylko część wypadków bywa zanotowana w ich pamięci.

Do zaburzeń **ilościowych** świadomości zalicza się również te objawy, które przebiegają z obniżeniem jej natężenia. W zasadzie rozróżniamy tu, w zależności od głębokości zmian, 3 rodzaje tego typu zaburzeń: senność, półśpiączka, śpiączka.

Senność przypomina stan fizjologicznej senności, z tym że występuje ona w sytuacjach, które nie usprawiedliwiają potrzeby zaśnięcia. Chory ciągle drzemie, budzony jedynie silniejszym dźwiękiem lub innym bodźcem. Udaje się z nim nawiązać kontakt słowny. Odpowiedzi są na ogół dorzeczne, choć skąpe. Podczas rozmowy widać, że czyni on wysiłki, aby nie zasnąć, wystarczy jednak krótkotrwałe rozproszenie uwagi, by ponownie zapadł w sen. Usnąć może również np. w czasie jedzenia.

Półśpiączka polega na zupełnej nieprzytomności, z której można wyrwać chorego na chwilę wyłącznie za pomocą bardzo energetycznych bodźców (uderzenie, dźwięk gongu, silne szczypanie, drapanie gwoździem po podeszwie, bardzo zimny okład itp.). Tak obudzony jest w stanie dać co najwyżej kilka monosylabowych odpowiedzi, po czym znów „zasypia”. Niekiedy tylko jęk, stękanie, ruch obronny kończyną lub grymas twarzy mogą wskazywać na percypowanie silnych bodźców.

W śpiączce chory nie reaguje na żadne bodźce, nawet najsilniejsze. Życie jego przejawia się tylko za pomocą najistotniejszych czynności wegetatywnych, takich jak oddychanie, bicie serca i termoregulacja.

Półśpiączka i śpiączka kończą się całkowitą niepamięcią przebytego stanu. Wspomnienia tego, co przeżywane było w stanie senności, są zwykle bardzo mgliste i niepełne.

Ilościowe zaburzenia świadomości towarzyszą przeważnie chorobom układu nerwowego oraz ogólnoustrojowym zatruciom (np. samobójczym), guzom mózgu i innym temu podobnym uszkodzeniom ośrodkowego układu nerwowego.

Przykładem **jakościowych** zaburzeń świadomości może być bardzo rzadko występujący objaw przemiany (zmiany) osobowości. Widujemy go niekiedy w padaczce, w zespołach po urazie czaszki, w histerii. Polega on na nagłym przekształceniu się osobowości chorego w całkiem inną, nie związaną w ogólnym zarysie z dotychczasową sylwetką psychiczną danego człowieka. Stara osobowość zostaje ukryta w całkowitej niepamięci. Po

wystąpieniu przemiany osobowości chory może być zdolny do pracy w nowym zawodzie, podróżowania i wykonywania szeregu innych, bardzo złożonych, czynności.

Zazwyczaj nowa osobowość różni się skrajnie od starej, niekiedy wykazuje przestępcze właściwości. Jeżeli okresowo dochodzi do pojawiania się — na przemian — nowej, rozszczepiennej osobowości i pierwotnej (objaw **osobowości naprzemiennej**), to łączność pamięciowa wiąże przeżycia każdej osobowości z osobą, innymi słowy, jedna osobowość nie wie o istnieniu drugiej.

ZABURZENIA SPOSTRZEGANIA

Zaburzenia funkcji spostrzegania mogą mieć również charakter ilościowy i jakościowy. Do typowych zaburzeń ilościowych należą przede wszystkim objawy wzmożenia lub osłabienia czynności spostrzegania.

Ze **wzmocnieniem natężenia funkcji spostrzegania** spotykamy się nader często w nerwicach, zwłaszcza w neurastenii, kiedy to zbyt intensywne odbieranie bodźców słuchowych, wzrokowych, a także sygnałów z narządów ciała (serca, płuc, jelit itp.) doprowadza do niemożności usnięcia lub spokojnego kontynuowania rozmowy czy pracy. Także u ludzi z urojeniami prześladowczymi zdolność spostrzegania faktów, które skłonni są oni wiązać ze skierowaną przeciwko nim akcją, jest zadziwiająco duża. Na przykład chorzy nastawieni na to, że są śledzeni i podsłuchiwni, potrafią zauważyć i zapamiętać każdy gest, każdą minę osób, z którymi przypadkowo przejechali kilka przystanków tramwajem, spostrzegają i zapamiętują każde chrząknięcie i każdą krótkotrwałą przerwę w rozmowie z osobą, której się boją, notują sobie w pamięci każdy szelest za ścianą i każde przypadkowe spojrzenie spotkanych po drodze osób. Dzieje się tak dlatego, że w tych nic nie znaczących faktach dopatrują się knowań przeciwko sobie. W niektórych zatruciach (narkomanie i zatrucia przypadkowe) zwykle spostrzeżenia stają się bardziej intensywne (np. barwy przedmiotów są jaskrawsze), zapachy intensywniejsze, szmery przekształcają się w huki, słabe dotknięcie odczuwane jest boleśnie.

Oslabienie czynności spostrzegania występuje przede wszystkim u chorych depresyjnych. Twierdzą wtedy, że barwy wszystkich przedmiotów zmatowiały, kontury się zacierają, dźwięki dochodzą do ich uszu jakby z oddali, czucie bólu, dotyku jest znacznie mniej intensywne.

Zaburzenia jakościowe spostrzegania mają większe znaczenie praktyczne niż zaburzenia ilościowe. Należą do nich głównie

omamy i złudzenia. Zarówno omamy, jak i złudzenia mogą dotyczyć wszystkich naszych zmysłów. Rozróżniamy więc omamy i złudzenia: wzrokowe, węchowe, słuchowe, dotykowe, smakowe oraz tzw. ustrojowe, czyli dotyczące wrażeń dopływających z różnych narządów ustroju (serca, płuc, wątroby, stawów, mięśni, gruczołów itp.). O ile omamy występują wyłącznie u chorych psychicznie, o tyle złudzenia mogą zdarzyć się, w pewnych specjalnych sytuacjach, także u ludzi psychicznie zdrowych.

Przez **omam** (inaczej: **halucynacja**) rozumiemy objaw, polegający na spostrzeganiu rzeczy lub zjawisk w danej chwili, w rzeczywistości nie istniejących. Na przykład chory twierdzi z całym przekonaniem, że co wieczór słyszy głos swego ojca, mieszkającego aktualnie w odległości 500 km. Głos ten wydaje mu rozkazy, jak ma postępować w dniu jutrzejszym. Wiemy, że ojciec faktycznie istnieje i że mógłby dawać synowi odpowiednie wskazówki. Ponieważ jednak w danej chwili ojciec znajduje się w tak dużej odległości, że głos jego nie może być przez syna słyszany, nie ulega kwestii, że mamy tu do czynienia z omamem słuchowym.

Halucynacje mogą mieć bardzo konkretne formy lub mogą dotyczyć bardzo mało sprecyzowanych doznań. Na przykład chorzy mogą słyszeć wyraźnie głos znanej sobie osoby albo mogą odczuwać wrażenie, że słyszą bliżej nieokreślone dźwięki przypominające ludzką mowę; mogą oni widzieć ostro dobrze im znaną osobę albo też bliżej nie rozpoznane, zamazane kontury; mogą czuć wokół siebie zapach palonej siarki lub też nieokreśloną, nieprzyjemną woń.

Również lokalizacja omamu może być różna. Niekiedy chorzy z całą powagą stwierdzają, że słyszą głos spoza drzwi, ze swego brzucha, ze wskazówek zegara, a kiedy indziej nie potrafią określić źródła dźwięku. Omamy wzrokowe często mają inne proporcje niż ich wzorcowe oryginały, poza tym bywają szarobiałe lub kolorowe. Zdarza się, że chorzy widują słonie wielkości myszek lub koty o wymiarach lwa, fioletowe słońca, czarne liście na drzewach itd.

Omamy ustrojowe mogą być bardzo skomplikowane, np. chorzy mogą czuć, że są wbijani na pal, że ktoś odbywa z nimi stosunek piciowy, że się ich elektryzuje, przypala ogniem, że ktoś im zmienia zęby na inne itd.

Rodzajem omamów ustrojowych — ze strony mózgu, są **omamy przenoszenia myśli**. Osoby cierpiące na nie opowiadają, że odczuwają, iż inni ludzie kradną im myśli, narzucają własne my-

śli, „ugłośniają” ich myśli, oddziałując na nich w drodze hipnozy, telepatii czy „magnetyzmu”.

Chorzy bardzo różnie odnoszą się do przeżywanych omamów. Jedni są wobec nich obojętni, innych one denerwują i żenują, jeszcze inni przeżywają je bardzo intensywnie — z lękiem, gniewem, niepokojem. Niektórzy chętnie mówią o tym, co spostrzegają, inni przeżywają halucynacje skrycie i tylko z ich zachowania wynika, że mają omamy wzrokowe, słuchowe czy smakowe. Znane są wypadki dokonywania zabójstw lub samobójstw pod wpływem głosów nakazujących mord. Konieczną w rozpoznaniu omamu przesłanką jest stwierdzenie pełnego przekonania pacjenta o rzeczywistym istnieniu spostrzeganego zjawiska lub przedmiotu. Jak z tego widać, omamów nie da się usunąć argumentacją słowną, gdyż chory przeżywa je tak realistycznie, że nie wierzy nikomu, iż wrażenia, których doznał, mogły być fałszywe.

Złudzeniem (inaczej: iluzją) nazywamy objaw, polegający na opacznym spostrzeganiu rzeczy i zjawisk, w danej chwili rzeczywiście istniejących. Na przykład, chory bierze do ręki leżące na stole pióro, wkłada je sobie do ust, zapala i robi ruch wargami, jakby wciągał dym — wziął je za papierosa; albo: bierze do ust szklankę z wodą, próbuje — i wypływa z obrzydzeniem, twierdząc, że w szklance znajduje się mocz; albo słysząc odgłosy pisania na maszynie, pada na podłogę krzycząc — „uciekajmy, strzelają”.

Złudzenia występują niekiedy u ludzi zdrowych, będących pod wpływem silnej emocji, np. złodziej, oddalający się od miejsca kradzieży, zaczyna uciekać na widok strażaka, bo wziął go za milicjanta; ktoś bojący się napadu, krzак przydrożny bierze za bandytę i ucieka z krzykiem.

Podobnie jak w wypadku omamów, także i złudzenia rozpoznajemy tylko wtedy, gdy w chwili ich przeżywania dana osoba miała pełne przekonanie o rzeczywistym istnieniu spostrzeganego rzeczy lub zjawiska.

ZABURZENIA CZYNNOŚCI MYŚLOWYCH

Tego typu zaburzenia mają bardzo różnorodną postać. Dotyczyć mogą zarówno toku, jak i treści myślenia, mogą mieć charakter ilościowy lub jakościowy, przebiegają zarówno przy w pełni zachowanej świadomości, jak i przy świadomości zniesionej lub przymglonej; powstawać mogą pierwotnie, stanowiąc kanwę dla całej choroby, bądź też mogą wtórnie wynikać z rozwiniętą już chorobą psychiczną. Ilościowe zaburzenia toku myśle-

nia wyrażają się przede wszystkim w jego przyspieszeniu lub zwolnieniu.

Przyspieszenie toku myślowego typowe jest dla tzw. stanów maniakałnych różnej natury. W łagodny sposób zaznacza się ono po różnego rodzaju używkach, jak kawa, mocna herbata, niewielka ilość alkoholu, amfetaminy itp. Podstawowym jego przejawem jest przyspieszenie, niejako ułatwienie akcji kojarzenia. Jeśli zjawisko to nie przekracza pewnych granic, może być nawet korzystne. Jeżeli jednak granice te zostaną przekroczone, wątek myśli rwie się, pacjent przeskakuje z tematu na temat, występuje objaw zwany **gonitwą myśli**. Porozumienie z chorym jest wtedy trudne, gdyż w rozmowie nie tylko zalewa nas potokiem nie zawsze powiązanych w sensowną całość słów, ale i rezonuje, jest pewny siebie, bezkrytyczny.

Zwolnienie toku myślowego jest odwrotnością objawu omówionego powyżej. W klasycznej swej formie towarzyszy zwykle depresjom różnego pochodzenia: często występuje również u osób z poważniejszym organicznym uszkodzeniem mózgu i w padaczkach. Chorzy mówią powoli, odpowiadają z opóźnieniem, skarżą się na brak słów i brak impulsu do mówienia.

Inną formą ilościowych zaburzeń w myśleniu jest **patologiczna dokładność myślenia**. Polega ona na bezpłodnym, nie kończącym się mędrkowaniu, rozważaniu czy dokonać jakiegoś czynu, czy nie, wyszukiwaniu wszystkich teoretycznie możliwych trudności i niebezpieczeństw, jakie się z tym czynem wiążą, gubieniu się w nieistotnych szczegółach, psychicznym „dreptaniu w miejscu”, bez odważenia się na powzięcie końcowej decyzji.

U niektórych psychopatów, zwłaszcza młodocianych, spotkać można się z objawem noszącym łaciński termin **pseudologia phantastica (mitomania)**. Osobnicy ci, kierując się żądzą imponowania otoczeniu, a niekiedy także chęcią łatwego urzędnienia się w życiu, wymyślają o sobie jakąś fantastyczną historię i w barwny sposób opowiadają ją naokoło. Podają się więc np. za zaginione dziecko jakiegoś monarchy, za jedyne go spadkobiercę pewnego milionera, za bogatego cudzoziemca, będącego przejazdem w tutejszych stronach, za dawnego działacza politycznego, który tylko przez skromność nie rozgłasza, jakie to miał w przeszłości wpływy i znaczenie itp. Wypytywani — w związku ze swymi wypowiedziami — o bliższe szczegóły, snują bez ograniczeń fantastyczne zwierzenia, mające podnieść ich prestiż w oczach słuchaczy.

Bardziej krytyczne otoczenie wkrótce bez trudu orientuje się, że ma do czynienia z łgarzem, ponieważ nawet najbardziej utalentowani „pseudolodzy” płaczą się wreszcie w swoich wypowiedziach.

dziach, zapominają, co mówili uprzednio, a rozzuchwaleni dawa-
niem im wiary, puszczają wodze najbujniejszej fantazji. Wy-
kazują zwykle przy tym tak daleko posunięty tupet i aktywność,
że w końcu trafiają w ręce władz sądowych. W zasadzie osoby
dotknięte zaburzeniem pseudologia phantastica mają świadomo-
ść, że kłamią, aczkolwiek w niektórych wypadkach, zwłaszcza
po kilku latach podszywania się pod wytworzoną w swej fan-
tazji osobowość, mogą zacząć wierzyć, że są kimś innym, niż
w rzeczywistości, i że opisywane sytuacje i fakty istotnie miały
miejsce.

Ilościowym zaburzeniom ulega także krytycyzm. Spotykamy
chorych z osłabionym lub zaostrozonym krytycyzmem. Oba te
zjawiska mogą dotyczyć wszystkich zdarzeń i faktów, lub tyl-
ko niektórych. Najczęściej spotykamy się z **osłabieniem kryty-
cyzmu** wyłącznie w odniesieniu do odczuwanych przez chorego
objawów psychotycznych (omamów, urojeń). Na przykład cho-
ry utrzymuje, że już od 6 lat żona truje go systematycznie, do-
sypując codziennie arszeniku do śniadania, obiadu i kolacji.
Nonsens takiej sytuacji jest dla niego niepoznawalny, mimo że
do wszelkich innych zagadnień życiowych odnosi się z pełnym
krytycyzmem. Jest to objaw jednostronnego osłabienia kryty-
cyzmu.

W psychozach będących następstwem ciężkiego, organicznego
uszkodzenia mózgu (psychozy starcze, miażdżycowe, pourazowe,
kilowe itp.) bardzo często obserwujemy osłabienie krytycyzmu
w ogóle. Przejawia się to w naiwnych sądach, niemożności roz-
różnienia spraw nieistotnych od spraw ważnych, w ocenianiu
sytuacji poprzez pryzmat swoich życzeń, w braku obiektywnego
sądu o własnej chorobie itd. Na przykład chory, który badany
przed chwilą nie potrafi dodać 7 do 5, utrzymuje, że gdyby go
wypisano ze szpitala, mógłby od razu wrócić na poprzednie sta-
nowisko głównego księgowego, że czuje się w pełni zdrowy,
a trzymany jest w tutejszym szpitalu z powodu nadmiernej
troskliwości żony.

Nadmierny krytycyzm wobec otoczenia wykazują niektórzy
psychopaci oraz chorzy z zespołami urojeniowymi.

Do najważniejszych jakościowych zaburzeń czynności myślo-
wych należy **urojenie**. Objaw ten odgrywa w psychopatologii
zasadniczą rolę, ponieważ właśnie on w najistotniejszy sposób
nadaje piętno chorobie psychicznej.

Urojeniem nazywamy objaw, polegający na pojawieniu
się wewnętrznego przekonania o niezwyklej
sile, nie opartego ani na żadnych obiektyw-
nych danych, ani na zwykłej pomyłce, i nie

ustępującego wobec najbardziej nawet rzeczowej i przekonującej argumentacji. Szczególnie ostatni człon definicji ma bardzo istotne znaczenie, ponieważ każe pamiętać, że wszelkie psychologiczne (psychoterapeutyczne) zabiegi wobec chorych z urojeniami należy traktować jako stratę czasu. Urojenia ustępują — razem z całą chorobą — wyłącznie pod wpływem leczenia odpowiednimi środkami chemicznymi.

Odróżniamy urojenia: wielkościowe, samoponiżenia, prześladowcze, odnoszące. Wszystkie mogą być tak absurdalne, że każdy zorientuje się, że są wypowiedziami chorego psychicznie. Niekiedy jednak można spotkać się z urojeniami noszącymi tak dużo cech prawdopodobieństwa, że nawet specjaliście trudno się zorientować, czy czasem pacjent nie ma racji. Łatwo jest rozpoznać urojenia wielkościowe, np. gdy pacjent twierdzi, że jest królem Eskimosów i ma do dyspozycji miliardy złotych rocznie, że serce jego jest zrobione z wielkiego rubinu, a nerki ma zawieszone na złotych łańcuszkach. Rozpoznanie jednak jest trudniejsze, gdy np. znany inżynier twierdzi, że wynalazł genialną maszynę do ogrzewania zimną wodą i gdy przedstawia na to fachowo wykonaną dokumentację.

Przykładem łatwych do rozpoznania **urojeń prześladowczych** jest głoszone często przez chorych twierdzenie, że są prześladowani przez bandę nieprzyjaciół, którzy otaczają ich zewsząd agentami, zakładają u nich w domu aparaty podsłuchowe, nadają im przez radio specjalne komunikaty, naświetlają ich z odległości promieniami Roentgena itp. Natomiast trudne do rozpoznania są zazwyczaj urojenia prześladowcze typu urojeń niewiary małżeńskiej (występujące szczególnie często w przewlekłym alkoholizmie), zwłaszcza jeżeli warunki domowe sprzyjają zdradzie.

O **urojeniach samoponiżenia** mówimy wtedy, gdy chory jest przekonany o swojej biedzie, mimo iż powodzi mu się całkiem dobrze, o swojej grzeszności, wiecznym potępieniu itd. Do skrajnie absurdalnych urojeń samoponiżenia należą tzw. urojenia choroby (hipochondryczne). Na przykład pacjent twierdzi, że wątroba mu zgniła, żółć „wylewa się do płuc”, serce toczą robaki itp.

Urojenia „odnoszące” (inaczej: „ksobne”) polegają na tym, że wszystko, co się wokół chorego dzieje, odnosi on do własnej osoby („k sobie”). Na przykład, jadąc tramwajem jest przekonany, że wszyscy mówią tylko o nim; czytając artykuł o głośnym zbrodniarzu, lęka się, ponieważ jest pewien, że w ten sposób

prokuratura daje mu do zrozumienia, iż to on może być tym zbrodniarzem itp.

Urojenia różnią się między sobą nie tylko treścią, ale i stałością oraz rolą, jaką odgrywają w życiu chorego. Niektóre z nich są bardzo trwałe i utrzymują się z jednakową mocą przez szereg lat, inne pojawiają się na krótki okres czasu i znikają, a na ich miejsce pojawiają się inne. Stosunek pacjenta do nich bywa bardzo różny. Niekiedy wypowiadają je chętnie przy każdej okazji (dotyczy to zwłaszcza urojeń wielkościowych i samoponiżenia), inni skrzętnie kryją się z nimi, a **wypytywani** o nie, kategoriycznie przeczą ich istnieniu¹.

Desymulowane urojenia są z wielu powodów bardzo niebezpieczne, między innymi dlatego, że po pierwsze, opóźniają rozpoznanie choroby i ewentualność wyleczenia, a po drugie, czynią chorego niebezpiecznym dla otoczenia; może on przez pewien czas ukrywać urojeniowo wrogie nastawienie do jakiejś osoby, aby nagle odkryć je w formie agresji słownej lub fizycznej. Urojenia mają u chorego bardzo różnorodną interpretację. Niektórzy bardzo się nimi przejmują i bardzo je przeżywają, inni są wobec nich całkiem obojętni i mogą mówić bez zabarwienia uczuciowego o strasznych prześladowaniach, których doznają, o ciężkich chorobach, które ich toczą, albo o wielkich zaszczytach, które ich spotykają. Mogą np. twierdzić, że są panami wszechświata, a jednocześnie godzić się na sprzątanie sali pod komendą pielęgniarki.

Urojenia różnego typu mogą współistnieć ze sobą — np. wielkościowe z prześladowczymi, odnoszące z samoponiżeniami; w zasadzie wielkościowe wykluczają samoponiżenia, i odwrotnie.

Urojenia, które: 1) mają cechy prawdopodobieństwa, 2) mają tendencje do łączenia się w pewien logicznie powiązany system, 3) są konsekwentnie wypowiadane przez całe lata, przy czym ich treść się raczej stale wzbogaca, 4) występują u osób o żywych reakcjach uczuciowych i dobrze zachowanej osobowości — noszą nazwę **paranoicznych**.

Urojenia, które: 1) są mało prawdopodobne, 2) powiązania między nimi są dalekie od logicznej zwartości i konsekwencji, 3) wypowiadane są bez dostosowanego do ich treści ładunku uczuciowego, 4) występują na tle wyraźnie rozpadłej osobowości — noszą nazwę **paranoidalnych**.

Urojenia paranoiczne typowe są dla choroby psychicznej zwa-

¹ Objaw celowego ukrywania urojeń i innych objawów chorobowych przed otoczeniem nazywa się **desymulacją**, w odróżnieniu od **symulacji**, która polega na wymyślaniu objawów nie istniejących, oraz **agrawacji**, polegającej na wyolbrzymianiu dolegliwości istniejących.

nej obłądem (paranoja), paranoidalne zaś dla schizofrenii. Przykłady tych urojeń podane są w opisie wymienionych jednostek chorobowych.

Ciekawym i dość często spotykanym zjawiskiem jest tzw. **indukcja urojeń**. Występuje ona zwykle w rodzinach lub środowisku ludzi ściśle współżyjących ze sobą, kiedy zachoruje psychicznie osoba, którą reszta otoczenia otacza szacunkiem, z którą to otoczenie bardzo się liczy lub jej podlega. W tych wypadkach zdarza się, że całe najbliższe otoczenie zaczyna wypowiadać z pełnym przekonaniem takie same urojenia. Wezwany lekarz psychiatra staje wtedy w bardzo kłopotliwej sytuacji, gdyż musi umieścić w szpitalu jednocześnie kilka osób z tego samego środowiska (niekiedy całą rodzinę). Sprawa wyjaśnia się zwykle w ciągu 2—3 dni, gdyż jeśli chorego indukującego oddzieli się od osób indukowanych, a i te ostatnie również rozdzieli się, to ich urojenia ustępują, natomiast u tego pierwszego pozostają.

Urojenia, jako kluczowy objaw zaburzeń psychicznych, istnieją oczywiście tak długo, jak długo istnieją choroby psychiczne, to znaczy prawdopodobnie tak długo, jak długo istnieje człowiek. Jednakże w miarę rozwoju ludzkości, w miarę zmieniania się warunków bytowania, zmieniała się również treść urojeń, będąca czułym wykładnikiem zachodzących przemian społecznych. I tak np. urojenia wielkościowe istniały zawsze, ale w dawnych czasach chorzy twierdzili, że są królami, cesarzami, wodzami, milionerami, Napoleonem, Cezarem, Chrystusem, Mahometem itd. Obecnie twierdzą, że są np.: utalentowanymi sportowcami, zdobywcami kosmosu, ministrami, wybitnymi osobistościami państwowymi. Wśród urojeń prześladowczych zdarzają się w dzisiejszych czasach nagminne skargi na naświetlanie na odległość promieniami X, obserwację za pomocą nadajników telewizyjnych, nagrywanie myśli na magnetofon albo nawet gwałt seksualny za pomocą fal ultrakrótkich (!). Urojenia o tej treści nie zdarzały się oczywiście 50 lat temu, chociaż ogólny opis urojeń jako takich znajdujemy już w Biblii (król Saul, Nabuchodonozor) i w starohinduskich księgach Wedy.

Zaburzeniami psychicznymi zbliżonymi w swej strukturze do urojeń są **natręctwa** (inaczej **obsesje**).

Natręctwem nazywamy objaw polegający na zaburzeniu prawidłowego toku myślenia na skutek wtargnięcia do świadomości takich myśli, które całkowicie opanowują chorego wbrew jego woli i uporczywie powracają, mimo wszelkich wysiłków uwolnienia się od nich i mimo wy-

rażnego pojmowania ich zbyteczności i bezsensowności.

Należy podkreślić, że w odróżnieniu od urojeń — chorzy w odniesieniu do natrętw są w pełni krytyczni, a zatem doskonale pojmują, że myśli, które ich zamęczają, mają charakter choroby psychicznej. Natrętwia występują głównie w nerwicach, zdarzać się mogą jednak również i w psychozach. Natrętwia mogą dotyczyć wyłącznie obszaru myślowego lub mogą obejmować także przymus dokonywania pewnych czynności. W tym wypadku mówimy o natrętwach ruchowych (czynnościach natrętnych). Myśli natrętne, polegające na powtarzającej się stale obawie, nazywamy **fobiami**.

Przykładem natrętwia jest np. ciągle powracanie myśli: „czy na pewno zakręciłem kurek od kuchenki gazowej?” Chorzy z myślą natrętną tego typu nie mogą zasnąć, ponieważ co kilkanaście minut przez całą noc sprawdzają, w jakim stanie są przewody gazowe, mimo że zdają sobie sprawę, że jest to bez sensu. Ludzie, którzy mają natrętwia, że ręce ich są nieczyste, myją je całymi godzinami zamiast pracować, uczyć się lub spać. Dla osób religijnych szczególnie męczące są np. uporczywe wyobrażenia o życiu płciowym osób, będących przedmiotem ich kultu.

Przykładem natrętw ruchowych jest m.in. przymus dotykania wszelkich przedmiotów metalowych w pomieszczeniu, w którym się dana osoba znajduje, liczenie przez dotykanie ręką słupów w ogrodzeniach itp.

A oto najczęściej występujące fobie: **agorafobia** — lęk otwartej przestrzeni. Osoby dotknięte tą fobią nie mogą przechodzić przez otwartą przestrzeń (np. plac lub nawet dużą salę) i przemykają się, jak szczury, zawsze pod murami; **claustrofobia** — lęk zamkniętej przestrzeni. Ludzie z tym natrętwem wykazują strach, skoro zamknie ich się w jakimś pomieszczeniu; nie pozwalają im to np. chodzić do kina, teatru; **dromofobia** — lęk przed podróżowaniem, np. samochodem; **erytofobia** — lęk przed zaczerwienieniem się w towarzystwie; **syfilidofobia** — lęk przed zarażeniem się syfilisem lub chorobą weneryczną w ogóle.

Zupełnie innym rodzajem zaburzeń czynności myślenia niż natrętwia i urojenia są zaburzenia kojarzeń. Szczególnie często obserwujemy je w schizofrenii. Chory przestaje kojarzyć słowa w zdania, a zdania w całościową wypowiedź, według ustalonych zasad logiki i gramatyki, natomiast zaczyna wiązać je zależnie od przypadkowego dźwięku lub rymu albo według niezrozumiałej dla innych własnej logiki, nie liczącej się z ogólnie przy-

jętymi zasadami. Wypowiadanie bezsensownych słów, powiązanych ze sobą na zasadzie rymu lub rytmu nazywa się **werbigeracją**. Jeżeli chory wypowiada dziwaczne słowa o sobie tylko znanym znaczeniu, mówimy, że tworzy **neologizmy**. Jeżeli wypowiedzi jego w ogóle nie możemy pojąć, mówimy, że jest on człowiekiem całkowicie **rozkojarzonym**. Gdy mowa składa się z szeregu zupełnie „porwanych” słów, bez żadnego sensownego związku, wypowiedź taką nazywamy „**sałatką słowną**”.

Niekiedy chorzy rozkojarzeni mówią, że mają natłok jakby narzucanych im myśli, które zmuszeni są bez żadnej kontroli wypowiadać (**mantyzm**). Niekiedy wypowiedzi chorych nagle się rwą, co jest przez nich określane, że „myśli im gdzieś uciekły”; po chwili jednak kontynuują rozmowę. Objaw ten nazywa się **otamowaniem**.

Rozmowa z osobą rozkojarzoną jest bardzo trudna, gdyż chory odpowiada niedorzecznie. Wydaje się, jakby mówił nie ze swoim rozmówcą. Notujemy, że „odpowiada mimo”. Ponieważ wyjaśnienie zaburzenia kojarzeń jest trudne, podaję przykłady wyjęte z książki M. Bornsztajna, *Wstęp do psychiatrii klinicznej*².

Przykład I (sałatka słowna, werbigeracja): Pacjent mówi: „Dziękuję — nie chcę pisać — ja wiem wszystko — wyjść z tego nie wolno — zabić kogoś tym — jak doktorzy stoją, jak tylko raz otworzy drzwi, to będzie dobrze. Beschluss von Gott — siedemnaście miesięcy jestem w szpitalu — po co są kajdany — anschluss — banschluss. Frydman (nazwisko przeczytane w gazecie leżącej na stole) to nic nie warte — ja tego pana nie znam — pieniędzy nic nie warte — rychtyg to jest — ja się nie boję — jak to zrobić — to nic nie warte — dwa jest osobno, jeden to jest trzy — musimy to zrobić — to jest najlepsze itd.”.

Przykład II (neologizmy, dziwaczna składnia — wyjątki z listu). „Leceważąc napiętnuję wszystkie szkalowane szubrawstwa, które pan w ciągu całego roku nadużył. Tylko potępić takowe bez moralnego hamulca warcholcze gaudium skolportowane przez permanentnego kauzuperdę — persona grata, formującego intrygancką maskę na kastrowaną śmierć. Wytrzebię z kretesem takową domorosłą rozpasłą profesję, nie licującą się z żadną etyczną maksymą, by przechernie bez panewcy w poprzek wybatożyć samowładne atrybucję. Definitywnie unieważniam ów skorbut, szmirażujący majestat autorytatywnych przywilegii, przez inkwizytorski asumpt demolujące formalny pakt samorządnej egzekucji.

Bez gwarantujących szans ciemniżył mnie pan li tylko z dwulicową maską obrachowaną, by wstrząsnąć umysłem, udruzgotać wycieńczony kuglarstwem organizm i co główna par force zgładzić ze świata...

² M. Bornsztajn, *Wstęp do psychiatrii klinicznej*, Warszawa 1948, s. 215, 218, 219.

Spekulował pan, aby szykanerskim rajfurstwem zamydlić mi oczy i hańbieńnie brutalizować moją samowładzę. A więc coś więcej zdziałał pasyżny szlifibruk, boksujący się z Bogu winną jasnowidzącą osobą, jeśli rozzuchwalił się niesławić cześć, godność, honor majorytetu sankcji hieroglifów obligacyjnych, jak śmiał zdeprawować abstrakcyjną kobietę wszechbytu?"

ZABURZENIA PAMIĘCI

W zasadzie obchodzą nas wyłącznie objawy osłabienia pamięci. Jak wiadomo, zdarzają się również przypadki nadmiernej pamięci, ale dla psychopatologii nie ma to większego praktycznego znaczenia.

Oslabienie może dotyczyć wszystkich trzech rodzajów pamięci lub tylko jednego z nich. Rzeczywiste obniżenie pamięci właściwej (czyli zmagazynowanej) świadczy zawsze o poważnym (organicznym) uszkodzeniu mózgu i występuje przede wszystkim w takich chorobach, jak: psychozy starcze, porażenia postępujące, miażdżyca mózgu, otępienie pourazowe, otępienie po ciężkich zatruciach oraz stanach zapalnych mózgu, guzy mózgu. W cięższych przypadkach chorzy zapominają nawet, jak się nazywają, gdzie mieszkają, kiedy się urodzili, w lżejszych — raczej tylko wiadomości nabyte w szkole oraz dane o znaczeniu ogólnym (daty historyczne, ogólnie znane nazwiska itp.).

Oslabienie zdolności zapamiętywania i zdolności odtwarzania, czyli reprodukcji, zdarza się w nerwicach, różnych stanach napięcia emocjonalnego, czynnościowych zaburzeniach pochodzenia intoksykacyjnego itp. O ile poważniejsze upośledzenie pamięci właściwej jest zwykle nie do naprawienia, o tyle zmiany ze strony pozostałych form pamięci są z reguły odwracalne.

Szczególną postacią zaburzeń pamięci jest tzw. **niepamięć (amnezja)**. Polega ona na nagłym pojawieniu się luki w pamięci właściwej, dotyczącej albo pewnej treści, albo pewnego okresu czasu.

Ta pierwsza forma niepamięci zdarza się na ogół rzadko, przeważnie w histerii. Chory nie potrafi odtworzyć z pamięci wydarzeń, odnoszących się do pewnych faktów lub osób, mimo że w okresie, kiedy te wydarzenia miały miejsce, był on w pełni świadomości. Chodzi tu o pewną patologiczną „cenzurę” emocjonalną, która wzbrania rozważać rzeczy traumatyzujące psychikę.

Niepamięć pewnych okresów czasu zdarza się niewspółmiernie częściej. Dotyczy ona tych przeżyć, które miały miejsce w stanie utraty świadomości (np. w półśpiączce, śpiączce, omdleniu). Po urazach czaszki występuje często tzw. **niepamięć wsteczna**

oraz **niepamięć następcza (następowa)**. Pierwsza polega na tym, że zapomnieniu ulega okres bezpośrednio poprzedzający utratę przytomności, a druga, że zapomnieniu ulega okres bezpośrednio po ustąpieniu utraty przytomności.

Poważniejszym zaburzeniom pamięci towarzyszą zwykle zaburzenia orientacji co do miejsca, czasu, otoczenia, a nawet własnej osoby.

ZABURZENIA ŻYCIA UCZUCIOWEGO

Ocena, w którym miejscu zaczyna się patologia, a w którym jeszcze jej nie ma, jest szczególnie trudna tam, gdzie w grę wchodzi sfera emocjonalno-popędowa. Zupełnie zdrowi ludzie wykazują często bardzo duże wahania emocji, afektów, nastroju. Na chorobę w zasadzie wskazuje nie tyle głębokość obserwowanych odchyłeń od przeciętnej normy, ile przedłużający się czas ich trwania oraz bezzasadność ich pojawiania się.

Smutek, przygnębienie, złe samopoczucie, o ile występują z dużą siłą, a zwłaszcza utrzymują się bardzo długo, określane są mianem depresji. Chory wykazuje w tych przypadkach wszelkie zewnętrzne objawy głębokiego smutku, wypowiada się pesymistycznie, unika kontaktu z ludźmi. W zasadzie rzadko spotkać można depresję w postaci izolowanego objawu. Zwykle towarzyszą jej różne zaburzenia, zarówno ze strony życia uczuciowego (np. lęk), jak i innych części psychiki. Dlatego przeważnie mówiąc „depresja”, myślimy raczej o zespole depresyjnym, który opisany jest dalej.

Odwrotnością depresji jest **objaw wzmożonego samopoczucia (egzaltacja)**. Polega on na rozwinięciu się u chorego daleko posuniętego optymizmu, dobrego nastroju i przekonania o swoich nieograniczonych możliwościach życiowych. Objaw ten rzadko występuje sam, przeważnie jest kluczowym składnikiem stanu maniakalnego, opisanego dalej.

Typowa dla chorych z rozległym uszkodzeniem mózgu jest **chwiejność uczuciowa**, która polega na bardzo łatwym przechodzeniu z jednego skrajnego stanu uczuciowego w drugi, np. z głębokiego smutku, w wielką wesołość. Wystarczy mała dygresja w rozmowie, rozproszenie uwagi, dowcipna uwaga, aby pacjent zapłakany, skrajnie przygnębiony, objawiał nagle beztroski humor.

W niektórych chorobach psychicznych spotkać się można z objawem jednoczesnego przeżywania dwóch przeciwstawnych uczuć (**ambiwalencja**), np. miłości i nienawiści, radości i rozpaczy, bólu i przyjemności, obrzydzenia i pożądania. Prawdopo-

dobnie współistnienie sprzecznych uczuć leży u podstaw innych dziwacznych objawów, takich jak: wyskubywanie kawałków własnego ciała, pożeranie własnych odchodów, dokonywanie z wyraźną uciechą samouszkodzeń itd.

Bardzo często spotykanym objawem psychopatologicznym jest **drażliwość**, polegająca na niekontrolowaniu rozumem reakcji uczuciowych. Prowadzi to do stałego rozdrażnienia, niepokoju, wybuchów gniewu, lęku, niekiedy zdecydowanej agresji. W padaczkę i u niektórych psychopatów obok drażliwości może występować inny objaw zwany ogólnie **afektem przetrwałym**, kiedy to jakiś afekt trwa nieproporcjonalnie długo. Chorzy z afektem przetrwałym są bardzo uciążliwi, ponieważ nie można się od nich oderwać, gdy starają się do nas przymilić lub nas o czymś przekonać, a w gniewie nie sposób ich uspokoić.

W niektórych chorobach psychicznych dochodzi do procesu odwrotnego od tych, które opisane zostały dotychczas. Do tej pory mowa była o ilościowym wzmożeniu pewnych fizjologicznych przejawów życia uczuciowego. Wschizofrenii oraz niektórych psychozach organicznych, a także u niektórych psychopatów i niedorozwiniętych, możemy spotkać się z częściowym lub prawie całkowitym zahamowaniem, a nawet zanikiem uczuć. Objawy, które określają ten stan rzeczy, to przede wszystkim **apatia** i **stępienie uczuciowe**.

W **apatii** chorzy skarżą się na zubożenie uczuciowe i zanik energii. Przestają interesować się tym, co ich dawniej żywo absorbowało. Nie wykazują ani smutku, ani wesołości, unikają kontaktów z ludźmi, ich zdolność produkcyjna obniża się.

Stępienie uczuciowe jest jednym z podstawowych objawów schizofrenii i pociąga za sobą dużo głębsze zmiany w sferze emocji i popędów. W stępieniu uczuciowym dochodzi do stopniowego, istotnego zanikania uczuć, najpierw wyższych, później także niższych, rezultatem czego jest wyraźna zmiana osobowości. Ludzie, którzy przed zachorowaniem byli pełni ambicji, wrażliwi na piękno, przejawiali uczucia rodzinne, społeczne i ogólnoludzkie, prowadzili aktywny tryb życia — w miarę rozwijania się stępienia uczuciowego zaniechują rodzinę, robią się nieczuli na podniety estetyczne, obojętnieją w stosunku do swych obowiązków zawodowych i społecznych, przestają dbać o swój ubiór i czystość osobistą. Deklasują się społecznie i wyraźnie degradują się moralnie.

Jednym z najważniejszych w psychopatologii objawów jest **lęk**. W wielu wypadkach leży on u podstaw całego skomplikowanego obrazu chorobowego. Lęk jest zresztą objawem spotykanym nader często w chorobach nie mających nic wspólnego z psy-

chiatriczną (wewnętrznych, skórnych, oczu itd), a poza tym odgrywa dużą rolę w fizjologii i psychologii człowieka. Fakt, że proces wychowania człowieka opiera się w dużej mierze na umiejętnym stosowaniu lęku (w różnych postaciach), nie jest dostatecznie uświadomiony.

O lęku jako objawie psychopatologicznym mówimy, gdy pojawia się on bez istotnej przyczyny (endogennie) lub gdy wystąpienie jego jest uzasadnione, ale natężenie zbyt wielkie lub czas trwania przedłuża się ponad wszelką normę. Lęk może występować w postaci ogólnego stanu manifestującego się przejawami strachu, zarówno w wyglądzie, jak i wypowiedziach chorego, bądź to pod postacią lęków, ograniczonych wyłącznie do pewnych sytuacji lub przedmiotów (fobie), bądź jako zamaskowane objawy kliniczne, co do których pacjent w ogóle nie zdaje sobie sprawy, że mają cokolwiek wspólnego z lękiem (porażenie w histerii, bóle głowy, wysypki na skórze, wrzód żołądka itp.).

Lęk rzadko występuje jako jedyny objaw chorobowy, nawet w nerwicy, która nosi nazwę nerwicy lękowej. Przeważnie towarzyszy depresji, urojeniom odnoszącym, prześladowczym i samoponiżeniom oraz omamom o treści nieprzyjemnych dla chorego symptomów nerwicznych.

Ze względu na niezwykle znaczenie tego objawu dla kształtowania się osobowości człowieka, poświęcimy mu specjalny rozdział.

ZABURZENIA NAPĘDU PSYCHORUCHOWEGO (SFERA WOLI, DĄŻEŃ I DZIAŁANIA)

Zaburzenia najczęściej spotykane w tej sferze psychiki dotyczą zmian w napędzie psychoruchowym, odchylen w zakresie ulegania sugestii oraz odmiennego przebiegu działań dowolnych.

W dziedzinie napędu psychoruchowego spotkać się możemy ze stanem pobudzenia psychoruchowego lub — odwrotnie — z różnymi stopniami zahamowania psychoruchowego.

Pobudzenie psychoruchowe przebiega różnie, w zależności od podstawowej choroby. W stanie maniakalnym chorzy podnieceni psychoruchowo stają się gadatliwi, głośni, beczelni, kłótlivi, skłonni do bitki, pobudzeni erotycznie, rozpoczynają coraz to nową pracę lub akcję, których nie kończą. Jeśli natrafią na bezkompromisowy opór, podniecają się tak dalece, że niszczą i demolują wszystko wokół siebie. Świadomość i pamięć czynów jest zachowana. Podniecenie to może trwać tygodniami, a nawet miesiącami.

U pobudliwych psychopatów podniecenie psychoruchowe może rozwinąć się nagle, pod wpływem jakiegoś przykrego przeży-

cia, przy czym dochodzi zwykle do ostrej agresji. Niekiedy pobudzenie przebiega w formie tzw. **patologicznego afektu**, a wtedy świadomość zostaje przymroczona lub zniesiona. Chorzy w tym stanie są bardzo groźni dla otoczenia, ale napad trwa krótko — minuty lub co najwyżej godziny. Podobne stany widuje się u epileptyków, są one wtedy z reguły długotrwałe i trudniejsze do opanowania. W schizofrenii katatonicznej występują stany podniecenia katatonicznego, które różnią się od innych tym, że chory nie wychodzi poza „zaczarowany krąg” miejsca, w którym się znajduje (np. z łóżka). Ruchy i wypowiedzi są często stereotypowe, np. chory powtarza wciąż to samo zdanie i automatycznym ruchem rwie sobie włosy z głowy. W tego typu podnieceniu chorzy bywają bardzo groźni dla siebie — wyrywają sobie kawałki ciała, wydłubują oczy itp.

Odwrotnością stanu podniecenia jest **stupor**, czyli **osłupienie**, polegające na całkowitym zahamowaniu ruchów chorego, który zastyga w jednej pozycji. Osłupienie obserwuje się najczęściej w przebiegu schizofrenii katatonicznej. Zdarza się także w psychozach reaktywnych lub w ciężkiej depresji. Chorzy w osłupieniu przestają jeść, mówić, często nawet zanieczyszczają się. Ponieważ osłupienie może trwać miesiącami, a nawet latami, pacjenci zostawieni sami sobie, zmarliby z głodu.

Podatność na sugestie podlega dużym wahaniom także u ludzi zdrowych i w zasadzie siła jej jest odwrotnie proporcjonalna do krytycyzmu. Ludzie mało krytyczni łatwiej ulegają sugestii. Dlatego niedorozwinięci oraz chorzy z organicznym uszkodzeniem mózgu są bardziej podatni na nakazy, sugestie niż inni. Zjawisko to bywa wykorzystywane w środowiskach przestępczych, gdzie sprytni recydywiści namawiają do współpracy albo do wykonywania — „na zlecenie” — czynów przestępczych czy nierządu osoby niedorozwinięte lub infantylnie.

Wybitną podatnością na sugestie odznaczają się histerycy, u których pod wpływem bodźców słownych lub własnych myśli może dochodzić do porażek kończyn, zniesienia: uczucia bólu, odczuwania temperatury i reakcji na dotyk; uruchomienia różnych skomplikowanych reakcji vegetatywnych, utraty mowy, wzroku, słuchu itp. Najdalej posuniętą podatność na sugestie obserwujemy jednak w zespole katatonicznym, w którym wystąpić mogą takie objawy, jak: **automatyczna uległość rozkazom**, **echolalia**, **echopraksja** lub **katalepsja**.

Automatyczna uległość rozkazom polega na bezwzględnym wykonywaniu przez chorego wszystkich nakazów, nawet dlań niebezpiecznych.

Echolalia polega na automatycznym powtarzaniu wszelkich

słów, które chory słyszy wokół siebie, a **echopraksja** — na naśladowaniu ruchów innych ludzi, którzy znajdują się w najbliższym sąsiedztwie.

Katalepsja nazywamy objaw następujący: chory daje się bezwolnie ustawić w dowolnej pozycji i trwa w niej tak długo, dopóki eksperymentujący jej nie zmieni. Nawet w bardzo niewygodnej pozycji chorzy potrafią trwać długo (np. stać na jednej nodze, z wyciągniętymi kończynami górnymi, przez kilka godzin).

Obniżona podatność na sugestie przejawia się głównie negatywizmem. Rozróżniamy negatywizm czynny i bierny. **Negatywizm bierny** polega na niespełnianiu poleceń lekarza, przy czym postawa pacjenta wykazuje całkowitą obojętność wobec nakazów, tak jakby ich w ogóle nie było. **Negatywizm czynny** polega na wykonywaniu poleceń w sposób odwrotny. Np. gdy mówimy „witam pana” i wyciągamy do chorego dłoń, ten zdecydowanym ruchem chowa prawą rękę za siebie.

Zaburzenia w przebiegu działań dowolnych typowe są dla schizofrenii. Należy tu wymienić przede wszystkim **stereotypie** oraz **dziwaczność zachowania się**.

Stereotypie polegają na wielokrotnym powtarzaniu tego samego ruchu — np. rytmicznego kiwania głową, tułowiem, wykonywania napadowo dziwaczego grymasu twarzy lub gestu. **Dziwaczność zachowania** przejawia się w celebrowaniu niezwykłych póz i gestów, przedziwnym chodem, ekscentrycznym ubiorem i zachowaniem się, pismem pełnym cudacznych ozdobników, dziwacznym wykonywaniem prostych, codziennych czynności, takich jak jedzenie, chodzenie po schodach itd. Chorzy zachowują się jak kiepscy, zmanierowani aktorzy, ich zachowanie uderza sztucznością i „udziwnieniem”.

2. ZESPOŁY PSYCHOPATOLOGICZNE

Doświadczenie wykazuje, że w wielu wypadkach poszczególne objawy łączą się z sobą w określone zespoły, występując łącznie pod postacią swoistych stanów psychopatologicznych. Niektóre z tych zespołów są typowe dla pewnych jednostek chorobowych, przeważnie jednak rozpoznanie zespołu nie daje jeszcze pojęcia o istocie choroby. Wynika to z pewnej ciekawej cechy mózgowia, polegającej na tym, że jest ono w stanie — z jednej strony reagować różnie na ten sam bodziec, a z drugiej strony, identycznie na różne bodźce. Fakt ten jest zresztą znany i w psychologii. Na przykład taka sama sytuacja (piosenka,

towarzystwo pewnych osób, film itp.) w pewnych okolicznościach wywołuje u nas rozbawienie, w innych złość, a w jeszcze innych jest nam obojętna; z kolei zły lub dobry nastrój — identyczny wszak w swojej jakości — wywołać mogą setki, jeśli nie tysiące bardzo rozmaitych bodźców, zarówno psychicznych, jak fizycznych i chemicznych. Reakcja mózgu jako całości jest wypadkową ogromnej liczby czynników, których aktualnej kombinacji odgadnąć nie sposób.

Znajomość zespołów jest bardzo pożyteczna, gdyż po pierwsze, ułatwia rozpoznanie, a więc określa nam społeczną wagę choroby, po drugie, orientuje się, czy konieczne jest natychmiastowe umieszczenie w szpitalu, po trzecie, wskazuje lekarzowi, jakie leki objawowe ma podać, aby jak najszybciej „uspołecnić” pacjenta.

Gdy chory wykazuje objawy stanu maniakalnego (tzn. jest gadatliwy, rezonerski, podniecony ruchowo), wiadomo, że wkrótce doprowadzi on do konfliktów i awantur. Należy go zatem jak najprędzej izolować w szpitalu jako niebezpiecznego (lub przynajmniej uciążliwego) dla otoczenia i podać mu silne leki obездwładniające. Gdy widzimy, że chory jest „depresyjny” (tzn. bardzo smutny, załamany, spowolniały), to wiemy, że nie będzie co prawda niebezpieczny dla otoczenia, ale za to niebezpieczny dla siebie (jest on potencjalnym samobójcą), wobec czego należy go również umieścić w szpitalu. Jeżeli stwierdzimy u pacjenta zespół neurasteniczny (objawy wyczerpania nerwowego), to raczej staramy się go badać i leczyć ambulatoryjnie, odkładając decyzję co do hospitalizacji, aż wyjaśni się przyczyna choroby.

Przy tym wszystkim należy pamiętać, że określenie zespołu psychopatologicznego odbywa się z reguły szybko — w ciągu minut, podczas gdy rozpoznanie choroby wymaga kilku dni, a nawet tygodni lub miesięcy obserwacji i badań.

Dalej podaję opis kilku najbardziej charakterystycznych zespołów psychopatologicznych, których rozpoznanie nie powinno sprawiać trudności nawet nielekarzom.

ZESPÓŁ MANIAKALNY (SYNONIMY: STAN MANIAKALNY — MANIA)^{*}

Do zasadniczych cech tej choroby należą: a) wzmożone samopoczucie, aż do urojeń wielkościowych; b) przyspieszony bieg myśli, aż do gonitwy myśli; c) pobudzenie ruchowe (gestykulacja, hałaśliwość, bezsenność).

^{*} We współczesnej psychiatrii termin *mania* oznacza wyłącznie stan maniakalny. W związku z tym takie wyrażenia, jak *mania prześladowcza*, *mania wielkości* itp. należy uważać za błędne i nie używać ich.

Stan psychiki chorego przypomina film puszczony w przyspieszonym tempie; chory jest podniecony, wesoły, radosny, pewny siebie. Wszędzie go pełno, wtrąca się do wszystkiego. Mówi dużo, obficie gestykułując. Śpi mało. Bierze się do coraz to nowych zajęć, pisze wiersze, rozprawy polityczne; poucza innych, uważa, że nie ma dla niego żadnych trudności w życiu. Nawał myśli, entuzjazm „rozsadzają mu czaszkę”. Jeśli natrafi na opór, wybucha i może być groźny dla otoczenia.

Stan maniakalny nie zawsze przybiera tak ostre formy.

Wszystkie jego objawy mogą być bardziej stonowane, kontakt z chorym lepszy, a ilość konfliktów ze środowiskiem mniejsza. Mówimy wtedy o stanie hypomaniakalnym. Łagodnie zaznaczone cechy maniakalne określamy mianem błogostanu, czyli euforii.

ZESPÓŁ DEPRESYJNY

Zespół depresyjny jest odwrotnością maniakalnego. Cechują go: a) samopoczucie obniżone aż do urojeń samoponiżenia i tendencji samobójczych; b) tok myśli zwolniony; c) zahamowanie ruchowe.

Chory w stanie depresji jest spowolniony, na twarzy ma wyryty wyraz głębokiego smutku. Całe dnie spędza zaszyty w kącie swego mieszkania, mówi niechętnie i bardzo powoli, odmawia jedzenia, zaniedbuje się w stroju, nie dba o czystość własną. Należy pamiętać, że wystąpienie zespołu depresyjnego grozi popełnieniem samobójstwa. Pacjenci depresyjni muszą być z tego powodu pilnie strzeżeni, gdyż w swych tendencjach samobójczych są zdecydowani na wszystko i bardzo pomysłowi.

ZESPÓŁ MAJACZENIOWY (DELIRIUM, STAN DELIRYJNY)

Jest to bardzo często występujący zespół, rokujący zwykle pełne wyleczenie i świadczący o ostrych, ale niegłębokich, biochemicznych zmianach w komórkach mózgu. Towarzyszy nie rzadko wysokiej gorączce, występuje również w chorobach zakaźnych, przebiegających z niską ciepłotą, w alkoholizmie (tzw. „biała gorączka”), w zatruciach etyliną, czadem, spalinami, wilczą jagodą, w niektórych chorobach narządów wewnętrznych, jak np. w niewydolności wątroby, nerek, układu krążenia krwi.

W zespole tym występuje przymglenie świadomości, pociągające za sobą zaburzenia orientacji co do czasu i otoczenia oraz częściową niepamięć przebytych stanów. Najbardziej typowym objawem są bardzo liczne omamy, przeważnie wzrokowe, oraz złudzenia wzrokowe, słuchowe i dotykowe. Nastrój bywa prze-

ważnie obniżony, często występuje lęk; niekiedy jednak chorzy wykazują wisielczy humor. Mogą pojawiać się okresowe urojenia, przeważnie prześladowcze. Chorzy są niespokojni, pobudzeni ruchowo (ale nie agresywni). Zrywają się z łóżka, chcą uciekać, rozmawiają głośno z urojonymi osobami. Omamy wzrokowe mają często zmienione wymiary (np. pacjenci widzą całe stada małych słoń albo olbrzymich mrówek) i są zazwyczaj bardzo kolorowe. Przedstawiają zwykle całe sceny z życia, w których chorzy osobiście biorą udział. Przeżywane są niesłychanie realistycznie, tak że całe zachowanie chorych wskazuje na udział w takiej „scenie”.

ZESPOŁY UROJENIOWE

Do najczęściej występujących stanów psychopatologicznych należą zespoły urojeniowe. Rozróżniamy zasadniczo dwa ich rodzaje: **stan paranoidalny**, typowy dla schizofrenii, złożony z urojeń paranoidalnych, oraz **stan paranoiczny**, typowy dla obłądu (paranoja), złożony z urojeń paranoicznych (patrz: urojenia, schizofrenia, paranoja). Zespoły urojeniowe mogą jednak wystąpić w każdej psychozie.

ZESPÓŁ NEURASTENICZNY

Zespół ten typowy jest dla nerwicy, zwanej neurastenią, występuje niekiedy również w początkowym okresie takich psychoz organicznych, jak: porażenie postępujące, przewlekłe zatrucia zawodowe (ołowiem, czaadem, etyliną, dwusiarczkiem węgla itp.), miażdżyca tętnic, mózgu itd.

Objawy przyjęto dzielić na psychiczne i cielesne (somatyczne)

Objawy psychiczne:

a) rozdrażnienie, niepokój, przechodzący niekiedy w nieokreślony lęk, płaczliwość;

b) uczucie przemęczenia, małowartościowości, niemożność skupienia uwagi przy pracy;

c) zaburzenia pamięci, a przede wszystkim zdolności zapamiętywania. Szczególnie uporczywie wylatują z pamięci nazwiska, daty, adresy, numery telefonów, tytuły książek i filmów. Poza tym chory ma zazwyczaj przesadną obawę, że całkowicie straci pamięć, mimo iż się to zupełnie nie potwierdza.

d) zaburzenia snu. Chory nie może zasnąć wieczorem, w nocy budzi się wielokrotnie (często z lękiem), a w ciągu dnia bywa senny;

e) przygnębienie, aż do stanu głębokiej depresji.

Objawy somatyczne:

Objawy somatyczne dotyczą różnych zakłóceń funkcji układu vegetatywnego. Można tu wymienić:

- a) „skaczące” bóle w narządach,
- b) „bicie” serca, ucisk lub bóle w okolicy serca, przyspieszone tętno, niskie ciśnienie krwi, różne zaburzenia naczyniowo-ruchowe;
- c) zaburzenia w wydzielaniu potu (np. zlewne poty pod wpływem wzruszeń),
- d) bóle głowy,
- e) zaburzenia układu pokarmowego,
- f) „neurastenię seksualną”

U pacjentów obserwujemy w tych przypadkach różnorodne zakłócenia czynności płciowych. U kobiet oziębłość płciową, u mężczyzn brak wzwodów, czyli impotencję. Impotencji towarzyszyć może wzmożony pociąg płciowy, co szczególnie męczy pacjenta, utwierdzając go w mniemaniu o swojej małowartości. Schorzenie to objawia się również przedwczesnym wytryskiem bądź zanikaniem wzwodu prącia tuż przed włożeniem go do pochwy.

ZESPÓŁ PSYCHOORGANICZNY

Stwierdzenie tego zespołu sygnalizuje organiczne, znacznego stopnia uszkodzenie mózgu, które spowodowane być może różnymi przyczynami. Zespół psychoorganiczny wystąpić może po urazie czaszki, w porażeniu postępującym, w psychozach starczych, w następstwie przewlekłego alkoholizmu lub innych zatruc; jako następstwo zapalenia mózgu i opon mózgowych, w guzach mózgu i innych procesach niszczących komórki mózgowe. Zasadnicze jego objawy to:

- a) zaburzenia pamięci, a w szczególności pamięci właściwej, czyli zmagazynowanej;
- b) obniżenie krytycyzmu;
- c) osłabienie wszystkich pozostałych czynności intelektualnych: zwolnienie toku myślowego, upośledzenie kojarzeń, utrudnienie korzystania z nabytej wiedzy i doświadczenia, utracenie zdolności przewidywania itp.;
- d) chwiejność uczuciowa;
- e) zaburzenia orientacji co do miejsca, czasu i otoczenia.

Chorzy z zespołem psychoorganicznym są bezradni, drażliwi, zapominają nie tylko dane ze swego życia i ważne, wszystkim znane wydarzenia, ale także i swój adres, cel, w jakim wyszli

z domu, czynności zawodowe. Z łatwością przechodzą ze skrajnego smutku w wesołość, z dobrego samopoczucia w złość. Ze względu na obniżony krytycyzm i obniżony poziom intelektu, nie rozróżniają spraw wielkiej wagi od nieistotnych, są egoistyczni, zajęci tylko swoją osobą, nudni, rozwlekli w mowie, ograniczeni w doborze słów.

* * *

Jak widać, objawy chorób psychicznych cechuje wielka różnorodność. Przy tym mogą one występować w całej okazałości lub też być zaledwie zaznaczone. W wielu wypadkach ludzie poważnie chorzy psychicznie pracują całymi latami i nie leczą się, a otoczenie może w ogóle nie orientować się, że są nienormalni. Niekiedy dziwaczne zachowanie się i wypowiedzi jakiegoś człowieka zdradzają wyraźnie zły stan jego wyższych czynności nerwowych, a mimo to pracuje on nienagannie. Kiedy indziej zachowanie się i wypowiedzi są bez zarzutu, a zdolność do wykonywania zawodu zmniejsza się nawet do zera.

Czasami chory jest krytyczny w stosunku do swojej choroby i sam się domaga leczenia lub — mimo daleko posuniętych zmian w psychice — kategorycznie utrzymuje, że jest zdrow. Większość chorych psychicznie wymaga leczenia szpitalnego lub sanatoryjnego. Zdarzają się jednak i tacy, których należy raczej leczyć ambulatoryjnie. Decyzja co do postępowania z chorym psychicznie należy oczywiście zawsze do lekarzy specjalistów, jednakże szersza znajomość wśród społeczeństwa objawów choroby psychicznej przyczynia się do szybszego jej wykrycia.

W wojsku obecność chorych psychicznie jest szczególnie niebezpieczna. Łamią oni zasady dyscypliny, wprowadzają w szeregi niepotrzebne napięcie i niepokój, rozbijają kolektyw, narażają na szwank autorytet dowódców, przyczyniają się do wzrostu przestępczości, liczby samobójstw itp. Wczesne zorientowanie się aparatu dowódczego w przyczynach wadliwego zachowania się zapobiega wielu konfliktowym sytuacjom oraz podnosi morale i dyscyplinę oddziału.

Rozpoznanie choroby psychicznej należy jednak do służby zdrowia. Rola przełożonych sprowadza się jedynie do jak najszybszego skierowania żołnierza, podejrzanego o zaburzenia psychiczne, na konsultację do lekarza. Postępowanie takie jest niezbędne, gdyż pozwala uniknąć kompromitujących pomyłek.

Doświadczenie wskazuje, że do tej pory w wojsku (podobnie jest zresztą w środowisku cywilnym) stosuje się raczej praktykę długo trwającej tolerancji wobec odbiegającego od przyję-

tych norm zachowania, aby następnie przejść od razu do potępienia i odepchnięcia. Jest to postępowanie wybitnie niekorzystne, zarówno dla chorego, jak i dla wojska. **Większość schorzeń psychiatrycznych jest bowiem w pełni uleczalna, pod warunkiem wczesnego rozpoczęcia kuracji.**

Wbrew powszechnemu mniemaniu, wojskowe przepisy orzeczniczno-lekarskie są w przypadku odchyłeń psychicznych na ogół liberalne, a psychiatrzy wojskowi mają raczej zwyczaj zostawiania w wojsku swych pacjentów niż zwalniania ich ze służby.

Po postawieniu diagnozy i ewentualnym leczeniu żołnierza (zarówno służby zasadniczej, jak i zawodowej) stosuje się 3 warianty postępowania:

I. Pozostawienie w służbie wojskowej z tą samą kategorią zdrowia lub kategorią zalecającą pracę na określonym stanowisku;

II. Urlop zdrowotny (u żołnierza zawodowego) lub odroczenie (u żołnierza służby zasadniczej), z szansą na powrót do służby wojskowej;

III. Zwolnienie ze służby.

W praktyce życiowej bardzo rzadko zwalnia się z wojska chorych na nerwicę i osobników z nieznacznymi zaburzeniami osobowości, a nawet byłych pacjentów po przebytych psychozach reaktywnych lub egzogennych, jeżeli ich stan wykazuje pełny powrót do normy. Doświadczenia dowodzą, że po powrocie do zajęć na ogół szybko adaptują się do środowiska wojskowego i dobrze wywiązują ze swej pracy.

Zwolnienie z wojska lub odrzucenie przez komisje poborowe stosuje się bezwzględnie jedynie w wypadkach:

- 1) psychoz endogennych (schizofrenia etc.);
- 2) ciężkich anomalii charakteru;
- 3) niedorozwojów umysłowych;
- 4) daleko zaawansowanych i nie poddających się leczeniu nerwic;
- 5) psychoz egzogennych, które pozostawiły po sobie defekt.

ROZDZIAŁ III

WPROWADZENIE DO PSYCHOPATOLOGII SZCZEGÓŁOWEJ

1. DANE OGÓLNE

Psychopatologia szczegółowa zajmuje się opisem psychiatrycznych jednostek chorobowych. W niniejszej pracy temat ten potraktowany zostanie oczywiście bardzo powierzchownie, ponieważ dokładna znajomość jednostek chorobowych nie jest potrzebna osobom, które nie będą zajmowały się leczeniem chorych psychicznie. Chodzi tylko o krótkie przedstawienie zasad klasyfikacji chorób psychicznych oraz o podanie ogólnej charakterystyki ich przyczyn, przebiegu i obrazu klinicznego, ułatwiające orientację w tak trudnej dziedzinie, jaką jest psychiatria.

Ze względu na różnorodność kierunków teoretycznych psychopatologii, ujmujących zaburzenia psychiczne z różnego punktu widzenia, istnieją pozorne (lecz spore) różnice w klasyfikacji chorób psychicznych przez poszczególne szkoły, co znajduje odbicie w drukowanych na świecie podręcznikach. W niniejszej pracy zastosowałem podział mający najbardziej praktyczne znaczenie i w możliwie najprostszym sposobie ujmujący bardzo trudne i często nie dość jeszcze przez naukę wyjaśnione problemy chorób psychicznych.

W zasadzie psychopatologia (a także i psychiatria) zajmuje się głównie dwiema zasadniczymi grupami schorzeń psychicznych:

1) **trwałymi anomaliami psychiki**, których objawy dają się prześledzić od wczesnego dzieciństwa do końca życia lub od momentu przebycia procesu chorobowego, który po ustąpieniu pozostawił trwały defekt psychiczny;

2) **procesami chorobowymi**, które daje się prześledzić dopiero od pewnego momentu życia, do którego dana osoba uważana była za zdrową.

Do pierwszej grupy schorzeń zalicza się różne formy niedorozwoju i psychopatii. Drugą grupę zasadniczo podzielić można na

nerwice i psychozy. Szczegółowe definicje tych pojęć podane będą w odpowiednich rozdziałach. W tym miejscu wyjaśnić należy, że przez niedorozwój rozumiemy trwałą wadę osobowości, polegającą na małej wartości intelektu; przez psychopatię — wadę charakteru utrudniającą adaptację w społeczeństwie; przez nerwice — ilościowe i czynnościowe zaburzenia psychiczne, nie powodujące w zasadzie głębszego zerwania więzi ze środowiskiem; przez psychozy — głębokie ilościowe i jakościowe zaburzenia psychiczne, powodujące znaczną deformację osobowości chorego oraz zerwanie przez niego, na cały czas choroby, więzi społecznych.

Psychozy, z uszkodzeniem struktury mózgu, pozostawiają zwykle po sobie trwały defekt, przejawiający się bądź głównie w sferze czynności intelektualnych (otępienie), bądź w sferze emocjonalno-popędowej (obrazy podobne do psychopatii).

U podstaw niedorozwoju intelektualnego i psychopatii leżą różnorodne przyczyny, determinujące zmiany psychiczne w sposób nieswoisty. Oznacza to, że nie da się tu wykryć określonego, przyczynowego związku pomiędzy bodźcem a jego następstwem. Innymi słowy, podobne czynniki mogą wywołać bądź niedorozwój, bądź psychopatię, bądź zmiany wybitnie nasilone lub zaledwie zaznaczone.

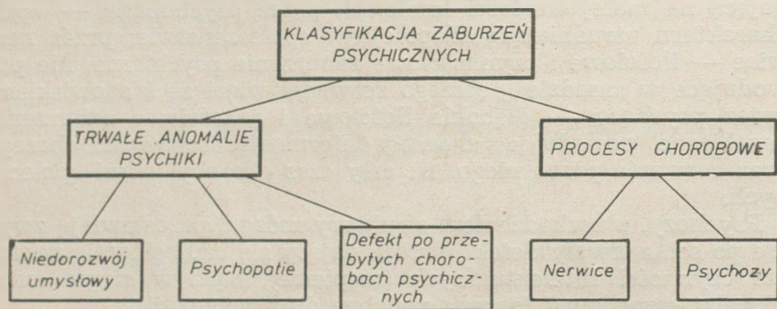
Nerwice powodowane są przez uraz psychiczny. Co zaś dotyczy psychoz, przyjęto je dzielić według zasadniczych przyczyn, które je wywołują. Ogólnie podzielić je można na endogenne i egzogenne, a te drugie z kolei na infekcyjne, intoksykacyjne, pourazowe i inne (np. psychozy reaktywne, których przyczyną, podobnie jak w nerwicach, jest uraz psychiczny).

O psychozach endogennych mówimy, gdy czynnik wywołujący je zależy od zmian zachodzących wewnątrz, w samym organizmie; o egzogennych — kiedy wiemy, że czynnik ten działa poza organizmem, zakłócając pracę ośrodkowego układu nerwowego, czy to przez naruszenie tylko jego funkcji (tzw. psychozy czynnościowe), czy też przez uszkodzenie jego struktury anatomicznej (tzw. psychozy organiczne).

2. PRZYZCZYNY CHOROÓB PSYCHICZNYCH

Wbrew powszechnie przyjętym mniemaniom, urazy psychiczne nie odgrywają najważniejszej roli wśród czynników wywołujących schorzenia psychiczne. Ciężkie przeżycia, zawody życiowe, niemożność dostosowania się, wyczerpanie, powodują jedynie powstanie nerwic i psychoz reaktywnych. Nerwice są co

Zasady podziału zaburzeń psychicznych



prawda schorzeniem bardzo pospolitym, ale do psychiatri trafiają rzadko, natomiast psychozy reaktywne należą do jednych z najrzadziej spotykanych chorób.

Również wbrew temu, co się powszechnie uważa, dziedziczność nie ma istotnego znaczenia dla procesu powstawania zaburzeń psychicznych. Według obecnie panujących poglądów, choroby psychiczne, w ścisłym tego słowa znaczeniu, w ogóle nie są dziedziczne. W niektórych wypadkach stwierdza się jedynie rodzinne przekazywanie pewnej podatności na niektóre psychozy, przy czym dopiero warunki środowiskowe decydują, czy dojdzie do ich wybuchu, czy nie.

U źródeł powstania większości chorób psychicznych leżą czynniki nie mające pozornie nic wspólnego z życiem psychicznym. Są to: infekcje ogólnoustrojowe i układu nerwowego, różnego rodzaju zatrucia, urazy czaszki, zaburzenia przemiany materii, wady rozwojowe, guzy mózgu itp. Bardzo często na powstanie choroby psychicznej składa się kilka przyczyn, działających na mózg w różnym czasie. Na przykład: doznany we wczesnym dzieciństwie (np. przy porodzie) uraz mózgu pozostawia po sobie trwałe, organiczne zmiany, które jednakże w okresie dzieciństwa i młodości kompensowane są przez pełne siły witalnych, zdrowe połączenie tkanki nerwowej. W miarę starzenia się, naważniania się coraz to nowych urazów, intoksykacji, infekcji, pogarszania się ukrwienia itp., możliwości adaptacyjne i kompensacyjne ośrodkowego układu nerwowego maleją i wówczas nowy, pozornie niewielki, jakiegokolwiek rodzaju uraz wywołać może groźne zaburzenia psychiczne. W zasadzie, nawet w chorobach, w których wywołujący je czynnik jest znany (i zawsze

ten sam), obraz kliniczny i przebieg psychozy mogą u poszczególnych ludzi znacznie się różnić ze względu na te właściwości ich mózgowia i całego organizmu, które przez całe życie podlegają różnym, często trudnym do ustalenia zmianom.

Wart uświadomienia i zapamiętania będzie wynikający z powyższych rozważań wniosek, że na powstanie, obraz kliniczny i przebieg każdej choroby psychicznej wpływa nie tylko bezpośredni czynnik chorobotwórczy, ale także:

- 1) stan, w jakim znajdował się ośrodkowy układ nerwowy w chwili zadziałania nań bodźca chorobotwórczego,
- 2) stan całego organizmu,
- 3) wiek chorego,
- 4) szczególne okoliczności, w jakich działał czynnik chorobotwórczy,

- 5) odziedziczone właściwości ośrodkowego układu nerwowego.

Dopiero wypadkowa tych wszystkich czynników decyduje o powstaniu i przebiegu choroby.

Ilustracją postawionej powyżej tezy może być przykład mechanizmu powstawania objędu opilczego („białej gorączki”). Jest rzeczą powszechnie znaną, że alkohol, zarówno w dawkach jednorazowych, jak i używany ciągle, powoduje zaburzenia psychiczne (szczegółowy opis zmian psychopatologicznych etiologii alkoholowej podany jest dalej). Zasadniczym problemem nie jest fakt, że alkohol wywołuje „białą gorączkę”, ale dlaczego jej nie wywołuje u wszystkich nadmiernie pijących. W rzeczywistości bowiem jedynie znikomy odsetek nadużywających alkohol cierpi na delirium tremens. Postawić można również inne pytanie: Dlaczego jedni dostają delirium po roku upijania się, a inni dopiero po 15 latach picia? O odpowiedź na te pytania nie jest trudno, jeżeli poza etiologią alkoholową, w każdym wypadku rozważyć się również pozostałe czynniki określające chorobę.

Badania statystyczne wykazały, że wszelkiego rodzaju zaburzenia psychiczne pochodzenia alkoholowego (w tym także objędy opilczy) rozwijają się znacznie częściej u tych osób, u których stwierdza się urazy czaszki, neuroinfekcje itp. Ponadto na wczesne wystąpienie tych zaburzeń oraz ich głębokość, uporczywość itd. niewątpliwie wpływ mają także: niewydolność wątroby, nerek i układu krążenia (na przykład osobnicy z chorą wątrobą intensywniej zatrują się alkoholem niż zdrowi). Duże znaczenie ma również wiek. Na delirium stosunkowo częściej zapadają młodociani, których mózg nie jest jeszcze dostatecznie dojrzały, a następnie starsi, u których występują objawy starzenia się organizmu. Ważnym wreszcie czynnikiem prowokującym wybuch psychozy są takie sprzyjające okoliczności, jak:

głód i przemęczenie, rozwijająca się infekcja, np. zapalenie płuc, przeziębienie, przegrzanie, uraz psychiczny.

Zatem osobnik nadużywający alkoholu, u którego stwierdzono szereg urazów układu nerwowego różnej natury, i który od lat choruje na niewydolność wątroby, a ostatnio przechodzi jakąś infekcję, ma — statystycznie rzecz biorąc — niewspółmiernie większe szanse zachorowania na „białą gorączkę” niż inny, nie wykazujący podobnych zmian w organizmie. Tak więc najczęściej działanie jednego tylko czynnika przyczynowego nie wystarcza do wywołania psychozy. Musi on trafić na podatne podłoże, w sensie trwałej lub okresowo małej wartości układu nerwowego. Nie dotyczy to oczywiście tych wypadków, w których czynnik uszkadzający jest tak natężony, że przekracza wszelkie możliwości obronne organizmu.

3. NIEKTÓRE POGLĄDY NA PSYCHOLOGICZNE MOTYWACJE ZACHOWANIA SIĘ CZŁOWIEKA W ŚRODOWISKU SPOŁECZNYM I PATOLOGIE TEGO ZACHOWANIA

Środowisko wojskowe, składające się z osobników dokładnie wyselekcjonowanych pod względem zdrowia fizycznego i psychicznego, legitymuje się bardzo niskim wskaźnikiem zachorowalności na psychozy.

Natomiast, podobnie jak w każdym wysoko zorganizowanym społeczeństwie, tak i w wojsku istotny problem stanowią zaburzenia osobowości, wynikające z nieprawidłowości jej kształtowania się w dzieciństwie i młodości, oraz nerwice, będące wyrazem trudności w dostosowaniu się do środowiska. Dlatego należy uznać za celowe bliższe poznanie tych teoretycznych kierunków psychiatrii, które najwięcej uwagi poświęcają analizie rozwoju i kształtowania się osobowości oraz mechanizmom psychologicznym, pozwalającym człowiekowi adaptować się do otaczającego świata.

Nie trzeba podkreślać, że jest to zadanie bardzo skomplikowane. Drogi rozwoju ludzkiej osobowości są bardzo zawile. W ich wyjaśnianiu trzeba brać pod uwagę nie tylko życie osobnicze każdego człowieka, ale także cechy dziedziczne przekazane mu przez przodków, krąg kulturowy, w którym się obraca, historię kraju, z którego się wywodzi, a także pradzieje ludzkości i świata zwierzęcego. Wielu badaczy upraszczało sobie problem, zajmując się tylko wycinkiem zagadnienia i zamykając oczy na pozostały, niewąski przecież margines. Taki błąd zrobił np. Zygmunta Freud, który pomijał w swej teorii fakt, że człowiek jest

istotą żyjącą w określonym środowisku kulturowym, które przez całe życie działa na niego kształtującą, podkreślając jedne cechy, drugie tłumiąc, a jeszcze inne wytwarzając na nowo. Trzeba także pamiętać, że w dzisiejszych czasach na problem dziedziczenia u ludzi patrzymy zupełnie inaczej niż uczeni XIX w. Współcześni badacze (zwłaszcza radziecy⁴) słusznie zwracają uwagę na niejednoznaczność treści pojęcia *dziedziczność*. Zapomina się, że słowo to dopiero pod koniec XIX w. weszło na trwałe do biologii. Upřednio był to termin socjologiczno-prawny, oznaczający przechodzenie z ojca na syna sukcesji zarówno materialnej (ziemia, warsztat pracy, dom, majątek ruchomy), jak i kulturowej (obyczaje, światopogląd, moralność, poczucie prawa, w skrajnych przypadkach — zawód itd.). Ta druga forma przekazu była nie słabsza niż pierwsza, a w sensie charakteryzowania cech osobowości niewiele ustępowała sile oddziaływania genotypu. Przez tysiące lat poszczególne kręgi kulturowe wykształciły odrębne typy osobowości, np. Europejczyka, Afrykanina, Hindusa itd., aczkolwiek nic nie wskazuje na to, aby cechy osobowości, specyficzne dla jakiegoś regionu świata, miały być utrwalone na stałe w genach. Ludzie, przeszczepieni z jednych kręgów kulturowych w inne, dość łatwo przyjmują cechy nowego środowiska, nawet jeśli żyją w skupisku, które podtrzymuje stare tradycje.

Stwierdzenia powyższe nie oznaczają negowania znaczenia dziedziczności biologicznej. Nie ulega wątpliwości, że liczne — bardzo ogólne — cechy i dyspozycje psychiczne przekazywane są w genach, podobnie jak oznaki płci, budowa ciała, typ przemiany materii itd. Mają one swe prapoczątki w epokach odległych o miliony lat, w których istota ludzka bliższa była światu zwierzęcemu i kiedy to jeszcze nic nie zapowiadało jej rozwoju społecznego na tak wielką skalę.

Pawłow ustalił, że zasadnicza orientacja człowieka wobec otaczających go ludzi opiera się na 2 podstawowych działaniach: *do i od*.

Jedni ludzie pociągają nas, staramy się więc zbliżyć do nich i utrzymywać z nimi jak najlepsze kontakty; inni zaś nas odpychają. Ta cecha osobowości człowieka wywodzi się od tropizmów, którym podlegają prymitywne jednokomórkowce i najprymitywniejsze istoty roślinne lub zwierzęce. W swoim życiu wykazują one ruch, pęd lub po prostu rozwój w kierunku tych prymitywnych bodźców, które potrzebne im są do egzystencji, a ucieczkę od tych, które jej zagrażają.

⁴ Patrz: A. G. Kowalew, *Psichologija licznosti*, Oświata, Moskwa 1970.

U ludzi postawy: „od” i „do” zależą oczywiście od bardziej skomplikowanych układów bodźców. Ponadto „skażone” są przeszłością zwierzęcą. U zwierząt wysoko rozwiniętych tropizm dodatni (do słońca, ciepła, żeru itp.) nie oznacza już bowiem wyłącznie ruchu w kierunku określonych bodźców, ale i aktywną walkę o nie. Tropizm negatywny nie tylko oznacza ucieczkę od szkodliwego bodźca, ale często również szereg zabiegów, mających na celu usunięcie go. Karen Horney, rozpatrując u ludzi ich postawy wobec człowieka, widzi już trzy ich rodzaje, wywodzące się z prastarych tropizmów: postawę zbliżania się do ludzi (*moving towards people*), postawę występowania przeciwko ludziom (*m. against p.*) oraz postawę odsuwania się od ludzi (*m. away from p.*). Usztywnienie tych postaw powoduje u niektórych ludzi stałe działanie, według z góry ustalonych wzorów, nawet jeżeli w gruncie rzeczy jest ono szkodliwe dla ich interesów.

Według angielskiej terminologii mówimy wtedy o następujących typach osobowości: „uległym” (*compliant type*), „agresywnym” (*aggressive t.*) i „odosabniającym się” (*detached t.*).

Wiele prymitywnych, prastarych mechanizmów adaptowania się w środowisku zakodowanych zostało na stałe w naszych genach, jako tzw. popędy. Oficjalna, naukowa definicja omawia je jako: „biologicznie uwarunkowaną motywację specyficznego działania w sytuacji poważnego niedoboru w zakresie podstawowych czynników, niezbędnych do utrzymywania się przy życiu lub utrzymania gatunku.” Czynności organizmu, mające na celu zaspokojenie tego niedoboru, przypominają czynności wykonywane w sytuacji alarmowej. Stąd ich wielka siła działania.

Sposób życia człowieka współczesnego różni się zasadniczo od bytu sprzed milionów lat. Zwłaszcza egzystencja w dużych, zorganizowanych skupiskach ludzkich wymaga mechanizmów adaptacyjnych, o zupełnie innym charakterze. Poddanie się działaniu popędowemu w sytuacjach zagrożenia społecznego bywa dla interesów człowieka wręcz szkodliwe. Tym niemniej jednak widzimy nieraz wokół siebie potęgę działania tak powszechnie znanych popędów, jak: głód, popęd poznawczy (badawczy), seksualny, samozachowawczy, samounicestwienia i inne.

Całość życia popędowego określana jest wspólnym mianem uczuciowości niższej (pierwotnej i archaicznej). Będzie o niej mowa poniżej.

Ludzie dość często przechodzą do działania popędowego (sterowanie przy pomocy uczuciowości niższej), w warunkach rzeczywistego lub domniemanego zagrożenia.

Niekiedy jest to łatwe do odszyfrowania, bywa jednak, że trudno jest domyślić się właściwych źródeł działania. Ta ostatnia uwaga dotyczy zwłaszcza postępowania w kontaktach społecznych. Wiele czynów niegodnych, zaskakujących, szkodliwych społecznie, nieoczekiwane agresywnych, znajduje motywację w popędach lub innych, atawistycznie przekazywanych, podświadomych mechanizmach obrony przed zagrożeniem.

Nie sposób omawiać kolejno wszystkich możliwości działania pod wpływem popędów lub też innych zachowań, których przyczyna tkwi w przekazywanych dziedzicznie wzorach postępowania. Dla przykładu zatrzymam się tylko nad problemem tzw. terytorialności. Zjawisko to polega na szczególnym stosunku uczuciowym, z jakim poszczególne zwierzęce stada, lub gatunki, odnoszą się do obszaru, na którym czasowo lub przez całe życie organizują swoją egzystencję. Tylko pełne dysponowanie tym obszarem daje im całkowite poczucie bezpieczeństwa i dobre samopoczucie. Jakiegokolwiek jego naruszenie oznacza zagrożenie bytu i wyzwala daleko posuniętą agresywność wobec intruzów.

Dlatego zarówno pojedyncze osobniki, jak i całe stada lub gatunki przykładają wielką wagę do ścisłego określenia objętego przez nich terytorium. Samiec słowika sygnalizuje swoją obecność w określonym terytorium śpiewem, psy i wilki moczem zakreślają granice swego bytowania, człowiek buduje sobie ściany mieszkania i w nich dopiero czuje się dobrze. Stada zwierząt żyją na określonych obszarach, których granic nie śmie przekroczyć osobnik tego samego gatunku. Analogicznie, ludzkość żyje skupiona w państwach, których granice są ściśle zawarowane międzynarodowym prawem. Każdy zaś człowiek dąży do posiadania choćby własnego kąta, którego broni z maksymalnym poświęceniem. Nawet w sali więziennej każdy „pensjonariusz” ma swoje łóżko i szafkę i jest nie do pomyślenia, aby np. ktoś każdej nocy spał w innym łóżku. „Terytorium” człowieka i zwierzęcia należy rozumieć jako rzeczywistość psychologiczną, a nie geograficzną. „Posiadanie” pewnego obszaru, często nawet niewygodnego, daje psychiczną stabilizację i poczucie pewności siebie, nawet wtedy, kiedy rzeczywistość przeczy prawdziwej potrzebie. Stąd bierze się np. zjawisko, że konie wyprowadzone z płonącej stajni, wracają do niej, mimo płomieni. Albo że szczep, plemię, naród nie chce opuścić ziemi swych przodków, choć kraj pustoszony jest przez silniejszych wrogów etc.

Naruszenie terytorium szczególnie źle jest odczuwane w wypadku przekroczenia go przez istotę lub grupę własnego gatunku, która mogłaby ciągnąć z niego te same korzyści co „główny lokator”. Dlatego ryby w akwarium rzucają się energicznie na

inne włożone tam również, a obojętne są wobec obcych gatunkowo żyjątek, tamże ulokowanych; psy tępią na podwórzu inne psy, koty oraz obcych ludzi, gdyż czują się zagrożone w swojej symbiozie z właścicielem (mogą wyrugować ich z własnego terytorium). Ludzie obojętni lub nawet przyjaźni dla pewnych osób na gruncie neutralnym, nastawiają się do nich natychmiast gniewnie, skoro tylko osoby te w jakikolwiek sposób wkroczą na ich „terytorium” — jako podwładni, przełożeni czy towarzysze pracy, w każdym razie potencjalni konkurenci do posad, stanowisk, zaszczytów czy sławy. Dzieje się tak nawet wtedy, gdy interes społeczny i realna sytuacja wymagają innego postępowania. Np. przybycie do jakiejś instytucji nowego pracownika wywołuje natychmiast podświadomą dezaprobatę tych wszystkich, dla których mógłby on stanowić konkurencję.

Czasami agresywność wobec intruza przejawia się pozytywnymi społecznie postawami. Przekształca się np. w dążenie do wykazania się wyższością, poprzez lepsze osiągnięcia w pracy. Dużo częściej jednak przyjmuje ona bardzo negatywne formy prymitywnej zawiści, zwalczania „bez pardonu”, siania intryg itp. negatywnych działań interpersonalnych, pozostających nierzadko w niezgodzie z wysokim poziomem intelektualnym i społecznym zwalczających się stron.

Z podanych powyżej przykładów widzimy, że tak trudne do zwalczenia poczucie „terytorialności”, w różnych układach społecznych przejawia się w najrozmaitszych postaciach, często sublimowane tak dalece, że zdaje się nie mieć żadnego związku z wewnątrzgatunkową agresją ryb, ptaków, czy zwierząt. Tak czy owak, przekazane nam z okresu zwierzęcego stare mechanizmy adaptacyjne — bez których zginęlibyśmy przed milionami lat, a które obecnie utrudniają nam przystosowanie do nowych wymogów życia — stanowią potężną siłę psychiczną, z którą musimy się liczyć.

Współczesne społeczeństwa przez wieki wypracowały liczne mechanizmy obronne przed agresywnością płynącą z uczuciowości niższej, przede wszystkim zaś te, które służą rozładowywaniu agresji. A oto najpospolitsze z nich: a) skierowanie nadmiaru agresji w innych kierunkach. Przykładem takiego upustu agresji będą np. polowania, odkrywcze podróże, loty w kosmos itp.; b) rytualizacja walki z drugim człowiekiem, to znaczy obwarowanie jej takimi zasadami gry, które zapewniają ujście żywym z zapasów. Dawniej rolę tę pełniły turnieje, kodeks rycerski, współcześnie — sport (aktywnie uprawiany), a zawsze (a więc i obecnie) normy współżycia towarzyskiego ustalane według reguł: grzeczności, ochrony słabszych, uprzejmości, bon tonu

i co bardzo ważne — poczucia humoru; c) ucieczka od prymitywnej rywalizacji w bardziej subtelne formy wykazania swej wyższości i przewagi nad innymi, np. przez rozwijanie umiejętności artystycznych, naukę, pracę, hobby itp.

Zdrowe społeczeństwa w sposób zorganizowany popierają wyżej wspomniane mechanizmy obronne przed agresją wewnątrzgatunkową, ponieważ najbardziej sensownie kanalizują one działanie niskich uczuć w kierunku optymalnego zużytkowania ich dla celów społecznych.

Istnieją także patologiczne formy przejawiania się uczuciowości niższej w życiu społecznym, polegające na niepohamowanym uleganiu jej. Należą do nich: przestępczość, rozwiązłość obyczajów, brak dyscypliny społecznej oraz autoagresja — samobójstwa i samookaleczenia. Jeżeli jakaś społeczność podda się temu typowi skanalizowania popędów na szerszą skalę — oznacza to jej rychły upadek.

Niezależnie od przekazywanych w genotypie dawnych mechanizmów adaptacyjnych, we współczesnym społeczeństwie funkcjonuje wiele przekazów, transmitowanych z pokolenia na pokolenie na zasadzie dziedziczenia kulturowego. Mają one niekiedy moc przesądów i zabobonów, kiedy indziej akceptujemy je jako oczywisty element naszego postępowania, nie orientując się nawet, skąd bierze się ich głęboka treść psychologiczna. Np. pozdrawianie się nawzajem dwóch mężczyzn — przez odkrycie głowy, jest zjawiskiem społecznie oczywistym i mile akceptowanym. Jeżeli ktoś tego nie uczyni, wywołuje u innych osób negatywne uczucia — od zaniepokojenia i niechęci, po głęboką obrazę i ostro wyrażoną agresywność. Nie pamięta się na ogół, że w dawnych czasach zdjęcie okrycia głowy było symbolem pełnego zaufania wobec partnera, a często i oznaką poddaństwa. Nakrycie chroniło głowę nie tylko przed słońcem i deszczem, ale i maczugą lub mieczem, które tkwiły w rękach napotkanej osoby. Dlatego gest zdjęcia hełmu, czapki etc. oznaczał pełne zaufanie, oddanie i ufność, lub rezygnację z dalszej walki.

Także prastary zwyczaj podawania sobie ręk na powitanie oznacza rezygnację z agresji wewnątrzgatunkowej — jest to bowiem namacalne stwierdzenie, że w prawicy naszego kontrahenta nie ma broni. Fakt niepodania nam dłoni na powitanie budzi w nas silny niepokój także i dzisiaj, choć na ogół chodzimy bez broni, a wrogów swych chętniej zabijamy słowem niż żelazem.

Tego typu przekazów kulturowych, które choć nie dziedziczone biologicznie, mają nie mniejszą siłę niż tamte, istnieje bardzo wiele. Ich znajomość pozwala lepiej rozumieć wiele ludzi.

nie był
wartościowa
Oznacza to,
nie jest
ich

monizowaną całość. Osiągnięcie pełnej integracji nie jest zjawiskiem ani prostym, ani powszechnie spotykanym, szczególnie w wieku 20 lat. Pełne zespolenie realizuje się przede wszystkim w dynamicznym układzie dojrzewania organizmu (i osobowości), które to dojrzewanie w swym komponencie cielesnym kończy się u mężczyzn około 25 roku życia, a w aspekcie psychicznym nie kończy się właściwie nigdy. Poza tym, co jest chyba najistotniejsze, dojrzewanie osobowości z reguły nie przebiega równomiernie we wszystkich elementach psychiki. Zjawiskiem fizjologicznym jest np. to, że w późnym okresie pokwitania (15—17 lat) intelektualna część psychiki osiąga w dzisiejszych czasach bardzo wysoki poziom, zbliżony do szczytu rozwoju, podczas gdy część emocjonalna pozostaje daleko w tyle, na poziomie ciągle jeszcze dziecięcym.

Wiek 19 lat jest okresem, w którym sfera emocjonalno-pędowa, teoretycznie rzecz biorąc, zaczyna dorastać do poziomu intelektualnego. W praktyce jednak zdarza się w tym okresie, że osobnik ludzki, mimo osiągnięcia właściwego poziomu umysłowego, w zakresie życia uczuciowego nadal pozostaje infantylny. Stanowi to istotę niedojrzałości uczuciowej, która ujęta w naukową definicję, precyzowana jest jako *niedorównanie poziomu reakcji uczuciowych człowieka do poziomu uczuciowego, właściwego wiekowi chronologicznemu (kalendarzowemu)*.

Tak jak rozwój intelektu polega na stopniowym przechodzeniu od niższych form myślenia do wyższych i bardziej złożonych, tak rozwój uczuciowości polega na przechodzeniu od uczuć niższych do wyższych. Zgodnie z istniejącą obecnie wiedzą, różniamy dwa stopnie uczuć niższych (pierwotne, czyli protopacyjne i archaiczne, czyli prelogiczne).

Uczucia pierwotne występują w tej samej formie co u zwierząt i noszą wszelkie cechy popędowości. Są to np. głód, pragnienie, parcie na moc i stolec, dążność do ciepła i światła, popęd płciowy, popęd samozachowawczy, egoistyczne zagarnianie dóbr itp. Ich zaspokojenie prowadzi do prymitywnej przyjemności, niezaspokojenie — do uczucia przykrości. U ludzi występują one w klasycznej formie jedynie w okresie niemowlęcym.

Uczucia archaiczne właściwe są dzieciom do 7 roku życia lub bardzo prymitywnym osobowościom, i polegają na prostym przekształcaniu uczuć pierwotnych — w oparciu o najprostsze doświadczenia życiowe. Do uczuć tych zaliczamy np.: gniew, chciwość, lęk, upór, nienawiść, zazdrość, pożądanie płciowe, uleganie prymitywnym okazjom do tzw. „wyżycia się” (zabawy ruchowe u dzieci, a u dorosłych tańce, gry hazardowe, oszalałanie się alkoholem lub innymi narkotykami), imponowanie innym

za wszelką cenę, władczość itp. Do tej grupy uczuć należy wiara w zabobon i siły nadprzyrodzone. Ludzie kierowani tymi uczuciami dążą do wyżycia się za wszelką cenę, bez oglądania się na skutki, lub co najwyżej, przewidując następstwa na krótką metę. Jednakże w tej grupie uczuć daje się też zauważyć działanie pewnych hamulców społecznych, aczkolwiek nie opartych o zdeterminowane i abstrakcyjne myślenie, lecz jedynie o przykre nabytki pamięciowe, wypływające z doświadczenia życiowego. Np. nie ukradnę, bo za to biją, nie napiję się brudnej wody — bo gdy tak zrobiłem uprzednio, bolał mnie brzuch itp.

Uczucia wyższe (inaczej: zintelektualizowane, determinujące) oznaczają najwyższy rozwój emocjonalny osobowości. Należą do nich: przyjaźń, uwznioślona miłość, zamiłowanie do ładu i czystości, współczucie, dążenie do prawdy i sprawiedliwości, teoretyczno-naukowa ciekawość, poczucie humoru, zainteresowania estetyczne, patriotyzm i inne uczucia społeczne, uwielbienie piękna itp. Uczucia wyższe zaczynają się kształtować dopiero między 10—15 rokiem życia, a w pełni rozwinąć się mogą powyżej 18 roku życia.

Dojrzałość uczuciowa przejawia się w życiu przede wszystkim umiejętnością rezygnowania z zaspokajania bliskich potrzeb na rzecz dalekich, planowanych celów oraz wyrzycia się egocentryzmu i egoizmu, tzn. zdolnością do działań na rzecz społeczeństwa, nawet kosztem własnych interesów.

Osobnik niedojrzały uczuciowo nastawia się na zaspokojenie swoich aktualnych potrzeb, bez oglądania się na potrzeby innych (i bez krytycznej oceny swego postępowania) oraz bez zastanawiania się nad ewentualnymi następstwami swoich czynów w przyszłości.

Powszechnie uznane w społeczeństwie poglądy bagatelizują znaczenie uczuciowości w ocenie osobowości człowieka. Większość ludzi ogranicza się raczej do ujmowania inteligencji w kategoriach próberza wartości psychiki. Zapewne dlatego, że jest to najłatwiejsze. Intelpekt można bowiem rozpoznać w ciągu godzinnej rozmowy, można w końcu ocenić go liczbowo ilorazem inteligencji, za pomocą badania testowego. Uczuciowość zaś jest bardzo trudna do ujęcia w jakiegokolwiek ocenie, nawet naukowej, a co dopiero gdy się chce ją zmierzyć podczas krótkiego, bezpośredniego kontaktu. Inteligentni psychopaci, jeżeli im na tym zależy, mogą na krótką metę bardzo zręcznie maskować swe wady charakteru, ponieważ wiedzą, czego im brak. O rozwoju emocjonalnym człowieka i jego aktualnym stanie mogą nam dostarczyć informacji jedynie dokładne dane o zachowaniu

się w różnych konkretnych sytuacjach życiowych. Stąd wyrobienie sobie opinii o jakiejś osobie powinno się opierać na bardzo dokładnym wywiadzie o jego życiu lub na długotrwałej obserwacji.

Niektóre szkoły psychiatryczne zakładają wręcz przewagę znaczenia sfery popędowo-emocjonalnej nad sferą intelektualną psychiki. Mówią one o tzw. „sternictwie uczuciowym”. Według tej teorii intelekt jest co prawda głównym organem poznawczym, ale o postępowaniu danej osoby w każdej określonej sytuacji decydują uczucia. Im bardziej dojrzała jest emocjonalność, im bardziej bazuje ona na uczuciach wyższych, tym bardziej dojrzałe są decyzje człowieka. I odwrotnie — działanie osobnika niedojrzałego uczuciowo nie może być wartościowe, ponieważ dyktowane jest potrzebą chwili, zachcianką, popędem, bez oglądania się na skutki tego czynu. Osobnik niedojrzały uczuciowo, psychopata, przypomina okręt dowodzony przez doświadczonego i mądrego kapitana, który jednak u steru postawił pijanego sternika. Mimo adekwatnych wykazów, wydawanych przez kapitana, okręt nie trzyma się kursu, kluczcy i zbacza, ponieważ pijany sternik nie słucha rozkazów, lecz kręci kołem tak, jak mu chwilowa fantazja dyktuje.

W warunkach wojskowych nieraz spotykamy się z takimi reakcjami u niedojrzałych emocjonalnie żołnierzy. Znając ich od wielu miesięcy wiemy, że są inteligentni, sprytni, że znają regulamin, wywiązują się dobrze ze skomplikowanych zadań (jeżeli mają na to ochotę). Nagle jednak, ni stąd ni zowąd, samowolnie się oddalają, schodzą z posterunku, dezertują, demonstracyjnie nie wykonują rozkazu, upijają się i zachowaniem swoim kalają honor munduru. Skarceni czy ukarani sądownie, wykazują skruchę, po czym beztrąsko popełniają to samo przestępstwo. Perswazje, kary, wychowanie kolektywne, rozmowy wychowawcze nie odnoszą skutku. Żołnierze ci za każdym razem szczerze żałują swego postępku, przyrzekają poprawę, przez pewien czas są idealni, po czym ponownie lekkomyślnie robią to samo. Nieubłagany krokiem dalej w tym postępowaniu jest zamach samobójczy lub jeszcze częściej — manifestacyjne samookaleczenie albo czynny opór władzy.

Jak już wspomniałem, w dzisiejszym świecie osobnicy niedojrzali emocjonalnie, zwłaszcza w wieku lat 19, nie należą do rzadkości. Kształtowanie się bowiem uczuć, ich rozwój — od niższych do wyższych — może być przyspieszony przez odpowiednie szkolenie, podobnie jak rozwój intelektu; jednakże dzisiejszy układ stosunków międzyludzkich w wielu wypadkach nie sprzyja temu procesowi. Szczególnie wyraziście zjawisko to daje się zaob-

serwować w społeczeństwach wysoko cywilizowanych. Wpływa na to cały szereg przyczyn. Mianowicie:

1. Wysoko rozwinięte kraje cechuje znakomity rozwój szkolnictwa. Niemal 100% dzieci może dostać się do szkół i osiągnąć, bez większego wysiłku finansowego ich rodziców, półśrednie (zawodowe), a nawet średnie wykształcenie. Obok szkoły, radio, telewizja, kino, książki, łatwo dostępna turystyka itp. przekazują dzieciom tysiące informacji, trenują ich uwagę, pamięć, ułatwiają kojarzenia, korygują pojęcia, dostarczają konkretnej wiedzy. Jednym słowem, w dzisiejszych czasach istnieją niespotykane możliwości kształcenia intelektu, które w zasadniczy sposób przyspieszają jego dojrzewanie.

2. Jednocześnie w krajach wysoko cywilizowanych faktyczne możliwości pozytywnego oddziaływania na emocjonalno-popędową sferę psychiki maleją. Uwaga ta dotyczy krajów kapitalistycznych, gdzie — jak zdaje się to wynikać z różnych publikacji socjologicznych, psychologicznych i psychiatrycznych — układy rodzinne, socjalne oraz polityka prowadzona przez instytucje kierujące środkami masowego przekazu, działają wręcz szkodliwie na kształtowanie się uczuć młodego obywatela. Ponieważ kraje socjalistyczne pozostają w ścisłym związku kulturowym z krajami kapitalistycznymi, wiele niekorzystnych zjawisk może przenikać i do nas.

Film i telewizja mają duże możliwości podejmowania pożytecznych treści z punktu widzenia wartości społecznych. Kraje Zachodu „poszły” jednak na najłatwiejsze i najefektowniejsze doraźne zaspokajanie najprymitywniejszych emocji i popędów, przez upowszechnianie tematyki pornograficznej, kryminalnej i taniej przygodowości. Podobną postawę przyjęli twórcy muzyki, prozy, poezji, sztuk plastycznych, którzy bądź zniżają się do mas (?), wprowadzając do swej twórczości elementy brutalności, grozy, pornografii czy „podrobionego” prymitywizmu, przekładając (w muzyce i piosenkarstwie) rytm i hałas nad inne treści muzyczne, bądź też izolują się od przeciętnego odbiorcy poprzez uduchowienie formy (nowe prądy w malarstwie i rzeźbie, muzyka nowoczesna, rozkojarzona składnia poezji, czy nawet prozy). W krajach socjalistycznych kładzie się duży nacisk na zręczne, interesujące i sugestywne przekazywanie w działalności artystycznej treści kształcących patriotyzm, pęd do wiedzy, humanitarne elementy filozofii życia, godność osobistą, dumę z osiągnięć ustroju itp. Nie zawsze jednak osiąga się należyte rezultaty w tej dziedzinie.

Drugim istotnym czynnikiem utrudniającym prawidłowe kształtowanie uczuciowości u dzieci i młodzieży są typowe dla

naszych czasów zmiany w komórce rodzinnej. Zazwyczaj pracują oboje rodzice, a jeżeli pracuje tylko ojciec, sytuacja materialna danej rodziny jest mniej korzystna. Na skutek pracy obojga rodziców utrudnione zostało systematyczne wychowanie przez matkę, z całą jej troskliwością i pogodą; może również słabnąć autorytet ojca.

Stała obecność matki jest niezbędna dla prawidłowego kształtowania się osobowości dziecka, zwłaszcza w ciągu pierwszych trzech lat życia. Dzięki codziennej opiece matki dziecko rozwija się w atmosferze poczucia bezpieczeństwa, spokoju i ciepła rodzinnego, niejako „bezkompleksowo”, w późniejszym zaś wieku matka oddziałuje łagodząco na szereg prymitywnych reakcji swego dziecka, kształtując w nim odruchowo uczuciowość wyższą.

Jak bardzo ważny jest autorytet ojca w domu, widać najlepiej po dzieciach panińskich, wdów, rozwódek. Jak to powszechnie wiadomo, dzieci te, często bywa, wykazują aspołeczne cechy charakteru i bardzo źle adaptują się do życia w społeczeństwie. Młody człowiek, nauczony w dzieciństwie przez ojca karności, przenosi podświadomie swój szacunek na nauczyciela i dowódcę w wojsku. Łatwiej jest go podporządkować, ponieważ wyniósł z domu szacunek dla autorytetu.

W dzisiejszych czasach stanowisko ojca w rodzinie na całym świecie utraciło już dawne swe znaczenie. Utracił również swój autorytet nauczyciel, przynajmniej w tym sensie, w jakim go miał jeszcze 40 lat temu. Dlatego dowódca wojskowy z tym większym wysiłkiem musi dbać o swój autorytet w jednostce. Poborowy, nie przyzwyczajony do dyscypliny domowej i szkolnej, dość często traktuje przewidziane regulaminem postępowanie dowódcy jako niezrozumiałe szykany.

Trzecim czynnikiem mającym istotny, a mało korzystny wpływ na kształtowanie się uczuciowości wyższej u młodzieży, jest jej bardzo wczesne usamodzielnianie się. Jest ono może zgodne z wcześniejszym dojrzewaniem fizycznym i intelektualnym, ale zupełnie niezgodne z całym procesem dojrzewania uczuciowego. W dzisiejszych czasach 16—18-latki obojga płci włączane są już do procesu produkcji, zarabiają, dysponują samodzielnie pieniędzmi, a nawet ze względu na swą liczebność, zaczynają dyktować wymagania w dziedzinie handlu, przemysłu lekkiego, sztuki. Stają się ważnym konsumentem, z którym liczą się producenci. Wielu na świecie socjologów zwraca uwagę na niekorzystne strony takiego zjawiska. Zbyt szybkie usamodzielnianie się ludzi nie w pełni dojrzałych do samodzielnego życia, wytwarza monstra wegetujące z dnia na dzień bez planu, bez wewnętrznej

potrzeby dalszego kształcenia się, przyzwyczajone do brania, a niechętnie wszelkiemu dawaniu z siebie.

W tym układzie obniżenie wieku poborowych do 19 lat, niezbędne z wielu względów natury socjologicznej i politycznej, obciąża wojsko dodatkowym balastem konieczności bardziej pedagogicznego podejścia do odbywających służbę wojskową, ponieważ z punktu widzenia rozwoju osobowości, daleko im jeszcze do pełnego ukształtowania.

W utrzymaniu prawidłowego stanu zdrowia psychicznego pomagają człowiekowi tzw. psychologiczne mechanizmy obronne, które co prawda nie zapobiegają urazom psychicznym i nie usuwają sytuacji trudnych lub niekorzystnych, ale zmniejszają lub znoszą przykre napięcia emocjonalne, które im towarzyszą (w tym przede wszystkim lęk). Do najbardziej rozpowszechnionych mechanizmów obronnych należą: racjonalizacja, kompensacja, hiperkompensacja, sublimacja, wyparcie, projekcja, myśli nadwartościowe, fantazjowanie. Mechanizmy obronne działają na zasadzie powtarzania pewnych sposobów zachowania się w określonych sytuacjach życiowych. Człowiek na ogół nie uświadamia sobie wówczas motywów swego postępowania. Nadmierny rozwój któregoś z tych mechanizmów, lub w ogóle ciągłe ich stosowanie, zamiast stawienia czoła narastającym zagrożeniom, może prowadzić do swoistej patologii psychicznej.

Przez **racjonalizację** rozumiemy stosowanie pozornie sensownego tłumaczenia przed samym sobą takiego postępowania, które w gruncie rzeczy ma zupełnie inne przyczyny. Np. brak sukcesów w pracy tłumaczymy nie własną nieudolnością, ale faktem, że nam na tej pracy nie zależy, bo stworzeni jesteśmy do wyższych celów.

Kompensacja i nadkompensacja rozwija się szczególnie u osobników, których dzieciństwo upłynęło pod znakiem mniejszej wartości (kalek, osób chowanych w ciężkich warunkach materialnych lub niechętniej dla nich atmosferze, osób z wadami urody itd.). Ludzie ci dążąc do uzyskania znaczenia, poświęcają wiele wysiłku rozwinięciu takich talentów i uzdolnień, które by zastąpiły ich wady i wykazały przed światem ich wysokie wartości. Np. osoby uważające się za brzydkie, starają się zdobyć wielką wiedzę i w ten sposób zaimponować innym. Hiperkompensacja (nadkompensacja) polega na usilnym zwalczaniu swej wady. Np. wątły młodzieniec przez uporczywy trening staje się sławnym sportowcem; człowiek z niekształtnym nosem, kosztem wielu bolesnych operacji plastycznych poprawia swoją urodę itp.

Sublimacja (inaczej uwzniośleniem) nazywamy przekształce-

nie popędu płciowego w energię życiową, nakierowaną na obiekty nieseksualne, np. znalezienie ujęcia dla tego popędu w pracy społecznej, twórczej, zawodowej itd.

Bardzo rozpowszechniony jest mechanizm obronny **wyparcia**. Polega on na zapominaniu wydarzeń, które stawiają człowieka wobec samego siebie w niekorzystnym świetle. Po pewnym, krótkim zwykle czasie, nieprzyjemne wydarzenia albo stają się „tabu”, albo też z przekonaniem podawane są w wybielającej formie. Dotyczyć to może również przyrzeczeń, które pochopnie złożyliśmy, a które później okazały się bardzo niewygodne.

Projekcja polega na przerzucaniu własnych, negatywnych cech na osoby drugie i obciążeniu ich odpowiedzialnością za skutki, jakie te cechy determinują.

Myśli nadwartościowe wielu autorów zalicza do psychopatologii (patrz zaburzenia myślenia). Miernie nasilone, spełniają jednak u wielu — często wybitnych — ludzi pozytywną funkcję obronną. Ludzie bronią się przed naporem środowiska fascynacją, jakimś określonym zainteresowaniem, któremu oddają się bez reszty. Może to być hobby, może temat pracy naukowej, może jakaś działalność społeczna lub w pełni absorbująca praca zawodowa. Uparte dążenie do celu, uznanego za ważniejszy od wszystkich innych, odsuwa na bok, jako rzeczy nieistotne, wszystkie sprawy marginesowe, dając człowiekowi wysokie poczucie własnej wartości. Staje się on wówczas ogromnie operatywny w określonym kierunku.

Mechanizmem obronnym, którego cechą — w odróżnieniu od myśli nadwartościowych — jest daleko posunięta bierność działania, zwykle bywa **fantazjowanie**. Jego istotą jest ucieczka od przykrej rzeczywistości w świat marzeń, w którym brak sukcesów i nie spełnione pragnienia niweluje wyobraźnia, czyniąca z marzących niepokonanych herosów.

Uzupełnieniem mechanizmów obronnych, uruchamianych na jawie, choć nie zawsze w sposób w pełni uświadomiony, są marzenia sennie. Zjawisko to, podobnie jak sen w ogóle, w aspekcie zdrowia psychicznego od tysięcy lat budziło powszechne zainteresowanie.

Badania ostatnich lat wykazały, że dawny pogląd, jakoby sen stanowił jednolite zjawisko, przechodzące od płytszych do głębszych stanów, któremu niekiedy, głównie w momencie spłylenia, towarzyszą marzenia sennie, okazał się fałszywy. Obecnie uważa się, że obok jawy i prawdziwego, głębokiego snu, prowadzącego do regeneracji procesów biochemicznych w komórkach układu nerwowego, istnieje jeszcze tzw. III stan, zwany inaczej „paradoksalną fazą snu”. Stan ten jest równie niezbędny dla pełni

zdrowia psychicznego, jak i pozostałe, jednakże przeżywanie go trudno jest określić wypoczynkiem.

Fazy snu paradoksalnego u dorosłych ludzi pojawiają się rytmicznie 4—5 razy w ciągu jednej nocy, mniej więcej co 1,5 godziny i trwają ok. 10—20 minut. We śnie paradoksalnym przeżywamy najbardziej intensywne marzenia senne. Dochodzi wówczas do bardzo emocjonalnie przeżywanych marzeń sennych, odbieranych z poczuciem realności, czego dowodzi fakt, że ludzie natychmiast po obudzeniu relacjonują swój stan tak, jakby to była rzeczywistość.

Zachowanie się człowieka i burzliwość przeżywanych marzeń sennych zależą ogromnie od treści tych marzeń. Z kolei zaś ta ostatnia uwarunkowana jest przeżyciami na jawie. Wydaje się bowiem, że marzenia senne stanowią m.in. niezbędną formę reakcji człowieka (w sposób symboliczny, magiczny i oderwany) na te urazy psychiczne, których doznał on w życiu realnym. Prawdopodobnie we śnie paradoksalnym urabia się także, w sposób zakodowany, postawa człowieka wobec tych decyzji, które podjąć będzie musiał po przejściu w stan jawy. Stąd pochodzi wniosek, wskazujący na niesłychaną wagę faz paradoksalnych snu dla zdrowia człowieka, i drugi, że obraz ich przybrać może dużo mniej wstrząsający charakter, jeżeli urazy psychiczne były prawidłowo odreagowane na jawie.

Różne teorie, zajmujące się kształtowaniem osobowości człowieka, podkreślają na ogół ewolucyjny charakter tego procesu. Według większości z nich, podobnie jak w rozwoju filogenetycznym, przekształciliśmy się stopniowo z ożywionej cząsteczki białka w homo sapiens, tak i w rozwoju ontogenetycznym (osobniczym) powoli uszlachetniamy naszą psychikę od poziomu niemowlęcia do poziomu dojrzałego człowieka. Pod tym względem zupełnie inny punkt widzenia przyjmuje tzw. teoria kryzysu R. Kaplana. Teoria ta zakłada, że osobowość człowieka kształtuje się nie systematycznie czy stopniowo, ale skokami, pod wpływem dużych i niebezpiecznych obciążeń psychiki, niejako w ogniu walki. Momentem powodującym korzystną przebudowę osobowości jest stress emocjonalny wywołany trudną sytuacją życiową (kryzys).

Każde przejście na wyższy poziom, to znaczy doskonalenie się osobowości, poprzedzone jest burzliwym, choć najczęściej krótkotrwałym stanem jej dezintegracji, zagrażającym złamaniem równowagi psychicznej. Ów okres przejściowej dezintegracji uzewnętrznia się klinicznie obrazem nerwicy, zaburzeń charakterologicznych, a niekiedy nawet psychozy. Te zespoły psychopatologiczne stanowią zatem, w świetle teorii kryzysu, pewną

naturalną fazę procesu adaptacji do zmienionych warunków środowiskowych, z której wyjść można co prawda niekiedy w kierunku przewlekłej choroby, ale najczęściej wychodzi się w kierunku wyższego standardu zdrowia psychicznego.

Dotychczas uważano przebycie stressu emocjonalnego, spowodowanego trudną sytuacją życiową, za czynnik szkodliwy. Teoria kryzysu głosi, że stress psychiczny jest czynnikiem korzystnym, pozytywnie kształtującym osobowość. Przyspiesza on jej dojrzewanie oraz rozwija jej emocjonalno-wolicjonarne składniki, tak jak nauczanie rozwija intelekt.

Wiele ludzi daje sobie radę z kryzysowymi sytuacjami samodzielnie, znakomicie znosząc dezintegrujące działanie stressu psychicznego i integrując się następnie przy pomocy wypracowanych każdorazowo na nowo mechanizmów obronnych. Inni, postawieni w sytuacji kryzysowej, wymagają pomocy ze strony życzliwej im i rozumnej osoby.

Badania Kaplana i współpracowników wykazały bardzo dużą podatność osób, będących w stanie kryzysu, na psychoterapię — a może nawet przede wszystkim tych osób, które uprzednio na psychoterapię były bardzo odporne. Ma to oczywiście duże znaczenie dla lekarskiej praktyki terapeutycznej. Fakt ten jest jednak niewątpliwie bardzo istotny także dla procesów wychowawczych i ten aspekt sprawy pragniemy między innymi uwypuklić w niniejszym rozdziale.

Jako kryzys (sytuację kryzysową) rozumie się stan emocjonalnego stressu, który zmusza organizm do stawiania czoła nieoczekiwanej, skomplikowanej lub trudnej sytuacji socjalnej, poprzez mobilizację mechanizmów obronnych.

Twórcy teorii kryzysu zakładają przy tym, że stress wywołany sytuacją kryzysową prowadzi nie tylko do **prostej mobilizacji** sił obronnych człowieka, ale i — co jest niesłychanie ważne — do **adekwatnej do sytuacji reorganizacji** mechanizmów adaptacyjnych osobowości.

Każdy osobnik może pod wpływem sytuacji kryzysowej udoskonalić swoje mechanizmy obronne, stając się przez to bardziej dojrzałym społecznie, bądź zareagować regresją, aż do prymitywnych, często dziecięcych mechanizmów obronnych, tak dalece niedostosowanych do aktualnych układów społecznych, że prowadzących, w kontekście realnej rzeczywistości, do zachowania ocenianego jako nerwicowe lub psychotyczne.

Zwolennicy teorii kryzysu dzielą sytuacje kryzysowe na:

1) **rozwojowe**, to znaczy takie, które w ciągu rozwoju człowieka zdarzają się w sposób naturalny;

2) przypadkowe, których nie można przewidzieć i które pewnym ludziom zdarzają się często, a innym rzadko lub wcale nie.

Do „rozwojowych” zaliczamy te, które od wczesnego dzieciństwa zdarzają się nam wszystkim, a wynikają z naturalnych zmian środowiska. Zmuszają nas one każdorazowo do adaptacji w warunkach nowych wymagań społecznych, a zatem i reorganizacji mechanizmów przystosowawczych (obronnych). Przykładem mogą służyć momenty pójścia do przedszkola, szkoły, wyjazd na pierwszy obóz szkolny, egzamin do liceum, matura, egzaminy czeladnicze, mistrzowskie, egzamin na wyższe studia, dyplom, pierwsza posada, zawarcie związku małżeńskiego, pierwsze dziecko, zmiana posady, awans itp.

„Przypadkowe” sytuacje kryzysowe, jak np.: choroba, operacja chirurgiczna, śmierć w rodzinie, wypadek, utrata pracy, niepowodzenie finansowe itp. Niekiedy nawet nieoczekiwane sukcesy mogą doprowadzić do kryzysu, który skończyć się może depresją lub inną formą reaktywnych zaburzeń psychicznych.

W zwykłych, codziennych warunkach dorosły człowiek, jako jeden z członków społecznej grupy, działa w tej grupie w zasadzie bez napięcia i z małym udziałem świadomej samokontroli. Stawiany jest stale przed mniej lub więcej znanymi sytuacjami, dostosowując się do nich z mniejszym lub większym opóźnieniem przy pomocy utartych, niemal nawykowych mechanizmów i reakcji. Jego kontakty z innymi ludźmi z danej grupy określane są pozycją społeczną, którą zajmuje w swym środowisku. Także szerszy krąg społeczny, w którym jest osadzony, zachowuje pełną równowagę. Nie oznacza to oczywiście, że równowaga ta, zarówno w mniejszej, jak i w większej grupie, ma charakter całkowicie statyczny. Jednakże siły, które ją naruszają, są znane i dany osobnik wie, jak sobie z nimi radzić. Działanie tych sił prowadzi do krótkotrwałych napięć emocjonalnych, a nawet zaburzeń w funkcjonowaniu psychiki, jednakże nie ma to istotnego znaczenia dla trwałości zdrowia psychicznego, ponieważ osobnik czy grupa posiadają wyrobione mechanizmy obronne, które pozwalają uchronić się od poważniejszego zachwiania równowagi (utrzymanie homeostazy).

Natomiast w sytuacji kryzysowej proces zachwiania równowagi psychicznej (np. w którejś z wyżej wymienionych sytuacji, dotyczących jednostki lub grupy) jest znaczniejszy, czy nawet bardzo duży, gdy sytuacja, w której się znalazł osobnik lub grupa, ma tak dużą siłę nacisku, że stosowane dotychczas mechanizmy obronne nie są już skuteczne. Trzeba zatem wypracować nowe, a to z kolei wymaga określonego wysiłku i czasu.

W tej sytuacji, we wstępnej fazie kryzysu rośnie napięcie sygnalizujące frustrację, ujawniające się niepokojem, lękiem, złym samopoczuciem, niepewnością i uczuciem zagrożenia. W zależności od zagrażającej siły oraz czasu jej trwania, organizm reaguje negatywnie — silniej lub słabiej — nie tylko zaburzeniem czynności psychicznych, ale i odczynem vegetatywnym, czy somatycznym. Osobnik taki reaguje w końcu spadkiem zwykłej efektywności, poczuciem beznadziejności i bezsiły.

Nie jest to sytuacja nieodwracalna. Coraz większe zagrożenie wywołuje dalszą mobilizację sił obronnych, a ponadto czyni daną osobowość szczególnie podatną na pomoc psychoterapeuty — renomowanego lub przypadkowego. Uruchomienie właściwych mechanizmów ochronnych zatrzymuje proces dezintegracji psychicznej, a nawet reintegruje osobowość na wyższy stopień rozwoju społecznego, dając osobie lub grupie satysfakcję przywrócenia homeostazy.

Reasumując, twórcy teorii kryzysu ujmują zachowanie się w sytuacji kryzysowej w 4 fazy:

I — początkowy wzrost napięcia pod wpływem działania bodźca wywołuje uruchomienie wypróbowanych mechanizmów obronnych, które przynosiły dotychczas sukces w utrzymaniu homeostazy;

II — brak sukcesu, a obok tego dalszy nacisk kryzysorodnych bodźców powoduje dalszy wzrost napięcia emocjonalnego, objawy dezintegracji czynności psychicznych i zanik sprawności w działaniu społecznym. Klinicznie objawia się ta faza obrazem nerwicy, a z drugiej strony, znacznym wzrostem podatności na psychoterapię;

III — dalszy wzrost napięcia prowadzi — jako potężny bodziec — do mobilizacji wszystkich sił wewnętrznych i zewnętrznych, nakierowanych na przywrócenie zachwianej homeostazy. Osobowość sięga do swych rezerw, uruchamiając mechanizmy obronne, działające zwykle w okresie maksymalnego zagrożenia. Używa nowych sposobów, które mogą przynieść nagły sukces i doprowadzić do przezwyciężenia trudności i stopniowego uspokojenia. W tej fazie może jednak dojść do rezygnacji i przekonania, że pokonanie trudności jest nieosiągalne. Pozytywne pokonanie kryzysu przyczynia się do integracji osobowości na wyższym poziomie i polepszenia pozycji człowieka w jego grupie społecznej;

IV — jeżeli problem wywołujący kryzys nie zostanie rozwiązany, dochodzi do utrwalenia ciężkiej nerwicy, psychozy reaktywnej lub psychopatyzacji osobowości.

To krótkie i bardzo ogólne wprowadzenie w teorię kryzysu pozwala nam jednak bliżej zapoznać się z podstawowymi jej

tezami. Sygnalizuje ono szereg praktycznych wniosków, które zdają się mieć duże znaczenie dla osób odpowiedzialnych za prawidłową gospodarkę kadrami. Zgodnie z teorią kryzysu, szczególnie uwagę powinno się zwracać na ludzi przystępujących po raz pierwszy do wykonywania zupełnie nowych dla nich funkcji — np. na absolwentów szkół wojskowych obejmujących pierwsze samodzielne stanowiska, oficerów przenoszonych na stanowiska diametralnie różniące się od poprzednio zajmowanych itp. Należy pamiętać, że objęcie takiego nowego etatu bardzo często oznacza wejście w sytuację kryzysową. Dlatego osoby odpowiedzialne za prawidłowy rozwój podległych im ludzi powinny być wyczulone na drugą i trzecią fazę kryzysu, nauczyć się ją wcześniej rozpoznawać i udzielać prawidłowej pomocy. Bowiem w czwartej fazie kryzysu potrzebny jest już psychiatra, co oznacza, że doszło do sytuacji wymagającej radykalnej interwencji.

Kryzysowe sytuacje przeżywać mogą nie tylko pojedyncze osoby, ale i duże oraz małe grupy ludzkie. Grupy te mogą być tworzone przez pewne trwale zintegrowane w określoną całość społeczności ludzkie, takie jak np.: rodzina, klasa społeczna, naród, grupa religijna, oddział, pododdział wojskowy, albo też przez przejściowo tworzące się, przelotne, choć dość ściśle określone subpopulacje. Przykładem tych ostatnich może być młodzież zdająca na wyższe uczelnie, niezamężne matki mające rodzić, młodzieńcy wcielani do wojska itp. Kaplan nazywa te subpopulacje „grupami szczególnego ryzyka”.

Przykładem klasycznej sytuacji kryzysowej dla grup zintegrowanych mogą być odpowiednio: rozwód, bezrobocie lub strajk powszechny, wojna (lub okupacja), ucisk religijny, walka w okrzepieniu.

W oddziale wojskowym w czasie pokoju sytuację kryzysową może wytworzyć zmiana dowódcy, wcielenie nowych żołnierzy do służby zasadniczej, wyjazd na większe ćwiczenia wojskowe, a dla młodego rocznika — nawet pierwsze strzelanie.

Poniżej posłużę przykładami zastosowania teorii kryzysu w środowisku wojskowym, w aspekcie zarówno prewencyjno-lecznym, jak i wychowawczym.

Znormalizowana regulaminami i programem szkolenia struktura życia wojskowego pozwala w dużym stopniu przewidywać ciąg typowych sytuacji kryzysowych, charakterystycznych dla tego środowiska. Doświadczenie polskich psychiatrów wojskowych wskazuje, że żołnierze służby zasadniczej wchodzą w sytuacje kryzysowe z reguły:

a) w okresie szkolenia podstawowego;

- b) w ciągu pierwszych 3 miesięcy służby w nowej jednostce;
- c) w czasie pierwszych większych ćwiczeń wojskowych;
- d) przy nagłych przeniesieniach do innych jednostek;
- e) w ostatnich tygodniach służby wojskowej.

Żołnierze zawodowi często przeżywają „naturalny” kryzys w okresie:

- a) rozpoczęcia nauki w szkole lub akademii wojskowej;
- b) kończenia w/w szkół i oczekiwania na przydział stanowiska służbowego;
- c) rozpoczęcia pierwszej pracy w jednostce;
- d) ważniejszych zmian miejsca i rodzaju pracy;
- e) mniej więcej 13 roku służby wojskowej;
- f) przedemerytalnym.

O tych typowych, naturalnych sytuacjach kryzysowych, odpowiadających niejako pojęciu „kryzysu rozwojowego” w nomenklaturze Kaplana, powinni pamiętać przełożeni żołnierza. Są to bowiem okresy, w których żołnierz wymaga tzw. „interwencji kryzysowej”, czyli udzielenia takiej pomocy psychoterapeutycznej, która ukierunkowałaby wyjście z sytuacji kryzysowej na wyższy stopień.

Ogólnie rzecz biorąc, pomoc ta — zgodnie z teorią kryzysu — powinna opierać się na generalnej zasadzie: postawić człowieka wobec pełnego zagrożenia nową sytuacją, bez możliwości stosowania jakichkolwiek uników, a w momencie gdy widać, że nie daje on sobie rady, udzielić mu rozsądnej i „życiowej” pomocy, wskazując najbardziej racjonalne wyjście; wspierać go cierpliwie i wielokrotnie, jeżeli po pierwszej próbie nadal popełnia błędy; gdy zadanie przekracza jego możliwości adaptacyjne, wskazać możliwości przystosowania się do pracy na innym stanowisku.

Na taką „interwencję kryzysową” powinien być nastawiony każdy dowódca, każdy oficer polityczny. Tylko w wyjątkowych przypadkach uzasadniona jest pomoc lekarza psychologa lub psychiatry.

Warto zresztą w tym miejscu podkreślić, że dowódcy z prawdziwego zdarzenia od wieków stosują ten sposób postępowania. Wszystkie regulaminy i instrukcje wojskowe, pisane i nie-pisane zasady etyki oficerskiej, cały „kodeks” postępowania dowódców — wszystko to zmierza do ukształtowania oficera jako osobowości budzącej autorytet i przywiązanie podwładnych; przełożonego surowego i wymagającego, ale szanującego godność osobistą podwładnego, któremu służy radą i pomocą w trudnych sytuacjach służbowych i prywatnych — przełożonego będącego wyrocznią oraz wzorem zachowań.

Prawidłowo przebiegająca służba wojskowa przyspiesza proces społecznego dojrzewania obywatela, a do właściwie postępujących dowódców, żołnierz-rezerwista często jeszcze po długich latach zwraca się z prośbą o radę i pomoc w trudnych sytuacjach życiowych.

Fakt ten uznany jest zresztą przez teorię kryzysu, która służbę wojskową traktuje jako jedną z metod prewencji zaburzeń psychicznych. Według nomenklatury Kaplana, służbę wojskową zalicza się do społecznego programu podstawowej prewencji zaburzeń psychicznych (A Community Program for Primary Prevention), określając ją jako służbę społeczną, uruchamiającą mechanizmy utrzymujące przy zdrowiu (Service to foster healthy coping), podkreślając zarazem aspekt jej kształtującego oddziaływania na charakter.

Powołując się na pracę amerykańskiego psychiatry wojskowego Glassa, twórcy teorii kryzysu podkreślają, że w warunkach służby wojskowej można uzyskać dużo lepsze wyniki w leczeniu nerwic, jeżeli żołnierza wykazującego zaburzenia emocji i zachowania nie skieruje się do szpitala psychiatrycznego, lecz udziela mu się pomocy, pozostawiając go w pododdziale. Musi być przy tym jednak zachowany podstawowy warunek — przełożony musi znać zasady interwencji kryzysowej, a żołnierze równi choremu koledze stanowiskiem, muszą mu okazać serdeczność i zrozumienie.

4. ROLA I ZNACZENIE LĘKU W PSYCHOLOGII I PSYCHOPATOLOGII

Dopóki psychiatria i psychopatologia zajmowały się wyłącznie chorobami psychicznymi, w ścisłym tego słowa znaczeniu, rola lęku — jako przyczyny zachorowalności psychicznej — traktowana była marginesowo. Jeszcze w drugiej połowie XIX wieku, w podręcznikach psychiatrii na temat tego stanu emocjonalnego spotkać można było jedynie marginesowe wzmianki. Dopiero Freud i jego uczniowie, a później w połowie XX wieku tzw. amerykańscy kulturaliści (a zwłaszcza Horney i Sullivan) wyłansowali lęk, jako najpotężniejszy czynnik chorobotwórczy. Stało się tak dlatego, że zarówno psychiatria jak i psychopatologia zwróciły szczególną uwagę na problematykę nerwic.

Liczne publikacje naukowe oraz szeroki ruch popularyzatorski, który towarzyszy zarówno psychoanalizie, jak i neopsychologicznym poglądom kulturalistów spowodowały, że powszechnie przyjęto sądzić, jakoby lęk stanowił wyłączną domenę psychiatrii. Spełnia on bowiem w zasadzie dwie wybitnie nega-

tywne role: jest albo przyczyną, albo objawem zaburzonych czynności psychicznych.

Traktowanie lęku jako zjawiska wyłącznie psychopatologicznego jest jednak błędem. Nie negując bowiem jego znaczenia dla psychiatrii, należy pamiętać również o pozytywnej roli lęku w procesie kształtowania osobowości normalnego człowieka.

Lęk jest najbardziej chyba intymnym stanem emocjonalnym, towarzyszącym człowiekowi od kolebki po grób, wszechstronnym i znakomicie sprzężonym z innymi, nawet przeciwstawnymi sobie emocjami. Spełnia on nie tylko rolę niszczycielską, ale w większości sytuacji życiowych oddziałuje pozytywnie na prawidłowy rozwój osobowości. Można zaryzykować twierdzenie, że umiejętność właściwego selekcjonowania bodźców lękotwórczych i elastyczność reagowania na sytuacje lękowe decydują o utrzymaniu właściwego standardu zdrowia psychicznego.

Lęk, sygnalizując niebezpieczeństwo, ostrzega przed nim osobowość. Przez analogię możemy zatem powiedzieć, że spełnia on w systemie wyższych czynności nerwowych rolę podobną do tej, którą w systemie czuciowo-ruchowym spełnia ból. Wiemy zaś, że ból — choć jest pozornie przekleństwem człowieka — w istocie swej ochrania go przed utratą zdrowia lub życia. Nic więc dziwnego, że lęk jest przedmiotem zainteresowania nie tylko lekarzy (szczególnie psychiatrów), lecz także naukowców i praktyków, zajmujących się człowiekiem zdrowym: fizjologów, psychologów, socjologów i filozofów oraz wszystkich tych, którzy spełniają funkcje wychowawcze — od rodziców, nauczycieli i dowódców wojskowych, po przywódców politycznych.

Niesłychanie ważne znaczenie lęku znalazło swe odbicie w mowie potocznej, która zawiera bardzo dużo określeń i synonimów, starających się oddać różne odcienie tego zjawiska; lęk, strach, trwoga, obawa, przerażenie, groza, bojaźń, fobia, panika, przestrasz, trema, niepokój, popłoch, tchórzostwo, nieśmiałość, płochliwość — to prawdopodobnie jeszcze nie wszystkie wyrażenia z tego semantycznego kręgu. W tej sytuacji zaskakuje stosunkowo niska wiedza o tej, bądź co bądź, podstawowej emocji. Dane o lęku podawane są wycinkowo i w sposób nieusystematyzowany, nawet w monografiach na ten temat, a publikacje, omawiające całościowo życie emocjonalne, wyraźnie unikają najbardziej wnikliwego, przede wszystkim zaś wieloaspektowego opisu tego zjawiska. Szczególnie odczuwa się brak syntetycznej wiedzy o lęku, scalającej badania — przeprowadzone w ostatnich latach w pracowniach neurofizjologów, biochemików, psychofarmakologów i psychologów — ze starymi poglądami psychologów i psychiatrów.

W przedstawionej tu pracy nie kusimy się o całościowe przedstawienie złożonej problematyki lęku. Chcemy jedynie uwypuklić współczesne poglądy na:

- 1) pojęcie lęku i jego klasyfikację
- 2) przyczyny lęku (w aspekcie różnych teorii)
- 3) sposoby przetwarzania lęku.

Ponadto pragniemy przekazać szereg praktycznych uwag na temat znaczenia lęku dla procesu nauczania w wojsku oraz właściwego układania stosunków międzyludzkich w środowisku wojskowym.

Ad 1. Definicja i klasyfikacja różnych postaci lęku

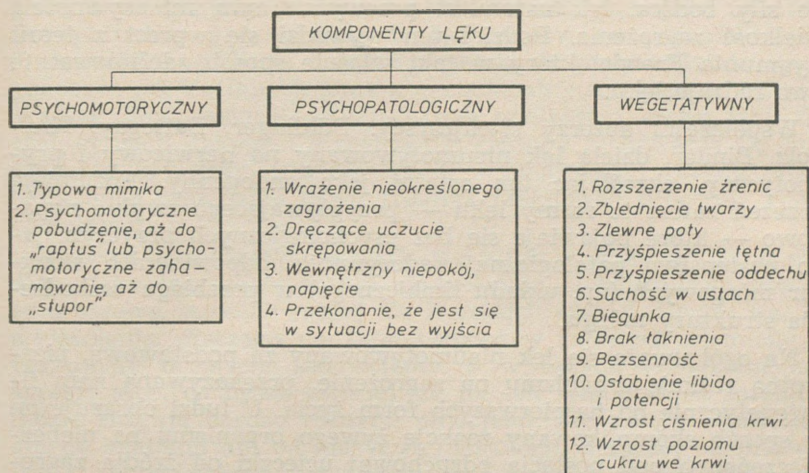
W języku polskim pojęcie lęk zdaje się mieć dwa znaczenia. Pierwsze, szerokie, obejmujące całość problematyki związanej z określonym stanem emocjonalnym, i drugie — zarezerwowane tylko dla jednej jego postaci.

Co się tyczy pierwszego znaczenia, to wydaje się, że najbardziej lapidarnie można by określić lęk jako: **nieprzyjemnie odczuwany stan emocjonalny, sygnalizujący zagrożenie o takiej sile, która zdaje się przerastać możliwości odporu ze strony organizmu.**

Nie jest to objaw, lecz zespół objawów, odznaczających się dość charakterystycznymi zmianami psychicznymi, motorycznymi i wegetatywnymi, przedstawionymi w tabeli 2.

U ludzi dojrzałych podczas trwania każdego rodzaju lęku występują wszystkie trzy grupy objawów, aczkolwiek nie zawsze nasilenie ich bywa proporcjonalnie duże. Niekiedy na plan pierwszy wysuwają się objawy psychiczne, kiedy indziej wegetatywne, a jeszcze w innych sytuacjach, motoryczne. Jest rzeczą interesującą, podkreślaną niekiedy w monografiach, lecz słabo akcentowaną przez ogół lekarzy i psychologów — natomiast istotną dla szkolenia wojskowego — że wegetatywne i motoryczne komponenty lęku stwarzają fizjologiczny stan pogotowia dla natychmiastowego przejścia w agresję. Wilgotne dłonie ułatwiają chwyt przeciwnika, wilgotne ciało utrudnia chwyt przeciwnikowi, wysoki poziom cukru we krwi i podwyższone ciśnienie krwi zwiększają ogólną sprawność działania, opróżniony pęcherz i jelita ułatwiają walkę, wzmożona krzepliwość krwi zmniejszy krwawienie z ewentualnych ran. Napięte i sprawne w działaniu mięśnie zapewniają gotowość do agresji. Obserwowana w życiu łatwość przechodzenia z lęku w agresję jest zatem paradoksem zaplanowanym przez naturę.

Tabela 2



Różne klasyfikacje emocji lękowych dają się sprowadzić do dwóch podstawowych postaci:

1) lęku spowodowanego określonym wydarzeniem, sytuacją, przedmiotem — czynnikami, o których mówi się, że są obiektywnie zagrażające;

2) lęku, którego źródło jest nieznane lub nie daje się obiektywnie zinterpretować jako rzeczywiste niebezpieczeństwo.

Pierwszy rodzaj lęku nosi w języku polskim miano **strachu**. Określany jest także, według innych nomenklatur, jako **lęk rzeczywisty** (real Angst), **lęk umotywowany** albo **realny**. Towarzyszy mu z reguły zachowanie świadomości i wgląd w przyczynę powstania, a ponadto znaczne nasilenie objawów — głównie w zakresie zaburzeń motorycznych oraz wegetatywnych, a także ostry przebieg.

Drugi rodzaj lęku cechuje przede wszystkim brak jasności co do jego źródła, przewlekły przebieg oraz przewaga objawów psychicznych nad wegetatywnymi, a szczególnie motorycznymi. Język polski nie ma specjalnej nazwy dla tej formy lęku, co wydaje się podkreślać jego pierwotny charakter. W piśmiennictwie niemieckim i anglosaskim ten rodzaj lęku nazywa się „**nerwicznym**”, poza tym dość często używa się określenia: „**lęk nieumotywowany**”.

Wielu autorów strach traktuje jako reakcję organizmu na zagrożenie obiektywne, a lęk jako reakcję na zagrożenie subiek-

tywne, przy czym strach ma cechować reakcja proporcjonalna do siły bodźca, lęk natomiast przewyższa swą intensywnością wielkość zagrożenia. Podział ten wywodzi się wprost z teorii Zygmunta Freuda, który w taki właśnie sposób zdefiniował te dwa rodzaje lęku.

Współcześni autorzy szwajcarscy: Pöldinger, Battagay, Kieholz, Binder, dzielą lęk nieumotywowany na nerwicowy i psychotyczny, określając ten ostatni jako endogeny. Rozumieją przezeń zatem te formy lęku — przyływającego zwykle napaadowo — które pojawiają się bez psychologicznych przyczyn, jako następstwo patologicznej nadczynności odpowiednich struktur mózgowych (np. układu limbicznego) w przebiegu uszkodzenia struktury mózgu.

Na ogół uważa się lęk nieumotywowany za podstawową, pierwotną reakcję organizmu na zagrożenie, przekazywaną nam filogenetycznie od najpierwszych form życia. U ludzi obrazuje on w sposób skomplikowany reakcję żywego organizmu na niebezpieczeństwo pod postacią odruchowej ucieczki od źródła zagrożenia. Inaczej mówiąc, jest to stan emocjonalny oparty o odruch „od”, postawę „od”, czyli antycypację negatywną, według nomenklatury psychologicznych. Strach w tym rozumieniu jest stanem emocjonalnym wtórnym, rozwiniętym w procesie rozwoju ontogenetycznego, w wyniku zetknięcia się z konkretnymi urazami, wpływającymi ze świata otaczającego lub z własnego ciała (choroby, głód). Watson i Wallon postawili jednak tezę, że pierwotną emocją jest strach, pojawiający się po raz pierwszy po urodzeniu się dziecka, lęk zaś rozwija się wtórnie, przez doświadczenie życiowe.

Antoni Kępiński nie rozróżnia podziału na strach i lęk, a klasyfikuje lękowe stany emocjonalne według przyczyn, które je wywołują. Mówi o lęku biologicznym, społecznym, moralnym i dezintegrującym. Z jego publikacji wynika, że wszystkie te rodzaje lęku mogą przebiegać zarówno pod postacią strachu, jak i lęku nieumotywowanego, w zależności od układu różnych sytuacji, siły bodźca, dynamizmów w przebiegu zagrożenia organizmu, cech osobowości itp.

Ad 2. Anatomiczne podstawy i mechanizmy powstawania lęku

Badania nad istotą lęku utrudnia brak sprecyzowanych danych o jego strukturalnym podłożu. Próby poszukiwania ośrodków lęku nie dały wyników.

Niektóre badania neurofizjologiczne oraz obserwacje neuro-

chirurgów wskazują na podwzgórze i płaty skroniowe, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. układu limbicznego, jako na okolicę pośrednio przynajmniej mające wpływ na pojawianie się i nasilanie lęku. Kora mózgowa spełnia w odniesieniu do lęku, podobnie jak do innych stanów emocjonalnych, rolę korygującą. Według Reykowskiego, dostraja ona wielkość i cechy lęku do cech sytuacji, tworzy i przechowuje sposoby zachowania się służące redukcji lęku, pośredniczy w wywoływaniu reakcji emocjonalnych oraz sama bywa źródłem niektórych procesów emocjonalnych.

Badania neurofizjologów zdają się zatem wskazywać, że u podłoża lęku leżą nieswoiste i niedokładnie zlokalizowane procesy nerwowe, wspólne raczej dla wszelkich emocji. Uważa się, że wyjaśnienia, dlaczego na jakiś bodziec w pewnych momentach reagujemy uczuciem zadowolenia, a w innych — lękiem lub agresją albo, co bywa częściej, że na ten sam bodziec rozmaici ludzie reagują bardzo różnymi emocjami, nie należy oczekiwać ani od anatomii ani od klasycznej fizjologii, a raczej od biochemii i neurofizjologii rozumianej nowocześnie, tzn. bardzo szeroko. Rozpiętość objawów wchodzących w zakres zespołu lękowego — od zaburzeń mięśniowych, poprzez wegetatywne, do psychicznych — wskazuje raczej na wieloukładową reakcję organizmu w przebiegu lęku. W grę muszą wchodzić — poza układem nerwowym, somatycznym i wegetatywnym — także układ wewnętrznydzielniczy i krążenia. Wydaje się zatem, że reakcja lękowa jest nieswoistą reakcją organizmu na mało sprecyzowane i indywidualnie przez każdego człowieka rozpoznawane — w drodze ontogenetycznych doświadczeń — bodźce, zagrażające mu z zewnątrz lub z jego własnego organizmu, przy czym wyjaśnienie dynamiki tego zjawiska należeć będzie do biochemii. Fakt, że istnieje cały szereg środków psychofarmakologicznych, które dość niepełnie działają przeciwko lękowi — bez względu na jego przyczynę — zdaje się potwierdzać tę koncepcję. W przedstawionej powyżej hipotezie widać dużą analogię do pojęcia *stressu* utworzonego przez Selye'a.

Stress jest również nieswoistą, zawsze taką samą reakcją organizmu na zagrażające mu działanie rozmaitych *stressorów*. Określony został przez swego odkrywcę *wspólnym mianownikiem wszystkich odczynów przystosowawczych ustroju*. *Stress* przebiega z dużym komponentem zaburzenia, zarówno układu wewnętrznydzielniczego, jak i wegetatywnego, i nie można go powiązać z żadną konkretną lokalizacją, mimo że sterownicza rola układu nerwowego musi tu istnieć niewątpliwie. Lęk, podobnie jak *stress*, ogarniając zakresem swego działania cały

ustrój, może spełniać dla organizmu zarówno rolę pozytywną, jak i negatywną.

Według A. T. Jersilda, który badał reakcje lękowe w różnych okresach życia dzieci, emocja ta podlega procesowi dojrzewania. Dopatrzeć się w nich można ontogenetycznego powtórzenia rozwoju filogenetycznego. W pierwszych tygodniach życia dziecko reaguje na bodźce lękotwórcze, podobnie jak bardzo prymitywne zwierzę (np. owad), wyłącznie układem motorycznym. Jest to tzw. reakcja wstrząsu, która polega na wystąpieniu niezbyt skomplikowanego zespołu ruchów, bez widocznego komponenta psychicznego i wegetatywnego; dziecko mruży oczy, wciąga brzuch, wykonuje drgnięcie całym ciałem, z odrzuceniem głowy do tyłu. Bogatsza symptomatyka pojawia się około 5 miesiąca życia. Dziecko w sytuacji zagrożenia przejawia wtedy ogólny, nie skoordynowany niepokój ruchowy, krzyczy, płacze, może oddać mocz i stolec, stwierdza się u niego przyspieszoną akcję serca. Dla Jersilda jest to prototyp lęku. Pierwsze objawy rozwiniętego lęku pojawiają się wraz z rozwojem zdolności do różnicowania bodźców dopiero przy końcu pierwszego roku życia i przypominają już w pełni ukształtowany stan lękowy ze wszystkimi jego komponentami. Po 6 lub 7 roku życia pojawia się zdolność świadomego panowania nad lękiem. O ile pojawienie się uczucia lęku i strachu endogennego może być tłumaczone we względnie prosty sposób, o tyle interpretacja przyczyn lęku nieumotywowanego, czyli nerwicowego, natrafia na duże trudności. Jednym z pierwszych poważniejszych badaczy, którzy zastanawiali się nad genezą tego typu lęku, był Zygmunt Freud. Niezależnie od tego, co sądzymy o Freudzie i freudyzmie, poglądy jego warto przytoczyć, ponieważ ciążą one do dziś, w większym lub mniejszym stopniu, nad psychologią i psychopatologią głównie krajów anglosaskich oraz zachodnioeuropejskich.

Freud, początkowo w oparciu o obserwacje kliniczne, doszedł do wniosku, że lęk powstaje na skutek niezaspokojenia instynktownych potrzeb jednostki. Jednostka wypiera te pragnienia ze swej świadomości, ponieważ z jakichś względów uważa je za niemożliwe do zrealizowania (głównie z powodu tego, że ich realizacja sprzeczna jest z normami kulturowymi danego społeczeństwa). Wyparcie to jest przyczyną lęku. Ten zaś manifestuje się objawami nerwicowymi, które go maskują.

Nerwica byłaby zatem próbą radzenia sobie z sytuacją wywołującą lęk. W późniejszych latach Freud zmienił zdanie. Doszedł do wniosku, że u podłoża nerwicy leży lęk, jako zjawisko pierwotne, a nie wtórne. Zagrożony niebezpieczeństwem orga-

nizm reaguje lękiem, który to następnie jest wypierany do podświadomości przez nerwicowe mechanizmy obronne.

Freud i klasyczni psychoanalitycy sprowadzili oczywiście niebezpieczeństwo do zakłóceń funkcji libido oraz do konfliktów między *Id*, *Ego* i *Super-ego*. Późniejsi, o dynamicznej orientacji psychiatrzy i psychologowie amerykańscy, z Karen Herney na czele, uznali zakłócenia w stosunkach międzyludzkich za główne źródło powstawania lęku. *Hostility* — poczucie wrogości, groźba odepchnięcia przez partnera, który uzależnił nas od siebie emocjonalnie, kłopoty adaptacyjne — to według nich główne przyczyny tego typu lęku. Podobno w momencie porodu dziecko przeżywa pierwszą próbę odepchnięcia go od znaczącej dla niego osoby. Biologicznie wiąże się to z ostrym brakiem tlenu, czyli duszeniem się; w subiektywnym naszym odczuciu próba odrzucenia pokonana jest w tym wypadku donośnym krzykiem i unaocznia się niepokojem ruchowym. Stąd przez całe życie brak tlenu wywołuje w nas paniczny strach i jakby dla odepchnięcia od siebie niebezpieczeństwa, identycznego jak ten sprzed laty, w momencie odcięcia pępowiny — wrzeszczymy, mocno wierzgamy nogami i wykazujemy dalsze typowe objawy podniecenia ruchowego. Przedmiotem powstawania dalszych odczuć lękowych jest niewłaściwe oddziaływanie matki i najbliższych osób z otoczenia na niemowlę, w drodze tzw. empatii.

Empatia (po polsku: „wczuwanie się”, „wczucie”) polega na rozpoznaniu stanów uczuciowych matki, bez kontaktu słownego czy rozumowego. Dziecko, które jeszcze nie mówi i nie pojmuje z życia nic poza najprymitywniejszymi doznaniem w zakresie zapewnienia sobie podstawowego komfortu życiowego, doskonale orientuje się w stanach emocjonalnych matki, wsłuchując się w rytm bicia jej serca, oglądając wyraz jej twarzy, czując zapach jej ciała. Lęk, depresja, uczucie niezadowolenia u matki, natychmiast udzielają się dziecku. Podobnie zresztą matka wczuwa się natychmiast w zmiany nastroju swego dziecka. Sullivan podkreśla, że wiele jeszcze lat po urodzeniu, stany emocjonalne dzieci zależą w istotny sposób od stanów emocjonalnych otaczających je osób, które dla dziecka stanowią model „znaczących dorosłych” (*significant adults*). Twierdzi on, że w tym okresie całkowitej zależności od „znaczących dorosłych”, rozwijający się młody człowiek przejmuje od nich wiele cech psychicznych, modeli zachowania się i postaw życiowych, bez możliwości przeciwdziałania temu. W środowisku nie sprzyjającym prawidłowemu kształtowaniu się osobowości człowiek może od zarania swoich dni „naładowywać się” lękiem, agresywnością czy biernością, które zaważą następnie na jego dorosłej osobowości. Przy-

pomina to prawo społeczne zawarte w ludowym przysłowiu: „czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na stare lata trąci”.

Nawyki nabyte w dzieciństwie, spychane są później do podświadomości. Dzięki temu wiele naszych zachowań w wieku dojrzałym zaskakuje nas samych. Wynikają one z nabytych w dzieciństwie mechanizmów zachowania, o których zapomnieliśmy, ale które o nas „nie zapomniały”, dając o sobie znać w określonych sytuacjach, przypominających sytuacje z lat dziecinnych.

„Kulturaliści” podkreślają, że aby prawidłowo wychować człowieka, trzeba pamiętać o jego podstawowych zapotrzebowaniach psychicznych, na różnych etapach rozwoju. W niemowlęctwie jest to **potrzeba bezpośredniego kontaktu z wychowującą dorosłą osobą**, jako ostoja ciepła i spokoju; w dzieciństwie ($\pm 2-8$ lat) — **potrzeba współuczestniczenia dorosłych w zabawach dziecka**; w okresie przedpokwitania ($\pm 8,5-10$ lat) — **serdecznej przyjaźni z rówieśnikami tej samej płci**; w okresie pokwitania — **potrzeba heteroseksualnych kontaktów**; w okresie młodzieńczym — **potrzeba akceptacji otoczenia i uznania dla samego siebie**.

Niemówność zaspokojenia we właściwy sposób wyżej wymienionych potrzeb wytwarza przekonanie o wrogości otoczenia, rodzi lęk (lub agresywność) i prowadzi do nerwicy (lub wadliwie kształtuje osobowość, a przeważnie powoduje i jedno, i drugie).

Wielu badaczy interesujących się lękiem w aspekcie jego wpływu na kształtowanie się osobowości uważa, że choć nie sposób negować jego twórczych oddziaływań w tym względzie, to jednak nadmiar sytuacji lękowych w dzieciństwie rzutuje negatywnie na okres dojrzałości. Lęk bowiem, sygnalizując poczucie zagrożenia i wrogości ze strony otaczającego środowiska powoduje, że dziecko zaczyna szukać sposobów na uczynienie bezpiecznym swego życia w tym nieprzychylnym dla siebie świecie. Dobiera oczywiście środki i metody dostępne dla siebie w danych warunkach. Po pewnym czasie nabierają one charakteru przymusowego, ponieważ dziecku wydaje się, że tylko kurczowo trzymając się raz wypróbowanego sposobu, uniknie potencjalnych niebezpieczeństw przez całe życie. Tendencje takie ugruntowują się coraz silniej, tak że później służą nie tylko odcięciu się od prawdziwego lub domniemanego zagrożenia, ale stają się również jedynym środkiem osiągnięcia pełni zadowolenia. Horney uważa, że z czasem mogą się stać głównymi zasadami postępowania ludzkiego, i określa je tendencjami nerwicowymi. Nie tylko niemożność ich zaspokojenia, lecz nawet i niemożność ich stosowania wywołują wtórnie niepokój i lęk oraz po-

czucie zagrożenia wobec otaczającego świata. Zaczyna tu działać niejako zasada błędnego koła.

Sullivan, który lękowi przypisuje jeszcze większą siłę niż inni analitycy uważa, że w procesach kształtowania osobowości i wychowania spełnia on rolę tyle potężną co groźną. Jest on zdania, że paraliżujący wpływ doznań lękowych — szczególnie niebezpieczny w okresie niemowlęstwa i wczesnego dzieciństwa — sprawia, iż każdy człowiek dużą część swego życia i energii poświęca na jego ograniczenie lub opanowanie. Jest to działalność o tyle bezproduktywna, że gdyby udało się jej uniknąć, wychowanie dziecka przebiegałoby o wiele szybciej, a dojrzałość byłaby bardziej pogodna.

Bardzo istotnym elementem kontaktów między dzieckiem a rodzicami jest czułość. Powinna ona szczególnie żywo być okazywana przez ojca i matkę w okresie, w którym więź uczuciowa nawiązuje się drogami empatii, a także we wczesnodziecięcym okresie rozwoju, kiedy to dziecko pragnie, aby w jego zabawie uczestniczyli dorośli opiekunowie. Niezaspokojenie potrzeby czułości w czasie pierwszych kontaktów międzyosobowych powoduje u dziecka przestawienie zachowania pełnego miłości i oddania, na zachowanie złośliwe; kiedy pragnie ono czułości ze strony rodziców, zachowuje się wobec nich tak, jakby uważało ich za wrogów. Być może jest to podświadomie sterowana manifestacja, ponieważ dziecko przyzwyczajone do empatycznego sposobu kontaktowania się z rodzicami sądzi, że jego negatywna relacja zostanie właściwie odczytana. Tymczasem zwykle bywa odwrotnie. Brak przejawów czułości u matki, a zwłaszcza u ojca, zwykle bierze się z braku czasu, zmęczenia lub ogólnego rozdrażnienia. Mało kto zna się na psychologii rozwojowej, zwłaszcza gdy ma lat dwadzieścia. Stąd zamiast czułości u rodziców pojawia się rozgoryczenie i agresywność, w związku z czym konflikt zaostrza się, a u dziecka narastają poczucie wrogości otaczającego świata i lęk przed nim. Przy tym wszystkim dziecko nie jest w stanie zmienić swego stereotypu zachowania, jego złośliwa reakcja na brak czułości utrwała się, wytwarzając na okres wielu lat nieprzychylną postawę wobec rodziców.

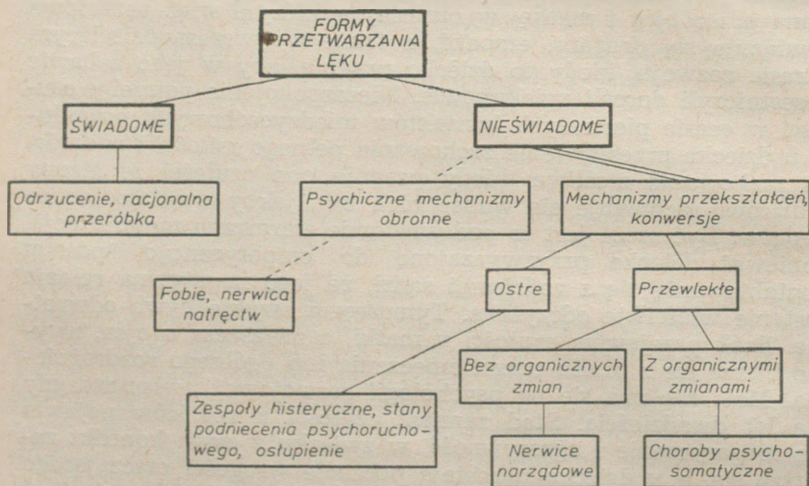
Niezależnie od poglądów Freuda i późniejszych psychoanalityków nie zorientowani analitycznie psychiatry również zwrócili uwagę na bardzo istotne dla zdrowia psychicznego zjawisko uruchomienia przez ludzi zagrożonych lękiem różnych — omówionych wyżej — mechanizmów obronnych, świadomych i nieświadomych, które przetwarzają tę emocję w różne zespoły psychiczne lub somatyczne, często nie przypominające niczym modelem wzorcowego. Na ogół uważa się, że życie w społeczeństwie

coraz bardziej uniemożliwia odreagowanie lęku wprost, to znaczy poprzez fizyczną ucieczkę przed niebezpieczeństwem lub uruchomienie agresji wprost wobec przeciwnika. Z drugiej strony, życie w naszych czasach nastęrcza nie mniej, a może nawet więcej niebezpieczeństw niż życie w społeczeństwie dawnym. Złe odreagowany lęk kumuluje się i przetwarza w sposób chorobliwy.

Ad 3. Formy przetwarzania lęku

Typowe dla współczesnego człowieka formy przetwarzania lęku przedstawia w graficznym ujęciu Pöldinger (tabela 3).

Tabela 3



Jak widzimy, formy te mogą mieć charakter świadomy i nieświadomy. Świadome dają najlepsze rezultaty pod względem pełni odreagowania, rzadko jednak są dostatecznie silne, aby pokonać gwałtowny napór, zwłaszcza przewlekłe działających czynników lękorodnych. Opierają się one głównie na rozumowym odrzuceniu lęku, przez rozpracowanie racjonalnych wyjść z sytuacji silnego zagrożenia, lub aktywnym przetwarzaniu lęku na emocje pozytywne, dające poczucie komfortu psychicznego. Przykładem pierwszego działania będzie utrata lęku przed nieprzyjacielem, po chłodnym wykalkulowaniu wyższości własnych

wojsk; przykładem drugiego — racjonalne przetworzenie lęku przed śmiercią, w toku działań wojennych, na patriotyczne przekonanie o konieczności podjęcia ryzyka walki nawet z silniejszym wrogiem, dla uzyskania wyższego celu — odniesienia ostatecznego zwycięstwa, inaczej mówiąc — postawienie na bohaterstwo.

Na uruchomienie, odrzucenie lub racjonalną przeróbkę lęku nastawiona jest większość technik psychoterapeutycznych. Zazwyczaj już sama rozmowa z lekarzem lub osobą cieszącą się autorytetem i zaufaniem działa przeciwlękowo.

Nieświadome mechanizmy przetwarzania lęku z reguły prowadzą do rozwijania się różnych zespołów psychopatologicznych, często niczym nie sygnalizujących w swym obrazie klinicznym genezy lękowej, a niekiedy w nikły tylko sposób akcentujących pierwiastek psychiczny.

Najbardziej „psychiczne” objawy utajonego lęku to fobie i natręctwa. Mimo że — zwłaszcza fobie — same zawierają w sobie element lęku, ich praprzyczyna, działająca najczęściej w odległym dzieciństwie, rzadko bywa odkryta. Ostre zaburzenia hysteryczne, zwłaszcza typu konwersyjnego (porażenie czynności różnych narządów), łatwiej dają się wiązać z określoną sytuacją lękową. Najtrudniej jednak domyślać się tła lękowego w chorobach, które przez wieki były domeną specjalistów chorób wewnętrznych, to znaczy w tzw. nerwicach narządowych (serca, żołądka, skóry), a szczególnie w tzw. chorobach psychosomatycznych (jak choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, nadciśnienie tętnicze, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, niekóre postacie kolki żółciowej, impotencja itp).

Wielu lekarzy leczy te choroby — mimo braku istotnych sukcesów, z uporem godnym lepszej sprawy — środkami farmakologicznymi, nie licząc się zupełnie z psychiką pacjenta.

Współczesna medycyna uważa, że w warunkach cywilizacji typu europejskiego, lęk — nie mogąc ujawnić się, ze względów społecznych, uzewnętrznia się w naszych czasach głównie przez zespoły psychosomatyczne, które są najlepiej akceptowaną formą ucieczki przed niebezpieczeństwem, mianowicie „ucieczki w chorobę”. Ludzie żyjący w zorganizowanych grupach społecznych, od wieków mają swoje „ulubione”, według określonych „mód”, masowo występujące sposoby rozładowania lęku. Dla średniowiecza typowe były psychozy o obrazie religijnym — wędrówki dzieci, biczownictwo, tarantellizm, grupowe opętania itp.; wywoływał je lęk przed grzechem, potępieniem, morowym powietrzem, a bardziej jeszcze strach przed życiem w trudnym do zniesienia ustroju feudalnym.

W wieku XIX powszechne było występowanie histerycznych porażek i drgawek oraz innych form hysterii konwersyjnej. Dla naszych czasów typowe jest rozprzestrzenienie chorób psychosomatycznych, aczkolwiek niektóre grupy nowego pokolenia wydają się preferować tłumienie lęku przed stressami cywilizacji technicznej przy pomocy narkotyków (ucieczka od rzeczywistości w świat fantazji). Jak to już wcześniej wzmiankowano, lęk — właściwe „dawkowany” i prawidłowo przetworzony — jest czynnikiem wspomagającym właściwe kształtowanie osobowości, proces uczenia się i trafnej adaptacji do istniejącej rzeczywistości.

Dziecko, które sparzy palec o rozpalone drzwiczki pieca, później boi się zbliżyć do wszystkich podobnych drzwiczek i dzięki temu unika niebezpieczeństwa ponownego oparzenia. Chłopiec, który był często karany za kradzieże zabawek i łakoci rówieśnikom, przez całe życie boi się przywłaszczać sobie cokolwiek i unika przez to później konfliktów z kodeksem karnym. Żołnierz, który został postrzelony na froncie, boi się dostać pod ogień i prędko przyswaja sobie skuteczne metody krycia się przed ogniem nieprzyjaciela. Z drugiej zaś strony, dziecko, które boi się dyktanda lub odpowiedzi przed tablicą — co jest naturalne — uczy się przezwycięzać ten lęk, gdyż uczucie zadowolenia po dobrej odpowiedzi jest nagrodą za chwilę strachu. Podobnie żołnierz idzie pod ostrzał nieprzyjaciela, bo presja patriotycznego obowiązku i perspektywa sukcesu (często i zemsty) są silniejsze od grozy bitewnego pola.

Mobilizujące oddziaływanie lęku na zachowanie ludzkie określa Tadeusz Kotarbiński w „Traktacie o dobrej robocie”: *Ludzkość potrzebuje sytuacji przymusowych w postaci zagrożenia utratą życia lub dóbr, bez których żyć nie warto... Świadomość grozy wzbudza siły działające w kierunku przeciwnym działaniu czynnika destrukcyjnego. Świadomość braku grozy stwarza zagrożenie wtórne, płynące z uspienia zrazu tylko aktywności obronnej, w następstwie zaś działalności w ogóle... Ludzie są jak twory głębokowodne, które przywykły do potężnego ciśnienia z zewnątrz..., giną przeto od wewnętrznych sił rozsadzających po wydobyciu na płytkie, gdzie nie ma takiego ciśnienia.*

Ostateczny rezultat pokonywania lęku zależy w dużym stopniu od reżyserii prób walki z nimi, kierowanej przez rodziców, nauczycieli, dowódców, a później przez samego siebie. Właściwy plan postępowania, dozowanie zadań stosownie do możliwości ucznia i żołnierza, autorytet rodziców, nauczyciela i dowódcy, ich wsparcie w trudnej sytuacji, dobra rada zamiast szy-

derstwa pomagają w trudnej walce ze strachem i prawidłowo kształtują sylwetkę człowieka uspołecznionego.

Dlatego w planowaniu ćwiczeń wojskowych, wspomagających walkę z lękiem, należy pamiętać o dwóch prawach Yerkesa-Dotsona, ustalonych w oparciu o eksperymenty prowadzone na zwierzętach. Pierwsze prawo mówi, że w miarę wzrostu napięcia emocjonalnego sprawność działania wzrasta. Dzieje się tak jednak tylko do pewnego poziomu, po czym dalsze narastanie emocji prowadzi już do obniżenia sprawności. Według drugiego prawa — w miarę wzrostu trudności zadania optymalny poziom napięcia emocjonalnego obniża się. Stąd wniosek, że im zadanie trudniejsze, tym niższy ładunek emocji wystarcza do uzyskania maksymalnej sprawności działania.

Zastosowanie tych praw do ludzi analizowali psychologowie i psychiatrzy amerykańscy: Korchin, Grinker, Persky, badając zależność między natężeniem lęku a sprawnością u skoczków spadochronowych. Badania ich w zasadzie potwierdziły hipotezę Yerkesa-Dotsona, aczkolwiek zwrócili również uwagę na szereg okoliczności, a mianowicie:

1. Okazuje się, że u ludzi występuje znaczne zróżnicowanie reakcji, w zależności od typu osobowości.

2. Lęk u ludzi, o ile nie jest wywołwany w dawkach nadmiernych, powoduje z reguły spadek percepcji, przy nie zaburzonej sprawności intelektualnej i zachowaniu procesów pamięciowych.

3. Istnieje prosta zależność między poziomem lęku a sprawnością działania. Wygląda to następująco: im wyższy jest poziom lęku, tym niższa sprawność funkcji percepcyjnej i większe prawdopodobieństwo rezygnacji z wykonania zadania.

4. Zależność między lękiem a sprawnością działania jest odmienna dla różnego rodzaju reakcji lękowej. Gdy lęk dotyczy niebezpieczeństwa fizycznego, towarzyszące mu obniżenie sprawności działania jest większe niż w przypadku lęku przed niepowodzeniem.

5. Zaobserwowano zjawisko następczego działania lęku. Okazało się, że po wyjściu z sytuacji zagrożenia, po początkowym spadku, poziom lęku wzrasta. Obniża się przy tym sprawność funkcji percepcyjnych (autorzy uważają to za fakt obniżenia mechanizmów kontrolnych).

Wnioski praktyczne wynikające z tych badań wskazują na konieczność stopniowania trudności zadań szkoleniowych, połączonych z dużym komponentem lękowym. Trzeba przyznać, że teoretycznie jest to zasada akceptowana przez wszystkie programy i regulaminy, w życiu jednak dość często bywa lekce-

ważona, co niektórych osobników doprowadzić może do katastrofalnych skutków, aż do tzw. emocjonalnej śmierci włącznie.

Przy okazji badań wyżej wymienionych uczonych — a także Słubickiej — wyszła na jaw bardzo interesująca sprawa jednostek, które wykazują nie tylko dużą tolerancję na strach, ale które bez obciążeń lękowych są wręcz bardzo mało sprawne. Są to osoby poszukujące ryzyka, trudności, kłopotliwych lub wręcz zagrażających sytuacji, ponieważ dopiero w ciągłej walce z lękiem osiągają pełen komfort życia. Przydatność społeczna tych ludzi jest duża, o ile są oni prawidłowo wykorzystywani. W przeciwnym wypadku popadają w depresję, bądź psychopatyzują się. Toteż wychowawcy i instruktorzy powinni nastawiać się na specjalny „trening” tego typu ludzi.

Wpływ lęku może być tak dalece korzystny, że będzie w stanie oddziaływać leczniczo. T. Bilikiewicz oraz radzieccy psychiatrzy wojskowi opisują wypadki wyleczeń z długotrwałych, ciężkich nerwic w warunkach wojny i okupacji. Jarosz porusza ciekawe zjawisko podwyższania się progu zapotrzebowania na lęk w miarę zdobywania doświadczenia w swoim fachu. Doświadczony chirurg jest znacznie lepszy przy bardziej skomplikowanej operacji niż przy banalnej; doświadczony kierowca lepiej panuje nad maszyną przy pokonywaniu trudnej trasy; rutynowany aktor gra bez porównania lepiej przy wypełnionej widowni niż przy pustawej salce; doświadczony żołnierz jest o wiele bardziej sprawny w niebezpiecznej sytuacji frontowej niż w zwykłych ćwiczeniach wojskowych. Napiecie i lęk mobilizują ich do uruchomienia maksymalnej sprawności. Lęk w środowisku wojskowym ma jeszcze — poza aspektem szkoleniowym — ogromne znaczenie z punktu widzenia zdrowotnego. Należy pamiętać, że wojsko stanowi względnie zamkniętą grupę ludzi, opartą o bardzo specyficzne zasady współżycia. Zależności służbowe nie ustają tu nawet poza służbą. Niemal każda wypowiedź przełożonego może być interpretowana jako rozkaz, a jakiegokolwiek luzy w regulaminowym postępowaniu prowadzą do obniżenia dyscypliny. Podwładny, któremu nie odpowiada osobowość przełożonego, nie może „rzucić posady”, przenieść się do innego miasta czy zakładu produkcyjnego. Nie może też krytykować wydawanych mu poleceń lub zachowywać się arogancko. Prowadzi to do niemożności odreagowania lęku w sytuacjach stwarzających zagrożenie społeczne. Bardziej niż w innych środowiskach może tu działać nerwicotwórczy, hornejowski czynnik „hostility” — uczucia wrogości, bezpośrednio sprzężony z lękiem. W warunkach wojskowych bezpośrednie odreagowanie lęku, w formie ucieczki lub agresji, jest praktycznie niemożliwe,

a jego racjonalna przeróbka jest z reguły bardzo utrudniona. Pozostaje jedynie mechanizm przeróbki podświadomej, również bardzo niekorzystnej. Jeżeli bowiem żołnierz zareaguje histerycznie, zostaje bezpowrotnie ośmieszony. Jeżeli zaś „ucieknie” w nerwicę narządową lub zespół psychosomatyczny, stopniowo zrujnuje swoje zdrowie fizyczne i po pewnym czasie stanie przed komisją lekarską jako niezdolny do służby wojskowej. Dostyc wysoka zachorowalność na nerwice (w tym i na choroby psychosomatyczne) w oddziałach, powinna stanowić ostrzeżenie o niewłaściwych praktykach wychowawczych.

Musimy nauczyć się żyć inaczej, z większym szacunkiem dla samych siebie, dla swych kolegów, podwładnych i przełożonych. Stosunki między żołnierzami nie mogą opierać się na wrogości i lęku. Winnych trzeba karać, ale nie można ich straszyć. Dowódca musi wzbudzać autorytet, ale nie strach. Jeżeli już musimy się bać, to tak, aby — zgodnie z teorią kryzysu — po każdej sytuacji nerwicy integrować się na wyższym poziomie osobowości. Pozwólmy sobie na luksus przetwarzania niezbędnego społecznie lęku w sposób racjonalny. Skoro warunki służby nie pozwalają na jakiekolwiek ulgi w postępowaniu z podwładnymi, stosujmy na szerszą skalę rozładujące rozmowy nieoficjalne, wykorzystujmy szerzej forum organizacji partyjnej do niwelowania napięć, kładźmy większy nacisk na mobilizację polityczną niż na pogróżki, dobierajmy lepiej ludzi na stanowiska. Jeżeli podwładny zawinił — ukarźmy go, ale bez atmosfery lęku, a gdy odbędzie karę, nie utrzymujmy go w obawie, że jego czyn nigdy nie zostanie zapomniany. Nauczmy bać się — pozytywnie i twórczo.

5. CHARAKTERYSTYKA BIOLOGICZNYCH I PSYCHOLOGICZNYCH PRZEMIAN OKRESU DOJRZEWANIA

Dla pełnego zrozumienia całości problematyki zdrowia psychicznego żołnierzy służby zasadniczej należy sobie uświadomić, że są to osobnicy, u których nie skończył się jeszcze okres dojrzewania — ani fizyczny, ani tym bardziej psychiczny. Uwaga ta ma szczególne znaczenie dla wychowawców wojskowych, mających pod swoją opieką elewów szkół podoficerskich lub młodzieńców ze służby długoterminowej, wstępujących do wojska nierzadko od 15—17 roku życia. Dla wielu żołnierzy służby zasadniczej wiek 19 lat jest tylko wiekiem kalendarzowym. Z psychologicznego punktu widzenia tkwią oni nadal na psychicznym poziomie 15, 16 lat.

I. FIZJOLOGIA OKRESU DOJRZEWANIA

Nie należy zapominać, że niezależnie od wpływów środowiskowych każdy nastolatek przeżywa jeden z najbardziej burzliwych okresów w życiu człowieka — okres wielkich przemian cielesnych i psychicznych. Gwałtowny wzrost kości i mięśni, rozrost narządów mięsnych, przejście na inny model hormonalny, rozbudzenie seksu, zmiana tembru głosu, ruchów, sylwetki (wszystko w sytuacji gwałtownego naporu ciężkich stresów szkolnych — matura, szkolenie zawodowe) stanowią bardzo duże obciążenie organizmu, działające samo w sobie jako silny bodziec nerwicotwórczy. Jest paradoksem, że człowiek, który w takim stanie powinien mieć zapewnione właściwe warunki relaksu, obciążony jest ponad miarę wysiłkiem fizycznym i psychicznym.

Okres przejściowy między dzieciństwem a dorosłością, mimo żywego zainteresowania nim psychologów, socjologów i fizjologów, nie został dotychczas poznany do końca.

W psychologii tradycyjnej wiekiem dojrzewania nazywano okres pomiędzy 12 a 21—25 rokiem życia i dzielono go na dwie lub trzy fazy. Np. Baley wyróżnia: I — przedpokwitanie (13—15 roku życia), pokwitanie (14—17 roku życia) i wiek młodzieńczy (18—20, 24 roku). Tym psychicznym terminom odpowiadał określony stan psychiczny i fizyczny.

Z biologicznego punktu widzenia pokwitanie charakteryzuje się początkiem kształtowania się wtórnych cech płciowych, w końcowej fazie u dziewcząt — wystąpieniem pierwszej miesiączki; u chłopców — wydalaniem pierwszych plemników.

Pod względem psychicznym dorastanie jest w życiu człowieka szczególnie ważnym okresem, ponieważ w jego przebiegu w stosunkowo krótkim czasie dokonuje się przeobrażenie dziecka w osobę dorosłą, zdolną do wypełniania zadań rodzinnych, zawodowych i społecznych. Dlatego współcześni psychologowie uważają, że dorastanie obejmuje wiele dziedzin osobowości. W jego ocenie nie można ograniczać się wyłącznie do aspektu hormonalnego. Pod uwagę brać trzeba także wszystkie aspekty środowiskowe dziecka. Ponadto trzeba pamiętać, że rozwój w poszczególnych dziedzinach osobowości nie przebiega — jak o tym już pisaliśmy — równolegle.

Proces dorastania obejmuje: **dojrzewanie fizyczne**, którego końcowym etapem jest możliwość wydawania na świat potomstwa; **dojrzewanie społeczne**, polegające na rozwoju świadomości społecznej i przygotowaniu do pełnienia określonej roli społecznej; **dojrzewanie umysłowe** — tzn. wzrost efektywności uczenia się i zdolności rozwiązywania teoretycznych oraz praktycznych pro-

blemów; **dojrzewanie emocjonalne** (ustąpienie dziecięcej nie- stałości emocjonalnej, wzrastanie skali przeżyć) oraz **dorastanie kulturowe** (przekształcanie z biernego odbiorcy dóbr kultural- nych w ich współtwórcę).

Poglądy na istotę mechanizmu dojrzewania ulegały w ciągu ostatnich 60 lat różnym zmianom. Przed II wojną światową większość psychologów reprezentowała stanowisko biologiczne, uważając za centralne zjawisko tego okresu rozwój płciowy i tra- ktując wszelkie zmiany psychiczne jako przejawy pochodne. Psy- chologowie ci do najważniejszych przeżyć okresu dojrzewania zaliczali odkrywanie jaźni, skłonność do autoanalizy, idealizm, romantykę, syndrom samotności.

Według niektórych autorów⁵, u młodocianych wytwarza się specyficzna „mentalność pokwitaniowa”, cechująca się egotyz- mem, subiektywizmem, indywidualizmem. Psycholodzy zorien- towani biologicznie uważali, że trudności okresu dojrzewania są stałe i nieuchronne. Dlatego też rozciągali swoje obserwacje, poczynione na młodzieży krajów kapitalistycznych, wywodzącej się z rodzin inteligenckich i zamożnych warstw mieszczańskich, na wszelką młodzież — niezależnie od czasu, miejsca i konkret- nych warunków historycznych. Badacze ci uważali, że dojrze- wanie jest nieuchronnym, głębokim kryzysem i to przekonanie znalazło swój wyraz w takich określeniach, jak: „powtórne uro- dziny”, „odkrycie jaźni”, „okres burzy i naporu”⁶.

Inna grupa autorów, zajmująca stanowisko socjologiczne, usi- łowała wyjaśnić wszelkie przemiany zachodzące w okresie doj- rzewania wyłącznie warunkami życia społecznego. Odwrót od poglądów biologicznych przyjmujących niezmienną, nieuchron- ność i burzliwy przebieg okresu dojrzewania nastąpił na skutek badań etnografów i antropologów oraz badań psychologicznych nad młodzieżą z klas robotniczych i chłopskich.

Margaret Mead⁷, po przeprowadzeniu szczegółowych badań nad młodzieżą Samoa i Nowej Gwinei, stwierdziła, iż okres doj- rzewania przebiega tam w sposób znacznie mniej skomplikowa- ny niż u młodych Amerykanów. Nie zaobserwowała u nich obja- wów kryzysu religijnego ani światopoglądowego, burz uczucio- wych ani załamań depresyjnych, skłonności do zamykania się w świecie własnych przeżyć, szukania samotności ani negatywi- zmu społecznego. Wrażliwość młodych Samończyków w świat

⁵ M. Debesse, *La crise d'originalité juvenile*, Paris 1936; F. Allean, M. Debesse, *L'adolescence*, Paris 1956, PUF.

⁶ G. S. Hall, *Adolescence*, New York 1904.

E. Appleton Spranger, *Psychologie des Jugendalters*, 1931.

⁷ M. Mead, *Coming of age in Samoa*, New York, Merrow, 1928; *Growing up in New Guinea*, New York, Merrow, 1930.

ludzi dorosłych następowało stopniowo, wraz z przejmowaniem różnego rodzaju obowiązków — zgodnie z obowiązującymi wzorami kulturowymi. Również życie płciowe nie stanowiło dla nich tabu, a stosunki przedmażeńskie były zwyczajowo usankcjonowane.

Także badania psychologiczne, przeprowadzone w latach trzydziestych nad młodzieżą różnych klas społecznych w Europie i USA, wykazały, iż wiele z objawów uważanych za typowe dla okresu dojrzewania nie ma powszechnego charakteru i cechuje tylko jednostki lub określone grupy społeczne. Np. do egzaltacji autoanalizy, przeżywania burz uczuciowych, wzlotów i upadków skłonna była młodzież pochodząca z klas dobrze sytuowanych, wolna od trosk bytowych, ucząca się lub studiująca, poddawana wpływom literatury rozbudzającej wyobraźnię. Młodzież chłopska i proletariacka wykazywała więcej praktycyzmu⁸.

W latach pięćdziesiątych stanowisko socjologiczne reprezentowało coraz więcej psychologów amerykańskich⁹. Zwracali oni uwagę na rolę różnych form przystosowania się w procesie dojrzewania, na znaczenie usamodzielniania i wyzwiania się młodocianych spod opieki rodziny oraz na wyrazy protestu przeciwko autorytetom. Jednocześnie autorzy ci stali się ostrożniejsi, nie uogólniali wyników swych badań na całą młodzież, ale ograniczali swoje wnioski do badanych grup młodzieży. Współczesna psychologia ujmuje proces dojrzewania wieloczynnikowo. Autorzy uważają, że dojrzewanie jest okresem życia trudniejszym niż inne. Szybkie zmiany fizjologiczne zachodzące w organizmie mogą doprowadzić do zaburzeń równowagi nerwowej, co stwarza podłoże powstawaniu zarówno konfliktów wewnętrznych, jak i konfliktów z otoczeniem.

Również sytuacja niepewności, związana z zamianą dziecięcych form zachowania na „dorosłe”, sprzyja wytworzeniu się napięć utrudniających harmonijny przebieg dojrzewania. Do zachwiania równowagi nerwowej i emocjonalnej dochodzi nie tylko na skutek przeobrażeń fizjologicznych, ale również z powodu niepomyślnych, indywidualnych warunków środowiskowych i wychowawczych¹⁰.

⁸ T. Klimowicz, *Psychologia dziecka wiejskiego*, Warszawa 1948.
J. Zawirska, *Fantazja młodzieży zarobkującej w okresie dojrzewania*, „Polskie Archiwum Psychologii”, T. IX, nr 3, 1936/37.

⁹ P. H. Landis, *Adolescence and Youth*, Wyd. II, New York 1952.
J. E. Horrocks, *The psychology of adolescence*, Boston 1951.

¹⁰ S. L. Rubinsztein, *Byt i świadomość*, KiW, Warszawa 1961.
M. Żebrowska *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1972.

E. R. Hilgard, *Wprowadzenie do psychologii*, PWN, Warszawa 1967.

Pokwitanie wywołują nieswoiste dla płci hormony przysadkowe (gonadotropiny), wytwarzane pod kontrolą części mózgu, zwanej podwzgórzem, w momencie gdy ustrój osiągnie cielesną dojrzałość. Okres ten poprzedza zanik gruczołów grasicy i szyszynki, które dotychczas hamowały czynności przysadki. Jednocześnie z dojrzewaniem gruczołów płciowych (gonad), pobudzonych przez gonadotropiny, kora nadnerczy również zaczyna produkować zwiększone ilości hormonów zwanych androgenami. Androgeny, u kobiet wywodzące się z kory nadnerczy, a u mężczyzn z komórek Leydiga (w jądrach), warunkują rozwój wtórnych cech płciowych (wzrost prącia i łechtaczki, rozwój moshny i warg sromowych większych oraz rozwój owłosienia łonowego i pachwinowego). Ilościowo i jakościowo silniejsza produkcja androgenów u mężczyzn powoduje męskie owłosienie ciała, brodę, wąsy, zmianę głosu oraz rozwój silniejszych kości i mięśni.

Początek dojrzewania, tzw. faza przedpokwitaniowa charakteryzuje się u większości dzieci znamienym przyrostem wagi ciała (druga pełność wg Stratza). Wolański podaje, że u współczesnych dzieci polskich faza ta rozpoczyna się w granicach 8—9 roku życia¹¹.

Zmiany somatyczne w okresie poprzedzającym dojrzewanie są jednakowo widoczne u obu płci. U chłopców objawy poprzedzające pokwitanie są mniej wyraźne niż u dziewcząt. Na ogół w 13 roku życia występuje powiększenie się jąder i pojawienie się owłosienia łonowego wraz z rozwojem gruczołów potowych, zwłaszcza w dole pachowym i pachwinowym. W 14 roku życia następuje przejściowo obrzmienie gruczołów piersiowych, na ten rok także przypada na ogół szczyt skoku wzrostu (wg Trześniowskiego u współczesnych chłopców polskich następuje on między 13,5 a 15,5 rokiem życia)¹².

W rok po okresie najwyższego wzrostu występuje pierwszy wytrysk nasienia zawierającego dojrzałe plemniki. Na ogół w tym samym czasie pojawia się owłosienie pachowe, wąsy, trądzik oraz zmiana głosu. W 17—18 roku życia występuje męski typ owłosienia łonowego, a po 19 roku życia — zakończenie

¹¹ N. Wolański, M. Pyżuk, *Rozwój fizyczny w okresie dorastania i sposoby jego kontroli (ze szczególnym uwzględnieniem dojrzewania płciowego)*, Materiały do nauczania psychologii, Seria II, 77, PWN, Warszawa 1970.

¹² Za M. Potaczniową, *Rozwój i wychowanie dzieci i młodzieży w średnim wieku szkolnym*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1971,

wzrostu kośćca. Wzrost poszczególnych narządów początkowo może być asymetryczny. Prawe jądro u chłopca jest z reguły większe. Na początku pokwitania szczególnie silny jest wzrost kończyn.

Pokwitanie jest okresem szybkich i często nierównomiernych przemian w całym organizmie. Najbardziej wyraźne są zaburzenia sercowo-naczyniowe. Podczas pokwitania ciężar pracy serca ulega prawie podwojeniu. Ponieważ przyrost wagi ciała i przyrost mięśnia sercowego nie zawsze występują równolegle, skutkiem jest powstanie serca kropłowatego i wiotkiego. Często średnica naczyń krwionośnych nie powiększa się tak szybko jak serce, co powoduje przejściowe podwyższenie ciśnienia krwi. Zaburzenia sercowo-naczyniowe wyjątkowo tylko są następstwem niedostatecznej sprawności mięśnia sercowego, na ogół są spowodowane niedostateczną regulacją neurovegetatywną. Zaburzenia te cechuje: skłonność do omdleń, sinienie rąk i nóg, okresowo występujące niedokrwienie ośrodkowego układu nerwowego, manifestujące się bólami głowy, znużeniem, stanami osłabienia¹³. Często także rozwój płuc nie nadąga za wzrostem całego ciała. Wprawdzie wraz z rozwojem klatki piersiowej zwiększa się pojemność życiowa płuc, lecz oddychanie jest jeszcze przyspieszone, a częstość oddechów wynosi 18—22 na minutę. Wskutek płytkości oddechów wentylacja płuc odbywa się kosztem ich przyspieszenia, a nie pogłębienia.¹⁴

W wieku dojrzewania rozwija się i doskonalą ośrodkowy układ nerwowy. Wprawdzie waga i objętość mózgu ustala się między 12—15 rokiem życia, ale dalsze zmiany dotyczą struktury anatomicznej. Intensywniej kształtują się płaty czołowe, ciemieniowe i potyliczne. Zwiększa się ilość kojarzeniowych włókien nerwowych, wytwarzają się nowe związki czasowe. Wzrasta rola drugiego układu sygnałów. Jednocześnie następuje przejściowe zachwianie równowagi podstawowych procesów nerwowych, pobudzenie przeważa nad hamowaniem, występują zaburzenia wzajemnych stosunków między korą a podkorą. Kontrola korowa słabnie, w motywach większego znaczenia nabierają uczucia niższe i instynkty. Zachowanie charakteryzuje się nie tylko chwiejnością, ale i sprzecznością uczuć.

Okres pokwitania jest także okresem, w którym po raz pierwszy pojawiają się wiele przewlekłych chorób, takich jak gruźlica, gościec, anemia, choroby gruczołów dokrewnych, choroby ner-

¹³ G. Fraconi, A. Wallgren, *Pediatrics* T. I. PZWL, Warszawa 1971.

¹⁴ M. Kasprzak, *Higiena szkolna*, PZWL, Warszawa 1958.

wowe i psychiczne. Jest to okres, w którym organizm jest szczególnie wrażliwy na działanie dodatkowych szkodliwych czynników (zatruc, zakażeń, awitaminoz, zaburzeń odżywiania). Rozchwiany neurohormonalnie organizm ostro reaguje na stosunkowo błahe uszkodzenia zaburzenia wzrostu, dojrzewania płciowego i psychicznego.

Pokwitanie może przyspieszyć się albo opóźnić w granicach 5 lat. Częściej niż dojrzewanie wcześniejsze występuje dojrzewanie późne, które może być uwarunkowane genetycznie, może być wynikiem niedożywienia lub przewlekłych schorzeń, a niekiedy powstaje na skutek ogólnej niewydolności przysadki, niedoboru gonadotropin i pierwotnej niewydolności gonad.

Pediatrzy zajmujący się badaniem rozwoju dzieci w poszczególnych pokoleniach, zaobserwowali ostatnio tzw. zjawisko akceleracji. Proces akceleracji polega na przyspieszeniu tempa rozwoju organizmu jednej generacji — w porównaniu z poprzednią. Dotyczy on zarówno wymiarów ciała, jak i wcześniejszej dojrzałości fizjologicznej. W Polsce rozmiar tego przyspieszenia oblicza się — w okresie 80 lat — na 3 lata. Badania nad procesem akceleracji wykazały, że występuje on we wszystkich krajach i we wszystkich środowiskach społecznych, przy czym zaczyna się od momentu urodzenia dziecka. Zjawisko to wyraźniej uwidacznia się w warstwach społecznych lepiej sytuowanych; jest częstsze w środowisku miejskim niż wiejskim.

Na ogół przyczyn akceleracji upatruje się we wzroście kultury materialnej, a co za tym idzie, w polepszeniu warunków bytowych, sanitarno-higienicznych, obniżeniu zachorowań we wczesnym dzieciństwie na choroby zakaźne. Bogdanowicz¹⁵ ponadto zwraca uwagę na następującą prawidłowość: na skutek zmiany warunków życiowych liczne bodźce fizyczne mogą oddziaływać pobudzająco na rozwój kory mózgowej, a pośrednio stymulować przysadkę mózgową, co z kolei aktywizuje inne gruczoły dokrewne i decyduje o szybkim dojrzewaniu organizmu. Ten sam autor, czyniąc analogię do świata roślinnego, uważa, że istnieje możliwość działania bliżej nie znanych wpływów genetycznych lub kosmicznych, powodujących długotrwałe okresy wzniesień i spadków rozwojowych. Jako przykład podaje nierównomierny przyrost słoju drzewnych w zależności od nasilenia plam na słońcu. Akceleracja ma także swój aspekt psychologiczny, ponieważ może ona doprowadzić do asynchronii między rozwojem psychicznym a fizycznym.

¹⁵ Bogdanowicz, *Właściwości rozwojowe wieku dziecięcego*, PZWL, Warszawa 1962.

Rozwój umysłowy w okresie dojrzewania polega na doskonaleniu się wszystkich funkcji poznawczych. Spostrzeżenia stają się dokładniejsze, bardziej wielostronne, co związane jest zarówno z osiągnięciem przez poszczególne zmysły swojego szczytowego poziomu, jak i z doskonaleniem się procesów myślowych, umożliwiających dokładniejszą analizę i syntezę spostrzeganej rzeczywistości.

W okresie dorastania pamięć logiczna zaczyna przeważać nad mechaniczną, następuje przejście od myślenia konkretnego i obrazowego do myślenia abstrakcyjnego. Wg J. Piageta¹⁶, między 8—11 rokiem życia rozumowanie ma charakter operacji konkretnych, a od 12—18 roku życia myślenie wchodzi w stadium operacji formalnych, umożliwiając hipotetyczno-dedukcyjne rozumowanie. Zmienia się postawa wobec problemów życiowych. Obserwując jakieś zjawisko lub przyrząd, dziecko interesuje się samymi faktami lub jego działaniem, młodzież docieka prawdy ogólnej, sprawdza, czy zaobserwowany fakt jest zgodny z jej doświadczeniami, stara się wykryć ogólne prawo kierujące danym zjawiskiem. U wielu młodych ludzi (16—21 lat) odkrycie u siebie zdolności myślenia logicznego staje się powodem zbyt entuzjastycznego posługiwania się tym narzędziem psychicznym. Młodociani mają tendencję do przesadnego krytykowania wszystkiego, co się wokół nich dzieje, do nadmiaru obserwacji i krytykanctwa, ciągłego poszukiwania sprzeczności między postępowaniem ludzi a głoszonymi przez nich zasadami, między teorią i praktyką w programach społecznych, do łatwego wpadania w zachwyty lub potępienie. Rosnąca wiedza o świecie dostarcza im wiele materiału, z którego wyłuskują sprzeczności i niekonsekwencje, co prowadzi do dyskusji, sporów, dociekań myślowych. Aktywność myślowa dorastających oraz zwiększony zasób ich wiedzy doprowadzają do powstania określonych zainteresowań, przy czym natężenie życia umysłowego młodych ludzi w dużej mierze zależy od warunków, w jakich się rozwijają. Również treść marzeń młodzieży oraz poziom jej aspiracji w znacznym stopniu warunkowane są przez środowisko.

Niektórzy psychologowie, jak np. S. Baley¹⁷, zwracają uwagę na przemijające zjawisko astenizacji psychicznej, występujące między 13—16 rokiem życia. Przejawia się ono skłonnością do zmęczenia, trudnością skupienia uwagi, niechęcią do wysiłku

¹⁶ B. Inheleler, J. Piaget, *Operacje umysłowe i ich rozwój*, Warszawa 1967.

¹⁷ S. Baley, *Psychologia wieku dojrzewania*, „Psychologia wychowawcza” nr 1, 1958.

umysłowego. Astenizacja ta wynika zarówno z gwałtownych przemian fizjologicznych, typowych dla tego okresu, jak i ze zmian form myślowych.

Przy opóźnionym dojrzewaniu zjawisko to często przenosi się na okres czasu między 17 a 20 rokiem życia.

DOJRZEWANIE EMOCJONALNE

Życie uczuciowe okresu dorastania różni się od stanów emocjonalnych innych okresów rozwojowych nie tylko treścią przeżyć, ale i ich przebiegiem, tempem, intensywnością i dynamiką. Przeżycia stają się niezwykle żywe, intensywne, łatwo oscylują między nastrojami krańcowymi, co wiąże się ze wzmożoną chwiejnością emocjonalną. Często uczucia mają charakter bezprzedmiotowy, tzn. niezależny od działającego na nie bodźca.

Baley tłumaczy ten objaw oddziaływaniem na ośrodkowy układ nerwowy intensywnych przemian hormonalnych, co doprowadza do nieuzasadnionego, nieumotywowanego rozdrażniania się. Ch. Bühler¹⁸ uważa, że początek dojrzewania charakteryzuje brak równowagi emocjonalnej i przewaga przykrych nastrojów. Jest to tzw. faza negatywna. W następnej fazie — „pozytywnej”, przeważają uczucia przyjemne i konstruktywne. Współcześni psychologowie uważają, że skłonność młodzieży do przybierania wobec dorosłych sztucznej pozy — często pod postacią nonszalancji, fanfaronady — jest wynikiem wzmocnionej, w porównaniu z dzieciństwem, kontroli swoich stanów emocjonalnych. Psychologowie amerykańscy często dopatrują się u młodocianych postawy lękowej. Pressy wymienia 90 rodzajów lęków występujących u dorastających. Garrison¹⁹ uważa, że bojaźliwość osiąga swój szczyt w wieku 13—14 lat, i wiąże to głównie z oczekiwaniem dezaprobaty ze strony otoczenia. Autor podkreśla ponadto, że wiele niepokojów i lęków wywodzi się nie z istniejącej, lecz z przewidywanej sytuacji. Według Crowa²⁰ charakterystycznym stanem dla okresu dojrzewania jest niepokój, przy czym stosunkowo często dotyczy on niepewności co do oceny wyglądu zewnętrznego przez otoczenie.

Często przeżywany przez młodocianych uczuciem jest złość, którą wyładowują — w przeciwieństwie do dzieci — w formach bardziej zróżnicowanych, takich jak choćby: milczenie, sarkazm, krytykowanie otoczenia, przekleństwa. Uczucie zazdrości w tym

¹⁸ Ch. Bühler, *Dzieciństwo i młodość*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1933.

¹⁹ K. C. Garrison, *Psychology of adolescence*, New York 1958.

²⁰ L. D. Crow, A. Crow, *Adolescent development and adjustment*, New York 1956.

czasie przybiera postać zazdrości intelektualnej, własnościowej, seksualnej. Przeżycia przyjemne wiążą się z zaspokojeniem potrzeby oparcia, miłości i czułości, a ich źródłem jest rodzina, w której panuje właściwa atmosfera wychowawcza, albo rówieśnicy tej samej (przyjacieli) lub innej płci (miłość). Psychologowie amerykańscy²¹ opracowali testy oceniające dojrzałość emocjonalną. Na podstawie tych badań okazało się, że dziewczęta szybciej osiągają dojrzałość emocjonalną niż chłopcy. Stwierdzono również, że u młodzieży przestępczej w większości wypadków istnieje duża rozpiętość między „wiekiem” umysłowym (poziom intelektu) a emocjonalnym, na niekorzyść rozwoju uczuciowego. Warunkiem prawidłowego rozwoju emocjonalnego jest uczestnictwo jednostki w życiu społecznym. Jest to szczególnie niezbędny warunek dla kształtowania się uczuć wyższych, które w pełni dochodzą do głosu pod koniec okresu dojrzewania oraz w wieku młodzieńczym. Dzięki nim młodzież angażuje się w odpowiadające jej programy społeczne i polityczne, dorabia się własnych norm postępowania, staje się wrażliwa na piękno, próbuje własnej twórczości artystycznej w różnych dziedzinach sztuki.

W procesie kształtowania się woli przejściowym, ale powszechnie obserwowanym zjawiskiem jest przekora. Młodociany przeciwstawia swą wolę otoczeniu, przy czym negatywny stosunek może dotyczyć rodziców, wychowawców lub całego społeczeństwa, norm i przepisów całej cywilizacji. Cytowany Ch. Bühler wiąże to zjawisko z wzrastającym, na początku dojrzewania, poczuciem własnej siły. Adler²² przeciwnie, z zamaskowanym poczuciem mniejszej wartości, przy czym źródłem przekory, według tych autorów, jest dojrzewanie płciowe. Objawy przekory nasilają się w niesprzyjającym środowisku na skutek niewłaściwych stosunków między młodocianym a jego rówieśnikami i dorosłymi.

Psychologowie amerykańscy traktują objawy przekory jako reakcję frustracyjną na budzące się w tym okresie potrzeby niezależności, swobody, samostanowienia. Ponadto młodzież w okresie dojrzewania, na skutek wzmożonej aktywności i dużego napięcia emocjonalnego, odczuwa potrzebę czynu, który — jak się to potem często okazuje — nie mieści się w powszechnie przyjętych normach zachowania. Obecnie uważa się, że przekora, jakkolwiek występuje w okresie dojrzewania, nie zawsze się ujawnia i w dużej mierze zależy od środowiska młodocianego.

²¹ L. Cole, *Psychology of adolescence*, Wyd. III, New York 1949.

²² A. Adler, *Znajomość człowieka*, Łódź 1948.

Psychologowie uważają, że około 12 roku życia pojawia się kryzys zaufania do rodziców, przy czym początkowo stosunek do najbliższych ma charakter ambiwalentny. Szczyt kryzysu przypada na 15—16 rok życia, a następnie w 17—19 roku następuje powrót do rodziny, przy całkowitej zmianie stosunku do rodziców, których odąd młodzież już nie uważa za najwyższy autorytet, a za przyjaciół, wybacząc im błędy.

Przyczyn kryzysu tradycyjni psychologowie dopatrują się głównie w czynnikach endogennych (biologicznych i psychicznych), podczas gdy psychologowie współcześni tłumaczą go głównie czynnikami społecznymi, a zwłaszcza niewłaściwymi, nie dość elastycznymi metodami wychowawczymi, konfliktami wewnątrzrodzinnymi oraz zaistniałymi przeobrażeniami społeczno-ekonomicznymi sprzyjającymi szybkiemu usamodzielnianiu się młodzieży lub przynajmniej dającymi jej poczucie większej niezależności od rodziny. Do tych czynników zaliczana jest powszechna praca kobiet, system stypendialny, ubezpieczenia zmniejszające zobowiązania dzieci względem rodziców, możliwość łatwego otrzymania pracy, migracja ze wsi do miast itp. „Doroślenie” fizyczne i intelektualne młodzieży powoduje również, że odczuwa ona dużą potrzebę samodzielności, a na wszelkie jej ograniczenia reaguje buntem. Rozwój krytycyzmu sprzyja nowej ocenie rodziców, uwidacznia ich błędy i niekonsekwencje. Czasem izolowanie się od dorosłych może być wynikiem zażenowania, z jakim młodzi przyjmują dokonujące się w ich ustroju przemiany fizjologiczne.

Młodzież izolująca się od dorosłych szuka poparcia i aprobaty wśród rówieśników, co prowadzi do samorzutnie powstających zespołów. E. Hurlock²³ dzieli je: na najbliższych przyjaciół, „paczki”, grupy towarzyskie i bandy.

Przyjaźń, jako typ stosunków międzyludzkich, pojawia się dopiero w okresie pokwitania i na ogół dotyczy osób tej samej płci. Szczególne napięcie emocjonalne osiąga między 12 a 17 rokiem życia, a w miarę dorastania i przystosowania się społecznego, staje się bardziej dorosła i traci swoją wyjątkową rolę. „Kliki” („paczki” — powstają około 14 roku życia swoich założycieli) początkowo rekrutują młodzież tej samej płci, aby potem stopniowo przechodzić w grupy mieszane. Podstawą doboru członków są: wzajemne zaakceptowanie swoich osobowości, podobne zainteresowania, ideały oraz zbliżony poziom dojrzałości.

²³ E. Hurlock, *Adolescent development*, Wyd. II, New York, Mc Graw-Hill, 1955.

Przynależność do „paczki” ma zarówno pozytywne, jak i negatywne strony. Do dodatnich należy fakt, że akceptacja przez rówieśników zapewnia młodzieży poczucie pewności i bezpieczeństwa, rozładowuje emocjonalnie, pozwala bowiem na swobodne, nieskrępowane dzielenie się myślami.

Do ujemnych skutków „klikli” należą: ekskluzywna lojalność wobec członków grupy, wrogość wobec nieczłonków, rozdźwięk w stosunkach z rodzicami, rozbijanie kolektywu klasy.

Grupy towarzyskie są liczniejsze, ale mniej spójne niż „klikli”.

Bandy są podobne do „klik”, ale większy w nich nacisk kładzie się na osiągnięcie specyficznych dla każdej bandy celów (społecznych, seksualnych, przestępczych), wymagają większej solidarności, utrzymują wrogą, konspiracyjną postawę wobec dorosłych; występują w nich przywódcy posiadający duży autorytet.

Potrzebę przynależności do grupy, i odgrywania w niej określonej roli, starają się zaspokoić organizacje młodzieżowe. Powinny one ponadto zaspokajać potrzebę samodzielności, aktywności, poznania świata, udzielając pomocy w nawiązywaniu nowych kontaktów społecznych. Zadaniem ich jest także udział w budowie światopoglądu oraz w procesie przyswajania sobie norm i prawideł życia społecznego.

Współcześni psychologowie amerykańscy, jako jeden z ważnych warunków dobrego przystosowania społecznego, wymieniają pomyślny rozwój kontaktu z osobami innej płci. Badania przeprowadzone nad młodzieżą warszawską w latach 1958—59²⁴ wykazały, że u dziewcząt wzrost zainteresowań seksualnych zaczyna się już w 13 roku życia, a nasila się między 14—15 rokiem życia; chłopcy zaczynają interesować się dziewczętami o 2 lata później. Rozwój zainteresowań seksualnych zależy nie tylko od funkcji hormonalnych organizmu, ale również od bodźców dostarczanych przez otoczenie. Zjawiskami przejściowymi są: adoracja, flirt, przyjaźń, sympatia.

Adoracja jest formą przygotowawczą do właściwych stosunków heteroseksualnych; występuje między 12 a 17 rokiem życia, częstsza jest u dziewcząt niż u chłopców, zwykle odnosi się do starszych kolegów lub koleżanek, nauczycieli, gwiazd filmowych, sportowców.

Flirt pojawia się między 14 a 16 rokiem życia i według Ch. Bühlera, stanowi przygotowanie do właściwych kontaktów seksualnych.

²⁴ R. Łapińska, *Warszawskie dziewczęta o moralności seksualnej*, „Wychowanie” Nr 8, 9 i 10/1959; *Chłopcy o sprawach seksualnych*, „Wychowanie” nr 15/1961.

Przyjaźń między osobami odmiennej płci występuje najczęściej w środowisku koedukacyjnym i spełnia podwójną rolę — zarówno zaspokaja potrzeby obcowania z osobnikami innej płci, jak i daje to wszystko, czego młodociany oczekuje od przyjaźni.

Przy niewłaściwym oddziaływaniu wychowawczym u młodych ludzi może wytworzyć się tzw. awersja płciowa, która najczęściej zanika w okresie pełnej dojrzałości, niekiedy jednak jej ślady pozostają na całe życie.

W wieku 12—13 lat, obok zainteresowania otoczeniem, pojawia się zainteresowanie własnymi przeżyciami wewnętrznymi. Dzieje to się nie tylko na skutek oczekiwanych, szybkich zmian fizjologicznych zachodzących w organizmie i pierwszych przeżyć seksualnych, pogłębiających zainteresowanie własną osobą, ale również określonych wymogów społecznych, jakie stawia się młodzieży (konieczność wyboru szkoły i zawodu, powierzanie młodocianemu coraz trudniejszych zadań). Dorastający w coraz większym stopniu dokonuje oceny otoczenia, a następnie samooceeny. Początkowo sądy te są niedoskonałe, młodociany nie umie jeszcze oceniać ludzi wszechstronnie; bierze pod uwagę tylko niektóre cechy człowieka i na ich podstawie ocenia całość; często zwraca uwagę na sam czyn, pomijając cel i motywy, jakimi się zwykle człowiek kieruje. Samoocena również jest niepełna, uzależniona od aktualnych nastrojów i okoliczności. Ta wzmożona skłonność do samooceny powoduje, że młodociany czuje się inny nie tylko wobec dorosłych, ale i własnej grupy.

W okresie dojrzewania — w przeciwieństwie do dzieciństwa, kiedy to dzieci łatwo, ale powierzchownie interesują się wszystkim — pojawiają się właściwe zainteresowania²⁵.

Początkowo z zagadnień ogólnych wydają się młodzieży szczególnie interesujące zagadnienia typu teologicznego i kosmologicznego (powstanie świata i życia, celowość urządzenia świata itp.), w późniejszym okresie w centrum zainteresowań stają problemy moralne i społeczne. Właściwy światopogląd krystalizuje się pod koniec okresu dojrzewania, w wieku młodzieńczym, przy czym ulega on ciągłym zmianom i przeobrażeniom. Wiąże się to ze specyficznymi cechami myślenia młodzieży, a mianowicie: skłonnością do doktrynerstwa i przyjmowania skrajnych stanowisk, nieograniczoną wiarą w rozum i pragnieniem osiągnięcia wiedzy absolutnej.

Specyficzną cechą światopoglądu młodzieży jest idealizm rozumiany jako tworzenie koncepcji rzeczywistości doskonałej, w pełni zaspokajającej potrzeby uczuciowe i moralne jednostki.

²⁵ W. Ptaszyńska, *Zainteresowania młodzieży życiem psychicznym, ich źródło i problematyka*, „Psychologia Wychowawcza” Nr 2/1959.

Dojrzewanie jest krótkim, lecz bardzo ważnym okresem w życiu człowieka, okresem od którego w znacznej mierze zależy dalszy rozwój osobowości.

Szczególłą rolę okresu dojrzewania uwidaczniają zadania rozwojowe sformułowane przez Hurlocka. Są to:

1. Rozwój ciała, a co za tym idzie, funkcji poszczególnych narządów

2. Osiągnięcie nowych i bardziej dojrzałych powiązań z rówieśnikami obu płci

3. Osiągnięcie męskiej lub kobiecej roli społecznej

4. Osiągnięcie emocjonalnej niezależności od rodziców i innych ludzi dorosłych

5. Osiągnięcie ekonomicznej niezależności

6. Przygotowanie do zawodu

7. Przygotowanie do małżeństwa i życia rodzinnego

8. Rozwój sprawności intelektualnych potrzebnych do życia w społeczeństwie

9. Dążność do osiągnięcia społecznie odpowiedzialnego postępowania

10. Poznanie i przyjęcie systemu wartości kulturowych i kodeksu etycznego jako wytycznych postępowania.

Okres dojrzewania przyczynia się do charakterystycznych przemian w osobowości człowieka, które, choć przejściowe, istotnie rzutują na jego zachowanie się w środowisku społecznym. Młodość w okresie „okołopoborowym” cechuje wielka wrażliwość i chwiejność emocjonalna oraz wzmożony krytycyzm wobec otoczenia. Zazwyczaj po raz pierwszy w życiu dochodzi w tym czasie do spontanicznego zainteresowania sztuką, ideologią, programami społecznymi i politycznymi, zagadnieniami religijnymi, po raz pierwszy mają miejsce próby własnych rozwiązań i ujęć w dziedzinie filozofii i sztuki (pisanie wierszy, malowanie, własne propozycje rozwiązywania trudności społecznych etc.). Codzienne przeżycia nabierają dynamizmu i zupełnie nowych treści. Młody człowiek łatwo oscyluje między skrajnymi nastrojami. Jest to okres jego wielkich dysput z rówieśnikami i starszymi, sporów i dociekań oraz poszukiwania wzorów. Ponieważ wymagania jakie stawia światu są duże i stawiane pryncypialnie — często prowadzą do wielkich rozczarowań. U wielu na wielką skalę rozwija się marzycielstwo, zainteresowanie magią itp.

W tym okresie rozchwiane funkcje wegetatywne i hormonalne dostarczają organizmowi wielu nieprzyjemnych doznań, a silnie rozwinięte zainteresowania seksualne wnoszą dodatkowy niepokój i uczucie niepewności. Ten niepokój, niepewność, a często

nawet uczucie zagrożenia lub lęk, choć intensywnie tłumione, wyrażają się niechęcią a przynajmniej podejrzliwością i chłodem wobec dorosłych. Cały ten zespół uzewnętrznia się objawami przekory, często niezrozumiałą agresją, manifestacyjnym, choć irracjonalnym buntem, szyderczymi postawami wobec przełożonych, a w skrajnych wypadkach — demonstracyjnymi próbami samobójczymi, ucieczkami z domu etc.

Zgodnie z teorią kryzysu²⁶, pokwitanie jest jedną z naturalnych sytuacji kryzysowych. Człowiek znajdujący się w tym stanie szuka wokół siebie podświadomie psychoterapeuty, na którym mógłby się oprzeć w trudnych dla siebie chwilach. Przeważnie znajduje go wśród starszych kolegów albo w osobie popularnego idola, którego stara się naśladować i którego „ideologię” przyjmuje. Nie jest to zjawisko najlepsze. Często kryje się za tym niebezpieczeństwo powiązania z jakąś niezbyt rozsądną i niemoralną „kliką” lub zmanierowanie według modnych wzorów. Najlepszym wyjściem jest autorytet — a jednocześnie pełna akceptacja postawy jakiegoś dorosłego, mądrego i życzliwego człowieka, który byłby w stanie narzucić młodemu osobnikowi swoje poglądy, zachowanie, filozofię życiową i ukształtować go prawidłowo społecznie.

O tym powinni pamiętać wychowawcy wojskowi, w których ręce trafia młodzież w późnej fazie dojrzewania — młodzież drażliwa, krytykancka, buntownicza, szydercza, chwiejna uczuciowo, nie ustawiona jeszcze w życiu, a jednocześnie szukająca oparcia w autorytetach (choć niby pozornie z nimi wojująca).

Właściwa postawa, rozsądek i życzliwość, dochodzenie w sposób stanowczy zawarowanych regulaminem obowiązków — ale bez nadużywania władzy — zaimponowanie wiedzą i pracą, natychmiastowa pomoc w trudnej sytuacji — oto atuty, które skuteczniej ustawią młodego żołnierza niż jakiekolwiek kary dyscyplinarne. Zwłaszcza w ocenie niewłaściwego zachowania 19-letnich żołnierzy, ich występków i naruszeń dyscypliny zachować trzeba umiar i daleko idącą ostrożność. Mogą one bowiem wynikać z opisanych powyżej zaburzeń zachowania, uzależnionych od niewygasłego jeszcze stanu dojrzewania. A na domiar złego błędy wychowawcze lub tylko pewne niedomagania postawy dowódcy podchwytywane są przez młodych żołnierzy z ogromną wnikliwością, komentowane wspólnie i interpretowane w sposób przesadny.

²⁶ Z. Rydzynski, *Nerwice w świetle kryzysu*, Psychiatria Polska 1972, VI, 4, 469; także Caplan, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York 1964.

II. PSYCHOPATOLOGIA OKRESU DOJRZEWANIA

Dojrzewanie jest trudnym, lecz naturalnym fizjologicznym okresem w życiu człowieka. Nie istnieją psychozy ani nerwice, których przyczyną jest wyłącznie pokwitanie. Jednak burzliwe przemiany fizjologiczne, jakie zachodzą w tym czasie, wspomagane dodatkowymi szkodliwymi czynnikami, mogą prowadzić do występowania przemijających lub trwałych zaburzeń psychicznych.

Powstałe w ten sposób nerwice i psychozy różnią się od odpowiadających im jednostek chorobowych u ludzi dorosłych ze względu na różnice, jakie istnieją między psychiką człowieka dorosłego a dorastającego. Wiemy, że u pewnej grupy młodocianych pokwitanie przebiega w sposób bardziej burzliwy. KarikatURALNIE nasilają się cechy ich charakteru, utrudniając adaptację do warunków otoczenia, występują asynchronie w procesie dojrzewania.

Osobami szczególnie predysponowanymi do zaburzeń psychicznych w okresie dojrzewania są osobnicy z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (niedorozwinięci, encefalopaci), osobnicy z zaburzeniami hormonalnymi, psychopaci oraz młodociani, poddawani niewłaściwym metodom wychowawczym. Również przebycie ciężkich, astenizujących schorzeń somatycznych może prowadzić do nieprawidłowego przebiegu pokwitania.

Suchariewa uważa, że patologiczne zachowanie w okresie dojrzewania występuje na skutek splotu wielu różnych, negatywnych czynników u osób do tego predysponowanych. Liczni autorzy są zgodni w poglądach, że groźniejsza niż opóźnienie lub przyspieszenie pokwitania jest tzw. asynchronia procesu dojrzewania. Według Spetta asynchronią pełną nazywamy całkowity brak zespolenia się czynnika somatycznego i psychicznego u dojrzewającego człowieka.

A oto najczęściej występujące zaburzenia psychiczne w okresie dojrzewania:

- 1) infantyлизм,
- 2) zaburzenia nerwicowe,
- 3) dysmorfofobia,
- 4) psychopatyczne zachowanie się,
- 5) pierwsze napady padaczki,
- 6) początek psychoz endogennych (schizo- i cyklofrenii).

Ad 1. Opóźnienie rozwoju psychicznego, przebiegające bez lub z dysplazją ciała, prowadzi do **infantyizmu psychicznego polegającego na utrzymywaniu się u człowieka dorosłego cech psy-**

chiki dziecka lub dojrzewającego. Niedojrzałość psychiczna dotyczy najczęściej: zaburzeń afektu pod postacią nadwrażliwości, chwiejności emocjonalnej, postawy lękowej; zaburzeń aktywności (niepokój lub bezczynność); niedomogów decyzji, zaburzeń w dostosowywaniu się (agresja lub bierne uzależnianie się); braku akceptacji własnej płci oraz braku samodzielnego stosunku do systemu wartości i norm moralnych.

Osobnicy infantylni stanowią m.in. bardzo istotny problem z punktu widzenia ich przydatności do służby wojskowej. Zagadnienie to jest tym ważniejsze, że dotyczy nie pojedynczych żołnierzy, a sporej populacji. Wpływają na to: zarówno stosunkowo niski wiek wcielonych do wojska poborowych, jak i pewne określone układy kulturalno-socjalne, o których mowa będzie dalej.

Osobowość człowieka dorosłego jest wartościowa dopiero wtedy, gdy zostanie w pełni zintegrowana. Oznacza to, że wszystkie jej człony: intelekt, uczucia i wola oraz cielesne ich podłoże — cały organizm, stanowią w pełni zharmonizowaną całość. (Pisaliśmy już o tym szerzej uprzednio).

W tej sytuacji obowiązkiem wszystkich wychowawców jest uwzględnianie wszelkich uwarunkowań psychicznych młodych żołnierzy, ponieważ ich rozwijającym się osobowościom daleko jest jeszcze do pełnego ukształtowania. Obraz kliniczny niedojrzałości emocjonalnej cechują: niestałość dążeń życiowych, mała samodzielność, nadmierne uleganie wpływom, brak powagi w zachowaniu, chwiejność emocjonalna, skłonność do prymitywnych zabaw, beztroska, chęć imponowania kolegom za wszelką cenę, na ogół lęklivość w odniesieniu do przełożonych, niekiedy przy objawach nieoczekiwanego oporu. Reakcje na trudności życiowe mają charakter niepoważny, dziecinny: np. żołnierz raz czy drugi skarcony za nieprzepisowy ubiór na warcie, po kolejnym wyznaczeniu go do służby zamyka się na strychu i nie wychodzi stamtąd, mimo wielogodzinnych poszukiwań.

Dziecięca lekkomyślność i chęć imponowania za wszelką cenę przybierają niekiedy niebezpieczne rozmiary, np. żołnierz schodzi z posterunku z bronią w rękę i idzie do najbliższej wioski na zabawę taneczną, gdzie pozwala postrzelać z peemu kilkunastoletnim wyrostkom; inny, „jadąc na przepustkę”, przyszywa sobie bezprawnie dystynkcje sierżanta, a w pododdziale, aby zaimponować kolegom, łyka publicznie żyłетки i żywe żaby (wszystkie przykłady autentyczne). Zupełny brak poczucia odpowiedzialności za sprzęt, trwała awersja do utrzymania porządku i czystości w pododdziale, krytyka rozkazów, skłonność do samowolnych oddaleń — to powszednie grzechy infantylna

w mundurze. Konsekwencje tego postępowania — kary — nierzadko nie wychowują go, lecz załamują. Po pewnym czasie zaczyna on reagować nerwicznie, przeważnie histerycznie lub depresyjnie, co pociąga za sobą samowolne oddalenia, dezercje lub próby samobójcze.

Ad 2. Cechy charakterystyczne dla okresu pokwitania: drażliwość, chwiejność uczuciowa i poczucie zagrożenia, obok faktycznie niedostatecznej sprawności biologicznej, powodują bardzo dużą podatność na uraz psychiczny. Stąd stosunkowo duża w tym okresie zachorowalność na nerwice. Przeważają obrazy kliniczne hipochondrii lub psychastenii²⁷, dość często występują także krótkie epizody histeryczne.

Hipochondria wieku młodzieńczego wynika z nadmiernego zainteresowania się swoim organizmem²⁸. Olbrzymie przemiany jakim podlega w stosunkowo krótkim czasie organizm, stają się niejako urazem psychicznym. Wszystkie te zmiany — mutacja głosu, pojawienie się owłosienia na twarzy, wystąpienie innych drugorzędnych cech płciowych, wyprysk młodzieńczy, zmyły nocne, częste bóle mięśniowe, objawy rozchwiania się układu wegetatywnego powodujące uczucie zmęczenia i zadyszkę, niekształtna budowa ciała — zachodzące przy pełnym uświadomieniu ich sobie oraz w stanie zaostrego krytycyzmu, wywołują u wielu młodych mężczyzn przekonanie o własnym niezdrowiu. Przypadkowe i w rzeczywistości nic nie znaczące doznania cielesne poddawane są drobiazgowej analizie. Stale narasta lęk przed tak „poważną” chorobą jak „wada” serca, przed anemią, chorobami zakaźnymi, a przede wszystkim wenerycznymi. Pojawia się przekonanie o zagrażającej śmierci. Istota śmierci staje się przedmiotem rozważań i dysput.

Charakterystyczne jest — powodowane fałszywym wstydem — ukrywanie przed otoczeniem swych prawdziwych poglądów. Młodociany hipochondryk na zewnątrz jest raczej osobnikiem zamkniętym w sobie, przesadnie wstydliwym, unikającym towarzystwa, drażliwym, wybuchowym, często dziwnym, nieoczekiwanie agresywnym, pobierającym po kryjomu różne leki, wertującym podręczniki medyczne i encyklopedie, filozofującym chętnie o śmierci.

Nierzadko wypadki młodzieńczych zamachów samobójczych, przeważnie zaskakujących otoczenie, dokonywane są pod presją przekonania o nieuleczalnej chorobie, kalectwie, życiu bez przyszłości etc.

²⁷ Podane za C. E. Suchariową, *Psychopatie i stany reaktywne u dzieci*, PZWL, W-wa 1965.

²⁸ również za Suchariową.

Hipochondria młodzieńcza, podobnie zresztą jak i opisana poniżej psychastenia, należą do tych rzadkich nerwic, które w środowisku wojskowym (junackim, harcerskim itp.) raczej zanikają, a nie pogłębiają się, o ile nieumiejętni wychowawcy lub okrutni koledzy nie przyczynią się, przez niewłaściwe postępowanie, do ostatecznego zgnębienia biednego hipochondryka. Na ogół jednak więzy dyscypliny, przewidziana programem zajęć praca, możliwość wykazania się swą sprawnością, przesunięcie zainteresowań z własnej osoby na problemy kolektywu, działają leczniczo na tę chorobę.

Obok hipochondrii, w okresie pokwitania dość często spotykamy się z nerwicą typu psychastenicznego, która, według wielu autorów, daje się stwierdzić zwłaszcza u dzieci nadmiernie troskliwych rodziców. Cechują ją przede wszystkim: chorobliwe mędrkowanie, bezpłodne zastanawianie się nad każdym swoim mało ważnym postępkim, trudności w podjęciu decyzji, prowadzące do odkładania ważniejszych spraw na później, bezpłodna krytyka autorytetów, częste „ucieczki” z rzeczywistości w świat fantazji, brak poczucia winy za swe niepowodzenia życiowe i przekonanie, że winę ponoszą inni (rodzice, władze, zawistni koledzy, nauczyciele itp.).

Jak już wspomnieliśmy, ta forma nerwicy (o ile nie ma głębszych źródeł w osobowości) stosunkowo szybko zanika w warunkach wojskowych, jeżeli dowódca i kolektyw żołnierski w sposób stanowczy, ale nie brutalny, potrafią zmusić młodego człowieka do liczenia się z rzeczywistością.

Epizody histeryczne mają zwykle za przyczynę ostry stan dezadaptacji. Szczególnie często występują one u osobników z niską inteligencją, upośledzonych zwłaszcza w zakresie myślenia abstrakcyjnego. Znalazłszy się w trudnej sytuacji życiowej, osobnicy ci nie mają dość wyobraźni, aby przewidzieć, że jest wiele różnych sposobów pokonania piętrzących się przeszkód i szukają ucieczki w chorobie. Demonstruje się to najczęściej nagłym bezgłosem, atakami: częstoskurczu napadowego, bólów brzucha, kręczy karku, demonstracyjnymi samookałeczeniami i próbami — rzekomo — samobójczymi. W ostatnich czasach bardzo rzadko widuje się, rozpowszechnione w dawnych armiach, przypadki tzw. wielkiej hysterii sprzężonej z objawami porażen, oślepień, napadów drgawkowych etc. Natomiast opisane wyżej epizody zdarzają się dużo częściej niż się powszechnie sądzi. Bardzo trudno odróżnia się je od symulacji i każdorazowo wymagają bardzo wnikliwej analizy psychiatrycznej.

Właściwie, stwierdzenie kilku epizodów histerycznych w przeszłości poborowego dyskwalifikuje go do służby w wojskach ope-

racyjnych. Jednakże również w pułkach OTK lub nawet w jednostkach samoobrony sprawiają oni dużo kłopotów wychowawczych, szczególnie jeżeli daje im się zadania wymagające dużych wysiłków adaptacyjnych.

Ad 3. Zespołem psychopatologicznym typowym dla późnego okresu pokwitania jest tzw. dysmorfofobia. W psychiatrii klinicznej przyjęło się traktować ten zespół, jeżeli jest on w pełni rozwinięty, jako poważne schorzenie sygnalizujące najczęściej początek schizofrenii lub — jak chce T. Bilikiewicz²⁹ — paranoi. Wydaje się jednak, że niektóre formy tego zespołu, niezbyt uporczywie utrzymujące się, występują wśród nastolatków bardzo często.

Dysmorfofobia polega na pojawieniu się nieuzasadnionego przekonania o własnej odpychającej brzydocie. Najczęściej chory zauważa jakiś rzekomy defekt budowy twarzy lub nabiera przekonania o wydzielaniu przez siebie brzydkiego zapachu, którego nie tolerują stykający się z nim ludzie. Upewnia się o tym ciągle przeglądając się w lustrze, widząc niechętnie grymasy u ludzi, z którymi rozmawia, odsuwanie się od niego osób w tramwaju, przygodnych rozmówców itp. W mniej intensywnie objawiających się (a za to częściej spotykanych) przypadkach rzecz polega po prostu na przekonaniu o własnej ogólnej brzydocie.

Ludzie z dysmorfofobią odosabiają się; z jednej strony sprawiają wrażenie nieśmiałych, z drugiej, bywają arogancy. W wojsku stronią od kolegów, nie chcą wychodzić na przepustki, nie tolerują żartów na swój temat. U pewnego odsetka tych chorych rozwija się pełen obraz schizofrenii, jednakże u większości mają one charakter przemijającej nerwicy, wywołanej trudnym do uchwycenia urazem psychicznym.

Ad 4. Wielokrotnie powyżej opisywane cechy zachowania się młodocianych osobników, a przede wszystkim: arogancja, wybuchowość, przekora, dążność do obalania autorytetów, małe poczucie odpowiedzialności, zainteresowanie „użyciem życia” — bez oglądania się na skutki — często powodują, że przykleja się chętnie tym ludziom etykietkę psychopatów. Także infantyizm psychiczny przypomina swym obrazem pewne postacie psychopatii. Niektórzy, nieco ostrożniejsi autorzy mówią o „fizjologicznej psychopatii”, która ma towarzyszyć okresowi pokwitania. Jest to niesłuszne, gdyż przez psychopatię rozumiemy trwałą anomalię osobowości w zakresie życia uczuciowo-popędowego oraz napędu psychoruchowego. Tymczasem zarówno „psycho-

²⁹ T. Bilikiewicz, *Psychiatria kliniczna*, wyd. V, PZWL, Warszawa 1973.

patyczne" zachowanie młodocianych, jak i infantyizm psychiczny są zjawiskami przejściowymi.

Ad 5 i 6. Inną sprawą jest natomiast fakt, że w późnym okresie pokwitania zwykle ujawniają się i krystalizują różne postacie rzeczywistych anomalii charakteru — socjopatii, psychopatii, anomalii uwarunkowanych organicznie, homilopatii, ale zjawiska tego nie można mylić z fizjologicznymi, przejściowymi zaburzeniami osobowości. Okres pokwitania jest wszakże okresem, w którym bardzo często ujawnia się wiele chorób, w tym także psychicznych, takich jak: schizofrenia, psychoza maniakalno-depresyjna, padaczka itp. Nie znaczy to jednak wcale, aby okres pokwitania był przyczyną tych chorób.

Wiek przedpoborowy zbiega się z tym okresem i może być traktowany jako trudny i przełomowy w życiu człowieka. W tym czasie organizm nie osiągnął jeszcze pełnej stabilizacji biologicznej i psychicznej. Duża część młodych ludzi nie uzyskała w tym czasie jeszcze stanu pełnej dojrzałości psychicznej, a u wielu zaznaczają się objawy synchronizacji między rozwojem poszczególnych narządów i układów fizycznych oraz braki we współzależnościach intelektu i charakteru. Postępowanie wychowawcze musi zatem opierać się na dużym takcie i cierpliwości oraz uwzględniać indywidualne cechy danej osoby.

ROZDZIAŁ IV

PSYCHOPATOLOGIA SZCZEGÓŁOWA

1. NIEDOROZWOJE UMYSŁOWE

Niedorozwój umysłowy jest efektem różnych uszkodzeń mózgu w okresie płodowym, w czasie porodu i w pierwszych kilku latach życia. Chodzi tu zarówno o wady rozwojowe, jak i o infekcje, zatrucia, braki w odżywianiu w czasie ciąży czy o różnego rodzaju uszkodzenia mózgu w czasie porodu i po porodzie, zapalenia mózgu i opon mózgowych, zatrucia, urazy czaszki we wczesnym dzieciństwie. W następstwie przebycia tych chorób dochodzi do trwałego upośledzenia czynności intelektualnych, wyrażającego się typowymi objawami (o których niżej) oraz obniżonym wskaźnikiem inteligencji przy rozwiązywaniu odpowiednich testów psychologicznych.

Głębokość niedorozwoju przyjęto określać według tzw. ilorazu inteligencji. Jest to pomnożony przez 100 wskaźnik, otrzymany przez podzielenie wieku niekalendarzowego, wynikłego po rozwiązaniu odpowiednich testów — przez wiek rzeczywisty. Np.: jeżeli dziesięcioletni chłopiec w czasie badania rozwiązał testy przewidziane dla 7 roku życia, a dla późniejszego nie był w stanie rozwiązać, jego iloraz inteligencji wynosi: $7 : 10 = 0,7$, $0,7 \times 100 = 70$.

Międzynarodowa klasyfikacja chorób (VIII Rewizja z r. 1970) przewiduje następujące określenia dla osób niedorozwiniętych:

— pogranicze niedorozwoju — iloraz inteligencji (I. I.) = 90—85,

— niedorozwój umysłowy nieznaczny: I. I. = 68—85,

— niedorozwój umysłowy lekki: I. I. = 67—52,

— niedorozwój umysłowy umiarkowany: I. I. = 51—36,

— niedorozwój umysłowy znaczny: I. I. = 35—20,

— niedorozwój umysłowy głęboki: I. I. = 19 i niżej.

W oparciu o praktykę, wszystkie postacie niedorozwoju, bez

względem na ich przyczynę, dzielimy na trzy grupy według stopnia głębokości zmian psychicznych.

Osoby, u których nie dochodzi w ogóle do rozwoju mowy, nazywamy **idiotami**. Odpowiada to mniej więcej pojęciu niedorozwoju umysłowego głębokiego. Osoby, u których stwierdza się prymitywny rozwój mowy, ale które nie są zdolne przyswoić sobie najprostszych wiadomości szkolnych, nazywamy **imbecylami** albo **głuptakami**. Mieści się to mniej więcej w pojęciu niedorozwoju umysłowego znacznego i umiarkowanego. Osoby, które potrafią opanować wiadomości mniej więcej 5 oddziałów szkoły podstawowej, mogą wyuczyć się prymitywnego zawodu, ale zarówno praktyka życiowa, jak i badanie testowe wykrywają u nich niezdolność do abstrakcyjnego myślenia, samodzielnego działania i krytycznej oceny bardziej skomplikowanych sytuacji, noszą miano **debilów** albo **ograniczonych** (niedorozwój umysłowy lekki i nieznaczny).

W **idiotyzmie** głębokie upośledzenie psychiki znajduje swój wyraz w tępym wyrazie twarzy, nieproporcjonalnej budowie czaszki i ciała, nieporadnym chodzie, wadliwej koordynacji ruchów. Idiota, starszy wiekiem, dysponuje zwykle kilkoma szczątkowymi wyrazami, służącymi do oznaczania prymitywnych stanów emocjonalnych (np. zadowolenia lub niezadowolenia, gniewu, głodu itp.). Większość z nich jest niemrawa, jakby odrętwiała; bywają jednak idioci wykazujący tendencje niszczycielskie, są podnieceni ruchowo. Nie ma mowy o żadnym przystosowaniu ich do samodzielnego bytu, pracy, zabawy; potrafią najwyżej sami jeść, utrzymywać czystość, rozróżniać przedmioty.

W **głuptactwie** (**imbecylizmie**) zasób słów ogranicza się do 50—150 wyrazów, przy czym wypowiedzi są niegramatyczne, a wymowa przeważnie wadliwa. Mimo to głuptacy pojmują większość prymitywnych poleceń, w związku z czym mogą uczyć się wykonywania prostych czynności. Niektórzy, po długiej pracy nad nimi, potrafią liczyć do 10, a nawet poznają litery. Niekiedy przyswajają sobie sporo wiadomości automatycznie, bez zrozumienia. Dzięki temu mogą deklamować wiersze, śpiewać piosenki. Czasem mają wyjątkowo dobrą pamięć lub są wybitnie uzdolnieni w jednym kierunku, np. mają absolutny słuch muzyczny albo zdolności rysunkowe. Ze względu na niemożność przewidywania następstw swego działania i kompletny bezkrytycyzm popadają nierzadko w konflikt z prawem, zwłaszcza gdy staną się narzędziem w rękach kryminalistów. Stosunkowo często popełniają przestępstwa seksualne — uprawiają stosunki ze zwierzętami, obnażają się publicznie i onanizują, wykazują agresję seksualną wobec starców lub dzieci. Na ogół wyraz ich

twarży, postawa, ruchy sygnalizują głęboki niedorozwój, aczkolwiek zdarzają się osoby imbecylne o inteligentnym wyrazie twarzy.

W zasadzie jest rzeczą mało prawdopodobną, aby komisje lekarskie dla poborowych przepuściły przez swe sito idiotów lub imbecylów. Nie dotyczy to debilów, którzy nierzadko bywają wcielani do wojska, powodując tam wiele kłopotów i zamieszania. Większość debilów wyglądem swym nie przypomina osób ograniczonych intelektualnie. Zwykle dopiero dokładny wywiad (wykazujący trudności w szkole) lub obserwacja ich postępowania i zachowania w trudniejszych sytuacjach życiowych wykrywają upośledzenie umysłowe. Z tego powodu komisje poborowe, pracujące szybko i bez zaplecza specjalistycznego, przepuszczają do wojska co najmniej 50% ograniczonych.

Debilizm cechuje przede wszystkim brak zdolności abstrakcyjnego myślenia. Wynika z tego obniżony krytycyzm w ogóle, a szczególnie w stosunku do własnej osoby. Osobnicy debilni często obdarzeni są wygórowanymi ambicjami, tłumaczą swoje niepowodzenia życiowe znową niechętnych sobie ludzi lub nie-szczęśliwym układem sytuacji. Prowadzi to nieuchronnie do konfliktów z otoczeniem. Niemożność przewidywania skutków, niezdolność rozróżniania rzeczy istotnych od mało ważnych, brak umiejętności planowania i organizowania nie pozwalają debilom na zajmowanie samodzielnych stanowisk. Jeżeli powodowani ambicją dochodzą niekiedy do kierowniczych funkcji, kończy się to zawsze katastrofą.

Ponieważ wielu debilów ma znakomitą pamięć, pozwala im to zdobywać wiedzę w mechaniczny sposób, dzięki czemu mniej ograniczeni kończą szkołę podstawową, a niekiedy nawet średnią. Brak intelektu nadrabiają mętną frazeologią, zręcznym powtarzaniem zasłyszanych powiedzeń i sloganów. W ten sposób mogą przez pewien czas mylić otoczenie co do prawdziwej wartości swego umysłu.

W nowoczesnym wojsku, które jest twardą szkołą życiową i stawia żołnierza zarówno wobec wielu trudnych sytuacji, jak i wobec konieczności ciągłego kształcenia się, ograniczeni umysłowo stosunkowo szybko ujawniają swoją małowartościowość, na skutek czego narasta wokół nich nieprzychylna atmosfera. Z jednej strony przełożeni są z nich niezadowoleni, co wyraża się nikłą liczbą przepustek i pochwał oraz dużą liczbą różnego rodzaju kar, z drugiej zaś strony koledzy szybko podchwytyją ich słabości i robią z nich przedmiot drwin. Prowadzi to w rezultacie do prymitywnych protestów pod postacią samowolnych oddaleń, prób samobójczych i przekroczeń dyscyplinarnych in-

nego rodzaju. Wczesne rozpoznanie u żołnierza niedorozwoju zapobiega licznym wykroczeniom w pododdziale, podnosi stan dyscypliny i zapobiega rozbijaniu kolektywu żołnierskiego. Ujawnienie debilizmu pociąga za sobą zwolnienie żołnierza z wojska, ponieważ przepisy orzecznictwa wojskowo-lekarskiego przewidują wykluczenie ograniczonych intelektualnie z szeregów.

2. PSYCHOPATIE

Termin: *psychopatia* należy do najtrudniejszych pojęć psychopatologii. W naszym kręgu psychiatrycznym rozumie się przezeń **trwałe anomalie osobowości w zakresie charakteru**, a w szczególności w dziedzinie życia emocjonalnego, popędowego i napędu psychoruchowego.

Intelekt w zasadzie pozostaje u psychopatów nieupośledzony, a nawet nierzadko spotyka się psychopatów z inteligencją ponadnormalną. Nie oznacza to, aby nie można było się spotkać z wypadkami jednoczesnego występowania niedorozwoju umysłowego i zaburzeń charakteru.

Wspomniana wyżej trudność uściślenia pojęcia psychopatii sprowadza się w praktyce do 4 zasadniczych aspektów:

1) trudności w prowadzeniu obiektywnej, ilościowej oceny zaburzeń charakteru — w związku z czym dochodzi czasem do różnicy poglądów: czy ktoś już jest psychopatą, czy nim **jeszcze nie jest**;

2) trudności w wyjaśnieniu przyczyn powstawania psychopatii — w związku z czym powstają problemy istotne dla terapeutów — czy leczyć wyłącznie wychowywaniem, czy też i farmakologicznie;

3) formalnych kłopotów terminologicznych, spowodowanych rozpowszechnianiem przez rozmaite szkoły różnych określeń, odnoszących się do tej samej sprawy, ale zawierających różne źródłosłowy, wynikające z różnic w podejściu teoretycznym. Dlatego w wielu wypadkach osoby korzystające z usług psychiatrów, a nie zaznajomione z terminologią światową, są zdezorientowane co do istoty rozpoznania;

4) trudności w opracowaniu „osiowych” objawów, charakterystycznych dla wszystkich przypadków psychopatii, niezależnie od ich klinicznej postaci (w związku z czym dla wielu osób pojęcie psychopatii nie dość ostro odcina się od innych schorzeń psychicznych, np. nerwic).

Ad 1. Inaczej niż to ma się z problemem niedorozwoju umy-

słowego, który daje się wymierzyć ilorazem inteligencji, w chwili obecnej nie są znane nauce metody precyzyjnego określenia odchyżeń w zakresie życia uczuciowego i popędowego. Daje to nawet niektórym autorom podstawy do twierdzenia, że psychopatia jest mimo wszystko stanem prawidłowym — stanem zdrowia (Bilkiwicz). W istocie wielu psychopatów dysponuje tak znacznymi możliwościami kompensacji swych wad charakteru, że z większym lub mniejszym trudem adaptują się do pewnego czasu w społeczeństwie, które zresztą zazwyczaj długo stosuje wobec nich ulgową postawę, tolerując zwłaszcza tych, którzy, dzięki uzdolnieniom, w ogólnym rozrachunku są dla swego środowiska przydatni. Psychopatyczne rysy osobowości ujawniają się zwykle w całej okazałości dopiero w razie napotkania jakiejś trudności życiowej, przy czym szczególnie charakterystyczne dla psychopatów są reakcje niewspółmiernie silne w stosunku do siły bodźca. Dlatego jedynym miarodajnym testem jest dla psychopatów ich życiorys. Konfliktowość, złe postępy w szkole — mimo prawidłowej inteligencji, częste zmiany środowiska, kłopoty z opanowaniem zawodu, z dostosowaniem się do wymogów życia w wojsku, małżeństwie, zakładzie pracy, skłonność do łączenia się z elementami spoza nawiasu społecznego, lekceważenie wszelkich form dyscypliny (wewnętrznej i środowiskowej), niestosowność zachowania się w sytuacjach określonych kanonami społecznymi — oto objawy, które „czerwoną nicią” przewijają się przez życiorys psychopaty.

Uzyskanie obiektywnych danych o życiu psychopaty jest bardzo trudne. Od nich samych o zaistniałych faktach dowiedzieć się nie można, gdyż przeważnie zainteresowani są albo w ich ukrywaniu (podsądni), albo przejawianiu (poborowi). Zebranie zaś tak wielu informacji w sposób niezależny od nich samych, jest dość często bardzo utrudnione, zwłaszcza w warunkach ambulatoryjnych. Względy powyższe powodują także, iż w wielu wypadkach zbyt lekkomyślnie rozpoznaje się psychopatię u ludzi, którzy np. weszli w uzasadniony sytuacyjnie konflikt, reagując może w sposób zbyt jaskrawy na sprzeczne z ich poglądami, poczuciem godności osobistej lub interesem społecznym fakty.

Ad 2. W dzisiejszym stanie wiedzy przyjęto już do wiadomości, że przyczyn powstawania anomalii charakteru jest wiele. W grę wchodzi zarówno czynniki biologiczne, jak i społeczne. Wydaje się, że w pewnym niewielkim odsetku wypadków rolę odgrywa dziedziczność. Olbrzymia jednak większość chorych to osobnicy z tzw. organicznym uszkodzeniem mózgu, doznany w różnych okresach rozwoju ontogenetycznego — zarówno

w okresie płodowym, jak i wczesnodziecięcym, dziecięcym, a także dojrzłym. Do uszkodzenia mózgu dojść może na skutek zatrucia, infekcji ośrodkowego układu nerwowego, zaburzeń przemiany materii oraz mechanicznych uszkodzeń tkanki mózgowej (przede wszystkim w przebiegu urazu czaszki). Niekiedy działanie wymienionych tu czynników biofizycznych daje się uchwycić bez trudu, zwłaszcza gdy doszło do ich działania dopiero w okresie dziecięcym, młodzieńczym lub późniejszym. Często jednak nie sposób przy pomocy współczesnych metod laboratoryjnych i klinicznych zbadać przyczynę uszkodzeń mózgu, mimo że ich organiczne podłoże nie budzi wątpliwości. Zresztą, jak się zdaje, czynnik etiologiczny nie gra tu najistotniejszej roli. Ważna jest lokalizacja uszkodzeń, ich rozległość oraz ustalenie, kiedy powstały u człowieka.

Wielu autorów (szczególnie z krajów zachodnich) kładzie nacisk na możliwości psychopatyzacji osobowości w toku jej dojrzewania pod działaniem wadliwych wpływów środowiskowych. Wydaje się, że w odniesieniu do tego czynnika należy zachować ostrożność. Po pierwsze dlatego, że kapitalistycznych modeli społecznych nie można przenosić do naszych warunków. Po drugie, znane są w praktyce wypadki wychodzenia ze zdemoralizowanych środowisk ludzi bardzo pozytywnych społecznie i doskonale zintegrowanych wewnętrznie, a bywa również, że niektórzy osobnicy, mimo bardzo starannego wychowania, wykazują zdecydowanie psychopatyczne cechy osobowości. Ostateczny kształt osobowości zdaje się zatem zależeć nie tylko od wpływów środowiska, ale i od indywidualnych wartości, jakie przedstawia sobą każdy człowiek.

Uwag powyższych nie należy traktować jako całkowitej negacji znaczenia bodźców środowiskowych, zarówno w odniesieniu do patologicznego kształtowania się charakteru, jak i do naprawiania już powstałych wad. Wprost przeciwnie, wpływy społeczne mają bardzo duże znaczenie dla rozwoju osobowości, ale nie są jedyne. Praktyka życiowa wskazuje, że najcięższe postacie psychopatii rozwijają się wtedy, gdy szkodliwe społecznie wpływy środowiskowe działają na biologicznie mało wartościowy ośrodkowy układ nerwowy.

Ad 3. W ostatnich czasach, pod wpływem badań nad przyczynami psychopatii, zmieniła się bardzo terminologia, związana z tym schorzeniem. Generalnie rzecz biorąc, termin: „psychopatia” — pojmowany dawniej szeroko, jako określenie trwałej anomalii w zakresie charakteru, zawęził się ostatnio, przynajmniej w naszym kręgu nomenklaturowym, do jednej tylko z form zaburzeń charakteru. W chwili obecnej przez **psychopa-**

tię rozumiemy anomalię charakteru, której przejawy daje się prześledzić od dzieciństwa, a której nie da się wytłumaczyć ani wadliwymi wpływami środowiska, ani — uchwytnym dla współczesnych metod badania — uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Anomalię charakteru, która rozwinęła się pod wpływem szkodliwych wpływów środowiska społecznego u osobnika z nie uszkodzonym mózgiem, określamy mianem socjopatii.

Natomiast anomalie charakteru, uwarunkowane organicznym uszkodzeniem mózgu, nazywamy encefalopatią z zaburzeniami charakteru bądź (wyłącznie w niektórych ośrodkach Polski — za Bilikiewiczem) charakteropatią, lub zespołem rzekomo psychopatycznym.

Poza Polską (a także w niektórych środowiskach Polski), dla określenia anomalii charakteru używa się także terminów wywodzących się z założeń psychologii głębi, a kładących nacisk na patologiczną strukturę osobowości psychopatów. Są to pojęcia: osobowość patologiczna, osobowość patologicznie ukształtowana, osobowość nieprawidłowa, zaburzona, niedojrzała itp.

W niektórych wypadkach w rozpoznaniu podkreśla się swoisty obraz kliniczny patologicznej osobowości, stosując określenia: osobowość schizoidalna, paranoidalna lub paranoiczna, anankastyczna, histeryczna, asteniczna itp. Pedopsychiatrizy przyswoili sobie behawiorystyczny termin: „zaburzenia zachowania”. Wymienione powyżej terminy nie wyczerpują całej terminologii używanej na świecie w odniesieniu do zaburzeń charakteru. Ze względu na rzadkość używania ich na terenie Polski pomijam ich cytowanie. Już powyższe przykłady wskazują na trudności w przyswajaniu sobie wiedzy na temat psychopatii przez nie-specjalistę, który często wyrażenia synonimiczne bierze za różne rozpoznania. Ten nieporządek terminologiczny, łatwy do rozszyfrowania przez specjalistów, sprawia dość istotne kłopoty osobom i instytucjom korzystającym z usług psychiatrów — sądom, prokuratorom, komisjom rentowym i wojskowo-lekarskim, pedagogom, psychologom itp.

Ad 4. Poszukując cech wspólnych wszystkim psychopatom, trzeba uświadomić sobie przede wszystkim fakt, że są to osobnicy nie mieszczący się w ramach przeciętności. Inaczej mówiąc, stanowią oni zbiór indywidualności, wykazujących ogromne bogactwo możliwości zachowań się w różnych sytuacjach życiowych, zachowań z reguły zaskakujących swą niecodziennością. Zjawisko to wynika z ich źle zintegrowanej osobowości, dysproporcji między nieupośledzoną inteligencją, a wybujałym życiem emocjonalnym, słabą wolą i podatnością na spontaniczne poddawanie się popędowi.

Stąd duże kłopoty w opracowaniu głównych objawów psychopatii oraz odpowiednio logicznej, wszechstronnej i wyczerpującej klasyfikacji poszczególnych form tej anomalii. Wielu autorów w swych publikacjach skrupulatnie pomija cechy wspólne dla wszystkich form psychopatii, natomiast każdy z nich wprowadza inne klasyfikacje.

Wśród nielicznych cech, które podkreśla większość autorów, na uwagę zasługuje:

1. Trwałość zmian, które powodują, że psychopatia określa-
na jest jako kalectwo, a nie proces chorobowy (typu nerwicy
czy psychozy).

2. Dobry wgląd intelektualny psychopatów w niewłaściwość
swojego postępowania, co powoduje w zasadzie odrzucenie ich
niepoczytalności, jeżeli wejdą w konflikt z prawem.

3. Położenie głównego nacisku w leczeniu na zabiegi wycho-
wawcze, psychologiczne, a nie terapię w ścisłym tego słowa
znaczeniu.

4. Dezadaptacja społeczna psychopaty, jako główna cecha ne-
gatywna z punktu widzenia środowiska, w którym on żyje.

Gilarowski, w swoim podręczniku, jako podstawowe cechy psychopatii wymienia: egocentryzm, który nie pozwala im pra-
widłowo oceniać swego zachowania się; zaburzenie jednolitości
działania, postępowanie podyktowane przypadkowymi motywami,
popędami oraz reakcją emocjonalną niewspółmierną do bodź-
ców otoczenia.

Najpełniejszy rejestr cech „prawdziwego” psychopaty zesta-
wił psychiatra amerykański, Cleckley (American Handbook of
Psychiatry, 1959). Podaję go poniżej, w skrócie. Otóż, według
tego autora, psychopata:

1. **To człowiek nieodpowiedzialny** (w znaczeniu potocznym, nie w zna-
czeniu prawnym). Sprawia nieodparte wrażenie człowieka rzetelnego
i godnego zaufania, potrafi jednak, obarczony najpoważniejszą nawet
odpowiedzialnością czy zobowiązaniami, sprzeniewierzyć się im z błędnego
powodu, tracąc i burząc wszystko, co zyskał i zbudował („wpadki” nie
zdarzają się oczywiście za każdym razem — czasem o nieodpowiedzial-
ności świadczy jedynie podjęte ryzyko).

2. **Jego niepowodzenie życiowe jest pozornie niezrozumiałe.** Tym bar-
dziej, że wszyscy wokół na ogół orientują się, że obdarzony jest prze-
ciętnym, a często nawet wybitnym poziomem inteligencji. Jego zacho-
wanie, oceniane ogólnie, wydaje się irracjonalne, nie można jednak tego
wiązać ze stanem umysłowym. Odnosi chwilowe sukcesy w nauce czy
w pracy, ostatecznie jednak większość jego przedsięwzięć kończy się nie-
powodzeniem. Zachowuje się często bez zrozumiałego powodu w sposób

aspołeczny. Zachowanie to naraża go na stałe zawody i przynosi mu w ostatecznym rachunku szkodę.

3. **Kłamie, ilekroć uzna to za wygodne**, lekceważąc oczywisty w jakiejś sytuacji fakt, że kłamstwo wkrótce może się wydać. Niekiedy nie sposób się dopatrzyć, jaką korzyść ze swojego kłamstwa chciał wyciągnąć.

4. **Nie potrafi uznać za słuszne stawianych mu zarzutów**, mimo że pozornie rozumie swoją winę i często — ze względów taktycznych — przyznaje się nawet do niej, w rzeczywistości nie czuje się odpowiedzialny za następstwa, często bardzo przykre, swojego postępowania. Wydaje się, że poczucie winy lub uczucie wstydu, których niekiedy doznaje, nie jest nigdy na tyle głębokie, by móc rzutować na jego późniejsze zachowanie.

5. **Nie potrafi korzystać z doświadczenia** (uczyć się na własnych błędach). Mimo sprawnego rozumowania, jakie demonstruje w kwestiach teoretycznych, mimo umiejętności przewidywania, z jaką omawia swoje plany na przyszłość — wykazuje krańcowo niewłaściwy osąd, kiedy przychodzi mu brać rzeczywisty udział w życiu. Ilość doznanych przez niego zawodów i przykrości nie ma znaczenia, ponieważ nie potrafi z tych doświadczeń wyciągnąć wniosków na przyszłość.

6. **Reaguje na alkohol w sposób nienaturalny lub dziwaczny**. Niekórzy z nich nie piją, najczęściej jednak biorą udział w zabawach, w czasie których alkohol wydaje się katalizować ich skłonności do nieprzyjemnego, błazeńskiego lub destruktywnego zachowania.

7. **Jest niezdolny do miłości**. Uczucie to pojawia się u niego efemerycznie, jest jakby niedorozwinięte. Mimo że szczerzy, czuły i serdeczny, stwarza atmosferę ciepła uczuciowego, deklaruje przywiązanie, oddanie, jest skłonny do wielu drobnych wyrzeczeń, to jednak przy tym wszystkim jest niezdolny do łączenia się z kimkolwiek głębokim związkiem uczuciowym. Typowe sytuacje stanowiące miernik głębi uczucia ujawniają ich powierzchowność, ukazują „gruboskórność” i „brak serca”. Jego doświadczenia seksualne są pospolite, pozbawione głębokiej wartości uczuciowej.

8. **Nie odczuwa i nie przejawia charakterystycznego dla nerwicy lęku** (uczucia napięcia, niepokoju i innych objawów psychonerwicowych: fobii, natręctw, hipochondrii). Jest opanowany i swobodny w takich sytuacjach, w których inni są napięci i niespokojni.

9. **Samobójstwo** popełnia rzadko, aczkolwiek bardzo często dokonuje samobójczych demonstracji, lub grozi, że samobójstwo popełni.

10. **Stale powraca do sposobów zachowania, którymi sam sobie przynosi szkodę**. Wydaje się niekiedy, jakby świadomie porzucał poprzednio obraną drogę, z której wydawał się zadowolony, na której osiągnął już sukcesy — czasem znaczne — i celowo zmierzał ku katastrofie. Dobrowolne szaleństwo, bankructwo życiowe, stale ponawiana, nieuzasadniona agresja przeciw najbliższemu i dalszemu otoczeniu — tworzą zmagmatowaną konstrukcję psychiczną, która może sprawić na kimś wrażenie

obiędu. Uważny obserwator miałby prawo zapytać, czy nazywanie tego człowieka zdrowym nie równa się wyrzuceniu z określenia: „zdrowie” całej istotnej treści.

Mimo iż określenie przez Cleckleya sylwetki standardowego psychopaty dalekie jest od ideału celnego i wszechstronnego opisu, daje ono jednak pewien wgląd w samo pojęcie tego, co uważamy za psychopatię.

Szczegółowym opisem poszczególnych postaci psychopatii zajmowało się bardzo wielu badaczy i u nich również nie ma jakichkolwiek powszechnie przyjętych uzgodnień.

Z dużej liczby różnego rodzaju klasyfikacji wydzielić można jednak szereg klinicznych (najczęściej powtarzających się) typów patologicznej osobowości, składających się na opis następujących postaci psychopatii:

1) psychopaci sensytywni (wrażliwi, dystymicy etc.) — nadmiernie silnie przeżywający — lękiem i układem wegetatywnym (w sposób mimozowaty) przykrości życia codziennego;

2) psychopaci nadpobudliwi (pobudliwi, impulsywni, porywczy etc.). Cechują ich niewspółmierne do siły bodźca reakcje uczuciowe. Z zupełnie błahych powodów wpadają w gwałtowny, niepohamowany gniew, w czasie którego mogą być niebezpieczni dla siebie i otoczenia;

3) psychopaci afektywnie chwiejni (niestali etc.). Cechuje ich wielka zmienność nastroju, brak wytrwałości i duża podatność na sugestie. Są kapryśni, w pracy niesystematyczni, ciągle szukają nowych wrażeń. U tego rodzaju psychopatów rozwija się z łatwością narkomania — kokainizm, morfinizm, alkoholizm;

4) psychopaci aspołeczni. Cechuje ich brak hamulców moralnych, egoizm i okrucieństwo. Obce im są uczucia wyższe: wstyd, poszanowanie cudzej własności, honor, litość, współczucie itp. Znajdują przyjemność w cudzym cierpieniu; aktywnie i z upodobaniem szkodzą otoczeniu. Nie mają poczucia winy za dokonane przestępstwa. Kary wywołują w nich przekonanie o niesprawiedliwym prześladowaniu ze strony społeczeństwa i protest w formie nowych agresji;

5) kłamcy i oszuści (mitomani) — psychopaci żądni ważności, którzy swe niepowodzenia życiowe kompensują ucieczką w częściowo tylko korygowany krytycyzmem, imaginowany świat kłamstwa. Cechuje ich wzmozżona fantazja, przy czym nie są w stanie rozgraniczać ściśle świata urojonego od rzeczywistego. Z najlepszą wiarą wypowiadają nieprawdopodobne kłamstwa, wierząc natychmiast w to, co powiedzieli. Zachowaniem swoim, wykazują chęć „błyszczenia”, imponowania. W pracy charakte-

ryzuje ich brak systematyczności i wytrwałości oraz lekkomyślność;

6) grupa psychopatii, będących prawdopodobnie defektem po przebytych endogennym procesie psychotycznym bądź formą mało aktywnego procesu. Zaliczamy tu: dziwaków, autystów, schizoidów, heboidów, paranoidów, chłodnych uczuciowo itp. — jako związanych klinicznie ze schizofrenią; cykloidów, dystymików, hypertymików — jako związanych ze schizofrenią; psychopatów paranoicznych, pseudopieniaczy itp. — jako związanych z obłędem (paranoja); histeroidów, psychopatów histerycznych — jako powiązanych z histerią; anankastów — powiązanych z nerwicą natręctw; psychopatów psychastenicznych — powiązanych z psychastenią; neuropatów — powiązanych z neurastenią itd.;

7) grupa psychopatów seksualnych. Psychopaci o zmienionym chorobliwie nastawieniu seksualnym (zboceńcy). Najczęściej spotykane zboczenia to:

1) homoseksualizm — popęd do osobników tej samej płci;
2) ekshibicjonizm — obnażanie swych narządów płciowych wobec płci przeciwnej. Wstyd, wstręt widzów powodują u ekshibicjonisty zadowolenie płciowe;

3) fetyszizm — doznawanie zadowolenia seksualnego przy oglądaniu lub dotykaniu pewnych przedmiotów, należących do osoby darzonej emocją, np.: bucików, włosów, bielizny itp.;

4) pedofilia — popęd płciowy do dzieci;

5) sodomia — popęd płciowy do zwierząt;

6) narcyzm — przeniesienie popędu płciowego na siebie samego. Łączy się z tym niekiedy uporczywy onanizm (masturbacja);

7) sadyzm — zadawanie bólu partnerce (partnerowi) podczas stosunku. Daleko posunięty sadyzm polega na tym, że dla zboczeńca stosunek płciowy nie jest konieczny do wywołania orgazmu, wystarcza zadawanie ran osobnikowi płci przeciwnej. Sadyzm prowadzi często do ohydnych mordów.

8) masochizm — odczuwanie zadowolenia płciowego podczas doznawania bólu zadanego przez partnera.

Ciekawą klasyfikację psychopatów, najczęściej spotykanych w wojsku, podaje szwajcarski psychiatra, J. Wyrsh. Jest on twórcą koncepcji tworzenia dla psychopatów w wieku poborowym specjalnych pododdziałów, które by miały również znaczenie wychowawczo-lecznicze.

J. Wyrsh (1946 r.) rozróżnił następujące typy psychopatów:

a) Psychopaci egocentryczni, przeceniający swoje „ja”, stale zajęci sobą, niezdolni do koleżeńskiego współżycia. Wielu z nich już w życiu cywilnym zachowuje się dziwacznie, stosuje „nau-

kowe" diety, przyjmuje „zioła", wielu należy do sekt, a zwłaszcza do świadków Jehowy. W wojsku skarżą się na niemożność spożywania ciemnego chleba itp., przerywają służbę wojskową częstymi wizytami w ambulatoriach lub w oddziałach szpitalnych.

b) Psychopaci abnegaci: z wyglądu niechlujni, brudni, niedbale ubrani, o postawie bynajmniej nie wojskowej, bez wiary w siebie, w swoje zdolności, ciągle przygnębieni, niektórzy z nich ograniczeni lub ociężały umysłowo.

c) Psychopaci, którzy początkowo sprawiają wrażenie normalnych. Potrafią zyskać sympatię oficerów (wskutek umiejętności towarzyskich, schlebienia itp.), ale w toku służby wojskowej zawodzą (są próżni).

Wychodząc z założenia, że szczegółowe opisy obrazu klinicznego nie mają dla wojska żadnego znaczenia, natomiast istotne w tym wypadku jest to, czy dany psychopata utrzyma się w warunkach dyscypliny wojskowej, zaproponowaliśmy w roku 1958, wraz z płk. W. Steinem³⁰, dzielenie, dla celów wojskowo-medycznych, psychopatii na trzy grupy: ciężka oraz średniego i nieznacznego stopnia.

O ciężkiej psychopatii mówimy wtedy, gdy zdolność adaptacyjna chorych jest minimalna, a dekompensacja łatwa. Oczywiście, ludzie ci nie są zdolni do pełnienia służby wojskowej.

O psychopatii nieznacznego stopnia mówimy wtedy, gdy chorzy osobnicy łatwo adaptują się i trudno ulegają dekompensacji. W stosunku do nich nie trzeba stosować specjalnych środków wychowawczych, poza przyjętymi zwykle w oddziale wojskowym. Utrzymują się oni w ramach dyscypliny wojskowej, dość zrećznie unikając konfliktów i kar. Jeśli zdarzają się u nich reakcje psychopatyczne, to są to incydenty bardzo rzadkie, krótkotrwałe, niegroźne.

Najtrudniejsze jest oczywiście określenie psychopatii o średnim nasileniu. Ogólnie można powiedzieć, że osobników z anomalią osobowości cechuje chwiejność, zarówno zdolności kompensacyjnych, jak i adaptacyjnych. Wymagają specjalnego postępowania z nimi, gdyż stosunkowo łatwo wpadają w konflikty z ustalonymi rygorami wojskowymi, z drugiej jednak strony wykazywać mogą szereg cech i uzdolnień korzystnych dla wojska, na przykład przejawiać męstwo, poświęcenie, odwagę, spryt, zdolności organizacyjne i inne, dużą ambicję itp.

Ocenę, z jakiego typu psychopata mamy do czynienia, powinien przeprowadzać doświadczony, zaznajomiony ze specyfiką wojskową psychiatra wojskowy.

³⁰ Z. Rydzyński, W. Stein, *Problem psychopatii w wojsku*, „Lekarz Wojskowy", nr 7, 1958.

Szczególne trudności klasyfikacyjne napotykają, w odniesieniu do anomalii charakteru, psychiatrzy dziecięcy. Przyczyną tego wydaje się być przede wszystkim fakt niedojrzałej osobowości dzieci, przez co:

1° — W sposób naturalny kierują się one przede wszystkim popędami i niższymi uczuciami, a zatem kryteria oceny ich postępowania nie mogą być takie same, jak wobec ludzi dorosłych; gdyby określać ich zachowanie się według norm dla dorosłych, wszystkie one byłyby „fizjologicznymi” psychopatami.

2° — Nie wykształcona w pełni osobowość nie przejawia — także w patologii — tak dużej gamy objawów — stąd obrazy kliniczne dziecięcych psychopatów są znacznie uboższe. Szymańska ogranicza typologię psychopatii u dzieci do: niestałych, pobudliwych, żądnych ważności, sensorywnych, depresyjnych, chwiejnych, zimnych, społecznych, zakłamanych, kłótliwych, o popędzie koczowniczym, zboczonych płciowo.

3° — Postawienie samego rozpoznania wymaga dużej ostrożności, gdyż dalsze życie młodego człowieka może w istotny sposób — w drodze wpływów wychowawczych lub samego endogennego dojrzewania — przyczynić się do znacznej kompensacji anomalii charakteru, a zatem rozpoznanie psychopatii w tej sytuacji byłoby zbyt pochopne, a w niektórych układach społecznych nawet krzywdzące.

Z drugiej jednak strony wczesne zwrócenie uwagi na dziecko źle adaptujące się do środowiska rodzinnego i szkolnego z powodu zaburzeń emocjonalno-popędowych, ma bardzo istotne znaczenie prognostyczne, pozwala bowiem w porę zastosować konieczne zabiegi psychologiczne, izolujące dziecko od złych wpływów środowiskowych; wykryć przyczyny choroby i ewentualnie — u encefalopatów — obok postępowania wychowawczego uruchomić terapię psychofarmakologiczną.

Leczenie: w chwili obecnej leczenie anomalii charakteru opiera się, jak dawniej, przede wszystkim na zabiegach wychowawczych, bez względu na przyczynę i obraz kliniczny. W odniesieniu do różnych form psychopatii społecznych w pełni obowiązuje stara zasada pedagogiczna: nagradzać uczynki dobre z punktu widzenia interesu społecznego, karać za uczynki społeczne. Psychopaci, za wyjątkiem niektórych stanów patologicznego afektu, rzadko i przelotnie pojawiających się u nich, są w zasadzie odpowiedzialni za swoje czyny. Sprawny intelekt umożliwia im krytyczną ocenę swego postępowania i pozwala przewidywać skutki niewłaściwych pociągnięć. Dlatego bezwzględne kary za czyny naruszające prawo oraz surowe (choć sprawiedliwe i w miarę elastyczne) wychowanie prostują wiele

patologicznych cech charakteru, a przynajmniej przyczyniają się do świadomego tłumienia wybujałości temperamentu i popędu. Natomiast daleko posunięta tolerancja wybryków, uleganie kłamliwym tłumaczeniom, próby wychowania w oparciu o nieopartą stanowczym działaniem perswazję, wywołują u psychopatów lekceważenie i świadomość bezkarności.

W ostatnich latach próbuje się wprowadzić do leczenia zaburzeń sfery emocjonalno-popędowej, środki psychofarmakologiczne. Działają one wszakże tylko objawowo i w praktyce używać ich można tylko jako leku pomocniczego w psychoterapii i zabiegach psychagogicznych. Interesujące osiągnięcia w leczeniu psychopatii seksualnych osiąga się przy pomocy kuracji psychozomimetykami, popartej intensywną psychoterapią.

3. ZABURZENIA PSYCHICZNE POCHODZENIA ENDOGENNEGO

Do chorób psychicznych tego typu zaliczamy choroby, których przyczyną są hipotetyczne czynniki, „działające wewnątrz organizmu”. Niestety, na dzisiejszym poziomie wiedzy jeszcze nie potrafimy ich wykryć ani określić.

Wobec tego wyrażenie: *endogenne* oznacza tyle samo, co *nie-wiadomego pochodzenia*. Przypuszcza się, że chodzi tu o przekazany genetycznie wadliwy system przemiany materii, prowadzący z czasem do pewnego rodzaju samozatrucia układu nerwowego, który przestaje wówczas prawidłowo funkcjonować.

W każdym razie w psychozach endogennych proces chorobowy pojawia się i postępuje nieomal niezależnie od warunków środowiska, zarówno u ludzi dotychczas zdrowych fizycznie i szczęśliwych, jak i sfrustrowanych oraz cieleśnie chorych. Ma to duże znaczenie dla orzecznictwa rentowego, gdyż w wypadku rozpoznania psychozy endogennej, stwierdzamy brak powiązania między przyczyną choroby, a środowiskiem, w którym dana osoba dotychczas przebywała.

Bardzo groźną i trudną do leczenia psychozą endogenną jest schizofrenia.

Schizofrenia jest jedną z najczęściej spotykanych chorób psychicznych.

Na oddziałach psychiatrycznych schizofrenicy stanowią zwykle mniej więcej połowę wszystkich chorych. Statystyka wykazuje, że na chorobę tę zapada średnio 0,85% ludności. Przyczyny tej choroby są niezane. Badania zdają się wskazywać, że u podstaw schizofrenii leży wadliwa przemiana białek w orga-

nizmie, która w konsekwencji prowadzi do przewlekłego samozatrucia.

Nazwa tej choroby pochodzi od greckich słów: schizein — rozszczępienie i fren: umysł, osobowość. Uważa się bowiem, że najbardziej istotną kliniczną cechą schizofrenii jest zachwianie równowagi pomiędzy współdziałaniem intelektu, uczuć i woli, czyli rozszczępienie osobowości chorego. W większości bowiem przypadków schizofrenii intelekt długo pozostaje nietknięty, podczas gdy znacznemu upośledzeniu ulegają wola i uczuciowość.

Schizofrenia rozpoczyna się najczęściej między 15 a 25 rokiem życia. Początek może być ostry lub przewlekły; choroba ciągnie się zwykle latami, przy czym u niektórych chorych zmiany mają charakter postępujący, a u niektórych mogą występować — bez leczenia — okresowe powroty do pozornie całkowitego zdrowia psychicznego. „Pozornie”, ponieważ każdy nowy nawrót pozostawia choćby niewielki defekt w psychice pacjenta. U niektórych chorych, nawet nie leczonych, po 2 lub 3 nawrotach proces chorobowy ulega zatrzymaniu. Są znów zdolni do pracy, pozostają jednak zazwyczaj zamknięci w sobie i dziwaczni (defekt). Gdy choroba ma przebieg postępujący, z biegiem lat dochodzi do całkowitego rozpadu osobowości, a nawet otępienia, podobnego do otępienia w przebiegu chorób „organicznych”.

Objawy zależą od postaci tej choroby. Rozróżnia się cztery jej postaci:

- a) zwykłą,
- b) paranoidalną, czyli urojeniową,
- c) katatoniczną,
- d) hebefreniczną.

W schizofrenii zwykłej na pierwszy plan wysuwa się powoli narastające stępienie uczuciowe. Chory uprzednio żywotny, pracowity, objawiający zainteresowanie nauką, sztuką, stopniowo coraz bardziej obojętniejszy, opuszcza się w pracy, przestaje interesować się losem rodziny, kinem, teatrem, książkami. Wreszcie przestaje chodzić do pracy, siedzi w domu, unika towarzystwa, izoluje się od otoczenia, zaniedbuje pod względem higienicznym. Silniej indagowany — mając zachowany krytycyzm — stara się umotywować swoje postępowanie, najczęściej jednak w sposób bezsensowny.

Schizofrenia zwykła najczęściej zaczyna objawiać się u osobników młodocianych między 18 a 25 rokiem życia. Rokuje raczej źle, prawdopodobnie dlatego, że podstępny przebieg choroby opóźnia początek leczenia i chorzy dostają się do szpitali już

po wielu miesiącach trwania choroby. Po dłuższym czasie, obok stepienia uczuciowego zaczyna rozwijać się otępienie intelektualne.

Postać paranoidalna zaczyna się zazwyczaj znacznie później, często nawet po trzydziestym roku życia. Na pierwszy plan wysuwają się tu powoli narastające, początkowo dość logiczne, następnie coraz bardziej bezsensowne urojenia — głównie prześladowcze i wielkościowe. Urojeniom towarzyszą halucynacje wzrokowe, słuchowe, węchowe oraz często, dotykowe. Zachowanie chorego uderza dziwacznością. W rozwiniętej chorobie pacjent stroi dziwaczne miny i gesty, mówi do siebie, chodzi w zmanierowany sposób; z biegiem czasu rozkojarza się tak, że trudno nawet zrozumieć sens jego wypowiedzi. Urojenia wielkościowe i prześladowcze zazwyczaj szybko doprowadzają do konfliktu z otoczeniem.

Bardzo typowymi objawami dla schizofrenii paranoidalnej są różnego rodzaju zaburzenia toku myśli. Jedni pacjenci skarżą się na ciągłą pustkę w głowie, „uciekanie” myśli i to właśnie w tej chwili, gdy chcą coś powiedzieć. Inni twierdzą, że mają w głowie ogromny natłok myśli, które kłębią się, kołują i rwą. Bardzo wielu chorych ma uczucie, że myśli, które odczuwają, nie są ich własne, lecz nadawane do ich mózgu przez obce osoby, czy to w konkretny sposób — np. za pomocą radia lub innych nieznanymi mechanizmów, czy to drogą niewiadomą. Bardzo często chorzy twierdzą, że nie tylko myśli ich są poddane czyjejś woli, ale i wszystkie ich czynności: akcja serca, ruchy, chód, itd. kierowane są przez innych. Chory mówi coś, aby następnie wyrazić zdziwienie, że mógł coś podobnego powiedzieć: uważa, że widocznie ktoś inny mówi przez niego. Schizofrenicy doznają często wrażeń, że pozamieniano im części ciała: zęby, włosy, serce, nogi itp. Nierzadko schizofrenicy prowadzą jakby podwójne życie — orientując się w rzeczywistym czasie, miejscu i przestrzeni, prowadzą jednocześnie drugie własne życie w urojonym świecie. Najczęściej kryją się z tym lub przynajmniej nie afiszują. Uważając jednak życie urojone za bardziej wartościowe, izolują się od otoczenia, zamykają w sobie, tworząc własny, oderwany od społeczeństwa świat. Objaw ten nazywamy **autyzmem**. Jest on bardzo typowy dla schizofrenii w ogóle, a w szczególności dla schizofrenii paranoidalnej.

Postać katatoniczna zaczyna się nagle, najczęściej w okresie dojrzewania pciowego. Przeważnie początkowo występuje podniecenie ruchowe: chorzy drą wszystko na sobie, gryzą, powtarzają w kółko to samo zdanie. Podniecenie może przejść w osłupienie katatoniczne — wówczas chory miesiącami leży bez ru-

chu lub stoi w dziwacznej pozycji. Często łączy się to z katalepsją — chory utrzymuje godzinami przydane mu pozy. Czasem może nagle ocknąć się z osłupienia i popełnić jakiś gwałtowny czyn. W innych wypadkach chory może pozostawać we względnym kontakcie z otoczeniem, ale występują u niego inne objawy katatonii: negatywizm czynny lub bierny, automatyczna uległość rozkazom itd. Zachowanie chorego jest wybitnie dziwaczne: wykonuje on niedostosowane do nastroju grymasy, lub wciąż te same ruchy kończynami, pisze godzinami to samo zdanie na papierze itp. Schizofrenia katatoniczna ma często przebieg okresowy, po stanach zaostżenia następują tzw. remisje — zwolnienia, w czasie których pacjent jest niemal zupełnie zdrow.

Postać hebefreniczna rozpoczyna się prawie zawsze w wieku młodzieńczym: 15—20 roku życia. Początek bywa ostry lub prawie ostry. Chorych cechuje niepokój ruchowy, zachowanie jest przy tym zupełnie nielogiczne, bezcelowe. Czyny ich często mają charakter bezsensownych błazeństw. Np.: chorzy rozbierają w domu piece kaflowe, kradną nikomu niepotrzebne, zniszczone przedmioty, wylewają obiad swoim sąsiadom za kołnierz, kładą się spać w poprzek łóżka, wyczyniają ciągle dziwaczne, rozśmieszające otoczenie grymasy, wysławiają się dziwnym językiem, „ozdobionym” niezrozumiałymi zwrotami o śmiesznym brzmieniu. Po przeminięciu ostrego stanu, chorzy uspokajają się, jednakże w dalszym ciągu zachowanie ich cechuje błazeńska wesołość.

O wiele częściej od opisywanych tu czystych postaci schizofrenii obserwuje się formy mieszane (np. formę prostą z urojeniami, urojeniową z objawami katatonicznymi itd.).

PSYCHOZA MANIAKALNO-DEPRESYJNA

(SYNONIM: PSYCHOZA OKRESOWA LUB CYKLOFRENIA)

Choroba ta występuje nieco rzadziej niż schizofrenia (0,65‰ bieżącej populacji). Charakteryzuje się występującymi okresowo, najczęściej na przemian po sobie, stanami manii lub depresji. Okresy chorobowe, nie leczone, trwają przeciętnie 2—3 miesiące i są od siebie oddzielone okresami pełnego zdrowia, często kilkuletnimi. U większości chorych zachowuje się pamięć przebytego stanu manii lub depresji. Niektórzy pacjenci cierpią wyłącznie na stany maniakalne, inni mają wyłącznie stany depresji. Na ogół jednak manie przeplatają się z depresjami. Psychoza ta rozpoczyna się zwykle w okresie pokwitania i trwa całe życie. U kobiet zdarza się dwa razy częściej niż u mężczyzn, często występuje rodzinnie.

Obłędem nazywamy przewlekłą chorobę psychiczną, o nieznannej przyczynie, której zasadniczym objawem są urojenia typu paranoicznego, powiązane w pozornie logiczne systemy.

Choroba rozwija się stopniowo, powoli. Początek bierze zwykle między 20—40 rokiem życia, aby potem ciągnąć się przez wiele lat. Głównym objawem są urojenia, zazwyczaj prawdopodobne w swej treści i powiązane w logiczne systemy. Urojenia te coraz bardziej narastają, aż stają się tak wybujałe, że zwracają swoją anormalnością uwagę otoczenia — zdarza się często, że dopiero po latach choroby.

Początkowo nikt nie podejrzewa, że ma do czynienia z chorym psychicznie. Paranoik, w czasie potocznej z nim rozmowy, sprawia wrażenie zupełnie zdrowego, jest zwykle (do czasu) świetnym pracownikiem, potrafi zachować się swobodnie i rzeczowo. Objawy chorobowe wychodzą na jaw dopiero wtedy, gdy rozmowa „zahaczy” o jego „chore punkty”. Wtedy nieoczekiwanie dowiadujemy się np., że nasz rozmówca jest przekonany, iż z powodu jego nadzwyczajnych zdolności zawodowych wszyscy koledzy, wiedzeni zazdrością, utworzyli tajny związek, mający zniszczyć go materialnie, a potem może nawet i zgładzić. Używają do tego różnych sposobów, które chory szczegółowo omawia. Rozpoznaje on swych wrogów po uśmiechach, porozumiewawczych spojrzeniach, charakterystycznych gestach, a nawet po pewnych cechach ubioru.

Chory mówi o swych urojeniach tak sugestywnie i rzeczowo, że otoczenie wierzy mu. Dopiero gdy po latach choroby urojenia stają się jawnie bezkrytyczne (np. pacjent twierdzi, że szajka jego wrogów przekupiła rząd i sejm celem przeprowadzenia dekretu o jego ubezwłasnowolnieniu i osadzeniu na bezludnej wyspie itd.), a jednocześnie chory staje się agresywny, starając się czynnie zwalczać montowaną przeciwko niemu wrogą koalicję, ludzie zaczynają domyślać się, że mają do czynienia z chorym psychicznie.

Zwykle w rozwiniętej chorobie, obok urojeń prześladowczych pojawiają się urojenia wielkościowe. Inteligencja, orientacja, pamięć zachowane są przez cały czas choroby. Krytycyzm jest upośledzony jedynie w odniesieniu do zespołu urojeniowego, poza tym pozostaje nietknięty, często nawet zaostrzony. Afekty są żywe. **Chory może przez wiele lat pracować na odpowiedzialnym stanowisku i mieć doskonałą opinię u przełożonych, mimo już rozwiniętej choroby.**

Rozróżnia się szereg form obłędu, uzależnionych od wpływu środowiska, w którym chory przebywał. Dość pospolitym jest

obłąd piniaczy; bezpośrednią jego przyczyną bywa zwykle przegrana sprawa sądowa. Chory, mimo błahego wyroku, czuje się głęboko pokrzywdzony, wobec czego stale apeluje, ściąga coraz to nowych świadków, skarży sąd o stronniczość, wikła się w nowe sprawy itd.

Poza obłądem piniaczym dość często spotyka się **obłąd wynalazczy i obłąd z urojeniami niewiary małżeńskiej**. W pierwszym wypadku pacjent twierdzi, że wynalazł niezwykłą maszynę itp., a zawistni wrogowie nie chcą dopuścić do jej opatentowania. W drugim — jeden z małżonków posądza drugiego o zdradę, przy czym rzekome dowody zdrady mają wszelkie cechy urojeń. Na przykład: niezbitym dowodem zdrady są podkrążone oczy, chęć zapalenia papierosa w czasie rozmowy z mężem, który niespodziewanie wrócił do domu, wymienione spojrzenie z przygodnie spotkaną osobą płci przeciwnej itp. Chorzy z urojeniami niewiary małżeńskiej całymi godzinami śledzą współmałżonka, śpią z siekierą pod łóżkiem, aby zabić rywala, gdy się w nocy będzie skradać do żony, zakładają jej pas cnoty, przywiązują się na noc do współmałżonka, aby nie pozwolić mu się nawet na moment oddalić od siebie.

Obłąd prawdziwy jest chorobą względnie rzadko spotykaną. Natomiast dużo częściej spotyka się stany paranoiczne, wywołane reaktywnie lub na skutek zatruc (alkohol), urazów czaszki i innych bodźców egzogennych. Stany te mogą łudząco przypominać prawdziwy obłąd.

PSYCHOZY INWOLUCYJNE

Psychozy inwolucyjne dzielimy następująco: a) psychozy okresu przekwitania (klimakteryczne, od słowa: climacterium — przekwit), b) psychozy przedstarcze, c) otępienie starcze.

U podłoża zaburzeń psychotycznych okresu inwolucji leży wyczerpanie, a w końcu zużycie się komórek ośrodkowego układu nerwowego, w szczególności zaś kory mózgowej: komórki wyrodnieją, objętość mózgu zmniejsza się. Znaczne zmiany makroskopowe i mikroskopowe znajdujemy w układzie nerwowym dopiero w psychozach starczych. W psychozach przedstarczych, a zwłaszcza klimakterycznych, zmiany w komórkach nerwowych mają raczej charakter biochemiczny.

Na szybkość i intensywność procesu starzenia duży wpływ ma nie tyle wiek, ile warunki, w których człowiek przebywa, tryb życia, rodzaj pracy itd. Alkoholizm, nadużycia seksualne, ciężka, jednostajna praca, głód, infekcje, zatrucia pokarmowe,

inne ciężkie choroby somatyczne, ciężkie przeżycia psychiczne — wszystkie te czynniki przyspieszają i pogłębiają proces starzenia się. Dlatego tak trudno umiejscowić w określonych ramach wieku poszczególne postacie psychoz inwolucyjnych. Orientacyjnie przyjmujemy, że zaburzenia psychiczne wieku przekwitania u kobiet przypadają na okres między 40—48 rokiem życia, u mężczyzn na okres 48—55 rokiem życia. Psychozy przedstarcze u obu płci występują zwykle między 55 a 60—65 rokiem życia. Z otępieniem starczym spotykamy się zwykle po 70 roku życia, chociaż niekiedy (rzadko) objawy tej choroby obserwować można i po 60 roku życia.

Przekwit, który związany jest z procesem zanikania czynności jajników i jąder, przebiega u wszystkich ze znacznym zachwianiem równowagi hormonalnej ustroju, co wiąże się zwykle z określonymi objawami, odczuwanymi subiektywnie. Okresowi przekwitania towarzyszą, zwłaszcza u kobiet, pewne charakterystyczne objawy psychiczne i somatyczne. Należą do nich: zaburzenia w miesiączkowaniu kobiet, uderzenia „fali gorąca” do głowy, uczucie niepokoju, rozdrażnienie, zaburzenia snu (bezsenność, sen niespokojny itp.), wahania ciśnienia krwi, nadmierna potliwość, kołatanie serca itp. Osobnicy znajdujący się w okresie przekwitu stają się lękliwi, podejrzliwi, niespokojni i wybuchowi. Nie są to jeszcze objawy psychotyczne, niemniej wytworza się podłoże patofizjologiczne dla występowania reakcji nerwicowych (lub głębszych) na różnego rodzaju bodźce konfliktowe.

a. Zaburzenia psychiczne okresu przekwitu — mogą mieć początek przewlekły, najczęściej jednak rozpoczynają się nagle, wyzwolone jakimś ciężkim przeżyciem (np. śmiercią bliskiej osoby, aresztowaniem itd.), infekcją (grypa, angina), intoksykacją. Czynnikiem zwiększającym możliwość wybuchu psychozy są: przemęczenie, alkoholizm, wyniszczenie organizmu chorobą somatyczną lub niedożywaniem, niedobór witamin itp.

Najczęściej chorzy popadają w stan depresji — stronią od otoczenia, przestają jeść, opuszczają się pod względem ubioru i czystości. Poczucie choroby jest nie tylko zachowane, ale nawet i przesadzone — wypytywani, skarżą się na dolegliwości wszystkich narządów. Depresja okresu przekwitu różni się od depresji typowej dla psychozy depresyjno-maniakalnej tym, że twarz chorych zwykle nie wyraża głębokiego smutku, lecz raczej lęk; poza tym chorzy nie są zahamowani ruchowo, a raczej odwrotnie — charakteryzuje ich niepokój ruchowy. Są trwożliwi, niespokojni, często ulegają urojeniom samooskarżenia i grze-

szości — twierdzą, że z powodu grzechów popełnionych dawniej, są potępieni za życia, nie ma dla nich ratunku ani nadziei, powinni jak najprędzej umrzeć, aby uwolnić otoczenie od swego hańbiącego towarzystwa.

Poza tym w okresie przekwitania zdarzają się niekiedy psychozy przebiegające pod postacią obłędu — paranoi, w których chory wypowiada urojenia prześladowcze powiązane w pewne całościowe systemy; niekiedy nawet bywają psychozy o obrazie podobnym do schizofrenii. W psychozach okresu przekwitu na ogół brak jest objawów głębszego uszkodzenia intelektu pod postacią zaburzeń pamięci, orientacji itp. Kobiety w okresie przekwitu chorują psychicznie dużo częściej niż mężczyźni.

b. Psychozy przedstarcze cechuje z jednej strony burzliwy przebieg, a z drugiej strony, dołączanie się do zasadniczych zespołów psychopatologicznych, mniej lub więcej nasilonych, objawów otępiennych: zaburzeń pamięci, orientacji, osłabienia ogólnego krytycyzmu, chwiejności uczuciowej itp. Stosunkowo najczęściej obserwuje się w okresie przedstarczym zespoły depresyjne i urojeniowe. O ile psychozy okresu przekwitu roją nadzieje na poprawę, o tyle psychozy przedstarcze często przechodzą w otępienie starcze.

c. Otępienie starcze jest następstwem zmian zwyrodnieniowych w komórkach mózgowia, które rozpoczynają się zwykle po 70 roku życia, niekiedy nawet po 60. Głównym objawem jest tu stopniowo pogłębiający się zespół psychoorganiczny: pamięć słabnie, zdolność zapamiętywania ulega dużemu upośledzeniu, orientacja co do miejsca, czasu i otoczenia jest poważnie osłabiona, krytycyzm obniżony, chory wpada co chwila w inny nastrój — od głębokiego smutku do niespodziewanej radości. Stanowi temu towarzyszącą konfabulację. Chorzy stają się w typowy sposób egoistyczni — obojętni na losy otoczenia, przestają pracować, domagają się troskliwej opieki, dobrego wyżywienia, stają się skąpi. Czasem przy tym pojawia się nadmierne pobudzenie seksualne, przeważnie skierowane do małoletnich. W dzień chorzy są senni, natomiast w nocy nie mogą zasnąć, krzątają się, stają się gadatliwi.

W ciężkich przypadkach mogą rozwinąć się urojenia. Są to przeważnie absurdalne urojenia prześladowcze i samoponizienia, np.: chorzy twierdzą, że wszyscy ich okradają, że czyhają na ich zgubę, albo że ktoś skradł im wątrobę, że w sercu zaległy się myszy itp. Niekiedy zespołowi psychoorganicznemu towarzyszy stan maniakalny, depresyjny lub majaczeniowy.

4. ZABURZENIA PSYCHICZNE POCHODZENIA EGZOGENNEGO

Zaburzenia tego typu powstają w następstwie działania szkodliwych czynników ze środowiska zewnętrznego. Mogą zatem wystąpić u każdego człowieka, bez względu na siłę i zwartość jego osobowości, wysoką wartość genetyczną, biologiczną i psychologiczną odporność itp. Podstawową przyczyną jest siła i czas trwania szkodliwego czynnika.

Ogólnie biorąc, do przyczyn wywołujących zaburzenia psychiczne pochodzenia egzogenne zaliczamy:

- a) infekcje (choroby zakaźne) układu nerwowego,
- b) urazy mechaniczne czaszki,
- c) intoksykacje (zatrucia) środkami uszkadzającymi tkankę nerwową.

Często zdarza się, że bodźce różnej natury wywołują zaburzenia psychiczne bardzo zbliżone do siebie pod względem obrazu chorobowego. Niemniej jednak w wielu wypadkach czynnik przyczynowy swoiście rzutuje na przebieg choroby, co pozwala odróżnić poszczególne choroby tak dalece, że wskazuje na ich przyczynę.

A. ZABURZENIA PSYCHICZNE POCHODZENIA INFEKCYJNEGO

Wiele chorób zakaźnych, zwłaszcza o ostrym przebiegu, z wysoką gorączką, daje zaburzenia psychiczne różnej natury. Najczęściej są to stany majaczeniowe lub pobudzenia ruchowego i agresji, przebiegające ze zniesioną świadomością. Zaburzenia tego rodzaju występują niekiedy w grypie, w durze, w zapaleniach mózgu i opon mózgowych oraz w innych infekcjach. Rzadziej obserwuje się śpiączkę i półśpiączkę, stany urojeniowe bądź depresje. Wynikiem dłużej trwających ciężkich chorób zakaźnych jest tzw. astenia pozakaźna. A oto typowe dla niej objawy:

- 1) uczucie wyczerpania, któremu towarzyszą rzeczywiste wyczerpanie i upadek sił fizycznych,
- 2) drażliwość, wybuchowość, chwiejność uczuciowa,
- 3) zaburzenia zdolności zapamiętywania, trudności ze skupieniem uwagi.

Chorzy z astenią sprawiają niekiedy wrażenie otepiałych intelektualnie lub zahamowanych schizofreników. Stan ten jednak szybko przemija i nastaje ogólny powrót do pełnego zdrowia.

Swoiście przebiegają zaburzenia psychiczne będące późnym następstwem infekcji kiłowej (syfilisu). Często po kilku lub nawet kilkunastu latach pozornego zdrowia, u osób zarażonych kiłą i nie leczonych lub leczonych źle, rozwija się groźna choroba

psychiczna zwana porażeniem postępującym. Polega ona na stopniowym narastaniu otępienia intelektualnego, któremu towarzyszą rozmaite inne zespoły psychopatologiczne, np.: stan maniakkalny, depresji lub stany urojenia itp. Zaburzeniom psychicznym towarzyszą zmiany neurologiczne: zamazana mowa, nierówność źrenic, porażenie nerwów twarzowych i inne porażenia. O rozpoznaniu decyduje dodatni odczyn Wassermana we krwi, charakterystyczny dla syfilisu.

B. ZABURZENIA PSYCHICZNE PO URAZIE CZASZKI

Potężny rozwój uprzedmiotowienia i motoryzacji sprawia, że w ostatnich czasach lekarze klinicyści coraz częściej stykają się z problemem urazów czaszki.

Uraz czaszki należy oczywiście rozumieć jako mechaniczny uraz mózgowia, przebiegający bądź tylko pod postacią wstrząśnienia mózgu, bądź stłuczenia czy skaleczenia mózgu. W dwóch pierwszych wypadkach mamy do czynienia z tzw. zamkniętym urazem czaszki, w ostatnim wypadku — z otwartym urazem, w czasie którego dochodzi do złamania kości i przecięcia tkanki mózgowej jej odłamkami. We wstrząśnieniu mózgu naruszona jest tylko biochemiczna struktura komórek nerwowych oraz dochodzi do zaburzeń w krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi. W stłuczeniu powstają w tkance nerwowej ogniska martwicy, spowodowane wylewami krwawymi bądź bezpośrednim mechanicznym uszkodzeniem. Zarówno wstrząśnieniu, stłuczeniu, jak i skaleczeniu z reguły towarzyszą: dłuższa lub krótsza utrata przytomności, niepamięć wsteczna i różnego rodzaju zaburzenia wegetatywne. W zasadzie im cięższe uszkodzenie, tym głębszy i bardziej długotrwały jest okres zaburzeń świadomości oraz poważniejsze są późniejsze następstwa. Zdarzają się jednak wypadki, że okres ostrych zaburzeń związanych bezpośrednio z urazem, przebiega lekko (krótkotrwała utrata przytomności, dobry stan ogólny chorego), a mimo to później dochodzi do rozwoju bardzo poważnych schorzeń.

W cięższych przypadkach urazu czaszki, po przeminięciu pierwszego okresu objawów charakterystycznych dla wstrząśnienia mózgu, u chorych rozwijają się niekiedy: stan majaczeniowy, zespoły podobne do katatonicznych, zespół urojeniowy lub psychoza Korsakowa. Najczęściej zaś obserwujemy przez kilka tygodni lub miesięcy obraz tzw. **astenii pourazowej**. Chorzy wykazują brak napędu psychoruchowego, przeważnie leżą w łóżku, samorzutnie nie nawiązują rozmowy, na pytania odpowiadają „byle zbyć”, są senni, jakby zmęczeni. Badania wykazują dużą męczliwość psychiczną, spowolnienie ruchów, mowy i toku my-

ślowego, rozproszenie uwagi, nadwrażliwość. Pacjenci skarżą się na bóle i zawroty głowy, płytki sen, uczucie osłabienia.

Niekiedy bezpośrednio po urazie u chorych rozwija się obraz zbliżony do histerii, głównie z histerycznym porażeniem mowy i słuchu.

Zazwyczaj po pewnym czasie procesy psychiczne stabilizują się i następuje pozorny powrót do zdrowia. Jednakże obserwacja osób, które przeżyły poważniejszy uraz czaszki, bardzo często wykazuje wyraźne zmiany w ich osobowości. Stają się oni mniej wydajni w pracy, z trudem skupiają uwagę, wykazują chwiejność afektywną (pod postacią skłonności do płaczu i w ogóle większej skłonności do wzruszania się), nieznaczne zaburzenia pamięci, a szczególnie zdolności zapamiętywania. Skarżą się na bóle i zawroty głowy, „mroczy” przed oczami, uczucie wyčerpania. Złe tolerują alkohol. Upijają się małymi dawkami, a objawy zatrucia utrzymują się długo.

Nierzadko uszkodzenie mózgu, spowodowane mechanicznym urazem czaszki, prowadzi do trwałej zmiany osobowości, przeobrażenie pod postacią pojawienia się psychopatycznych rysów charakteru.

Niekiedy zdarza się, że wkrótce po przebyciu wstrząsu mózgu wszystkie objawy zaburzenia czynności psychicznych ustępują i poszkodowana osoba przez szereg lat znajduje się w stanie pozornego zdrowia. Dopiero po dłuższym czasie występują tzw. późne następstwa urazu czaszki, przy czym do najbardziej typowych należą: padaczka, cerebrastenia, encefalopatia pourazowa.

Cerebrastenia pourazowa przypomina swym obrazem ciężką neurastenię. Chorzy skarżą się na bóle i zawroty głowy, uczucie ciężkości w głowie, „mroczy” przed oczami, łatwe męczenie się i drażliwość na bodźce słuchowe oraz wzrokowe. W okresie zmęczenia występują zaburzenia pamięci — po odpoczynku pamięć wraca. W cięższych jednak postaciach, przypominających psychozę Korsakowa, pamięć jest istotnie upośledzona. Chorzy stają się wybuchowi, wykazują zmienność uczuciową. Niekiedy stwierdzić można u nich hipochondryczne myśli lub wręcz urojenia samoponiżenia i odnoszące. Towarzyszą im liczne objawy upośledzenia układu wegetatywnego: tętno przyspiesza się mocno już po lekkim wysiłku, przy nawet bardzo krótkotrwałym pochyleniu tułowia twarz silnie czerwienieje, dermatografizm³¹ zaznacza się bardzo intensywnie, często występuje drżenie rąk i języka. Chorzy na cerebrastenię wykazują nietoleran-

³¹ Objaw polegający na tworzeniu się — pod wpływem ucisku, drapania itp. — długotrwałych znaków na skórze.

cję na alkohol — upijają się po kilku kieliszkach, a następnie przez szereg dni cierpią na bóle i zawroty głowy.

Obraz kliniczny **encefalopatii po urazie czaszki** bywa różny. Przeważnie przypomina albo psychopatię (szczególnie te postacie, w których chorych określa się mianem psychopatów pobudliwych lub niestałych), albo cerebrastenię. Obok zmian psychicznych stwierdza się wtedy zwykle zmiany neurologiczne, porażenie, zaburzenia czucia itp.

C. ZABURZENIA PSYCHICZNE WYWOŁANE ZATRUCIEM ORGANIZMU

Liczba środków, które mogą wywołać zatrucie z objawami zaburzenia czynności psychicznych — jest wielka. Niektóre z nich są świadomie używane do oszałamiania się (alkohol, morfina, kokaina, peyotl, haszysz, marihuana itp.), z innymi człowiek styka się przypadkowo (wilcza jagoda), na jeszcze inne narażeni są ludzie uprawiający pewne zawody (dwusiarczek węgla przy produkcji włókien sztucznych, etylina u kierowców samochodowych, ołów w akumulatorach).

NADUŻYCIE ALKOHOLU

Najpospolitszym w Polsce środkiem intoksykacyjnym jest alkohol etylowy. Stosowany beztrzesko jako używka, przyczynia się do powstawania wielu ciężkich schorzeń układu nerwowego. Ze względu na powszechność używania alkoholu w Polsce, poświęcimy mu więcej uwagi.

W okresie międzywojennym, walką z alkoholizmem zajmował się Komitet d/s Narkotyków i Zapobiegania Alkoholizmowi. Obecnie ruch przeciwalkoholowy jest reprezentowany przez Ogólnopolski Komitet Przeciwalkoholowy i przez Towarzystwo Trzeźwości Transportowców. Działają one na podstawie Ustawy o zwalczaniu alkoholizmu, z dnia 10.12.1959 r.

Spżycie napojów alkoholowych w Polsce rośnie. W 1938 roku spżycie na głowę mieszkańca wynosiło 1,5 litra czystego spirytusu, w 1950 roku — 3 litry, w 1960 r. — 3,8 litra, w 1965 r. — 4,1 litra, w 1970 r. — 5,1 litra, a w 1971 roku — 5,5 litra.

W 1971 roku wydano na alkohol około 51 mld złotych. Straty bezpośrednie i pośrednie, wynikłe na skutek nadużywania alkoholu, szacuje się na kwotę 60—80 mld zł rocznie. Każdego dnia mamy w kraju 700—800 tysięcy przypadków nietrzeźwości. W 1971 roku, w Izbach Wytrzeźwień przebywało 223,9 tysięcy osób. Ponad 1,5 mln osób w Polsce wypija przeszło połowę przeznaczonego do konsumpcji alkoholu. Stanowią oni grupę osób pijących nadmiernie — potencjalnych nałogowców. Równocześ-

nie wzrasta liczba osób dotkniętych alkoholizmem, wymagających leczenia szpitalnego. Liczbę dotkniętych chorobą alkoholową ocenia się na około 0,5 mln, z czego około 50 tys. wymaga natychmiastowego leczenia szpitalnego.

W Polsce, według statystyki Komendy Głównej MO, pod wpływem alkoholu popełnia się 70% przestępstw przeciwko władzom, urzędowi, porządkowi publicznemu, około 90% przestępstw o charakterze chuligańskim, 50% przeciwko życiu i zdrowiu; stanowi to 50% wszystkich wykroczeń. Na tle wzrastającego spożycia napojów alkoholowych oraz rosnącej liczby osób dotkniętych chorobą alkoholową, szczególnego znaczenia nabiera problem pijaństwa i alkoholizmu w środowisku wojskowym, ponieważ jego ewentualne skutki stwarzają tu nadzwyczajne zagrożenie. Olbrzymia ilość środków technicznych — jakimi dysponuje wojsko, bezwzględna konieczność precyzyjnego działania, wykluczają używanie alkoholu przez żołnierzy w czasie służby, a szczególnie przez kadrę.

Wiadomo, że alkoholizm (choroba alkoholowa) rozwija się na podłożu swoistego obyczaju pijackiego, odmiennego dla różnych środowisk. Obyczaj ów w dużym stopniu wpływa zarówno na częstość występowania alkoholizmu, jak i na czas trwania poszczególnych jego faz.

Zarówno medycyna, jak i prawo ostro odgraniczają alkoholizm od pijaństwa. Tym niemniej jednak granice są tu — zwłaszcza po pewnym czasie nadużywania alkoholu — zatarte, a poza tym, truizmem jest twierdzenie, że bez pijaństwa nie ma alkoholizmu.

Zagadnieniem ścisłego zdefiniowania pojęcia: „alkoholizm” zajął się Komitet Ekspertów Zdrowia Psychicznego przy światowej Organizacji Zdrowia. W swoim sprawozdaniu z 1951 roku podał definicję zarówno alkoholizmu, jak i alkoholika.

Definicja ta stwierdza: *alkoholizmem jest wszelki sposób picia, który wykracza poza miarę tradycyjnego i zwyczajnego spożycia, albo poza ramy obyczajowego, przyjętego w całej społeczności picia towarzyskiego, bez względu na czynniki etiologiczne, które do takiego picia prowadzą i niezależnie od zakresu, w jakim te czynniki zależą od dziedziczności, konstytucji oraz od nabytych wpływów fizjopatologicznych i metabolicznych.*

Natomiast *alkoholikiem — jest człowiek nadmiernie pijący, u którego zależność od alkoholu osiągnęła taki stopień, że przejawia on bądź wyraźne zaburzenia psychiczne, bądź zachowuje się w sposób przynoszący szkodę zdrowiu psychicznemu i fizycznemu, jego stosunkom z osobami drugimi, jego sytuacji społecznej i ekonomicznej. Jest to także człowiek, który wykazuje*

objawy zwiastujące takie zaburzenia — a zatem wymaga leczenia.

Powyższe definicje na pewno są zbyt szerokie, jednak złożoność zagadnienia uniemożliwia większą ich precyzję, grożąc zużyciem treści.

Ze stanowiska lekarskiego, istotniejszym jest stopień przemian fizycznych i psychicznych u pijących alkohol, aniżeli ilość i częstotliwość jego nadużywania.

Należy zatem odróżnić pojęcie „pijaństwa” — mierzonego ilością i częstością nadużywania alkoholu — od „alkoholizmu” czyli choroby alkoholowej, określanej stopniem zmian fizycznych, a głównie psychicznych, powstających pod wpływem nadużywania alkoholu.

Alkoholizm jest chorobą alkoholową, swoistym rodzajem toksykomanii, rozwijającej się po latach pijaństwa; charakteryzuje się swoistym obrazem klinicznym, w którym utrata kontroli nad piciem — jako przejaw zależności psychicznej — i alkoholowy zespół abstynencyjny (AZA), jako przejaw zależności fizycznej, są głównymi objawami.

Przeciwstawienie pijaństwa alkoholizmowi, czyli chorobie alkoholowej, ma doniosłe znaczenie społeczno-prawne. W stosunku do nadużywających alkoholu, lecz bez cech nałogu, którzy w stanie upojenia dopuścili się naruszenia zasad i norm współżycia społecznego, należy stosować środki administracyjno-prawne. Jeśli natomiast rozpoznajemy alkoholizm nałogowy, bądź jego późną fazę — alkoholizm przewlekły, uznajemy tym samym, że samo odwoływanie się do etyczno-rozumowych imperatywów alkoholika oraz jego przyrzeczeń, że zaniecha picia, jest nieefektywne. Z kolei represje za sam fakt picia są moralnie wątpliwe, a praktycznie nieskuteczne. Pijak zatem nie stanowi przedmiotu zainteresowania lekarza, staje się nim dopiero alkoholik, który zgłasza się do leczenia zazwyczaj z innych powodów niż choroba alkoholowa.

Komitet ŚOZ, wprowadzając w swoim 13 Raporcie z 1964 roku pojęcie zależności zamiast toksykomanii i przyzwyczajenia, dokonał równocześnie klasyfikacji środków wywołujących tę zależność.

W pierwszej grupie zawierającej sedativa i narcotica, obok pochodnych morfinowych, barbituranów, trankwilizatorów, środków przeciwbólowych, przeciwgorączkowych, przeciwdepresyjnych znalazł się również alkohol (patrz następny rozdział).

Poszukiwano cech psychicznych, których swoista konfiguracja ma predysponować do rozwoju alkoholizmu.

W oparciu o liczne badania nakreślono portret przedchorobo-

wy alkoholika. Dominującymi cechami są w nim: stan niepewności i stały niepokój. Niepewność może być następstwem krytycznej oceny własnej osoby, braku uznania ze strony otoczenia, konfliktów o charakterze współzawodnictwa, tak częstych w wysoko cywilizowanych społeczeństwach, konfliktów rodzinnych, trudnej sytuacji materialnej i innych krytycznych sytuacji.

Wynikający stąd niepokój prowadzi do nagłych, znacznych zmian nastroju, stanów dysforii, drażliwości, nadmiernej wrażliwości, łatwości doznawania uczucia odrazy. Na tym tle rodzi się poczucie wyobcowania, sprzyjające roztkliwianiu się nad sobą. Ogólnie można powiedzieć, że dominują tu cechy sensorytywne. Również u osób z cechami histeroidalnymi, takimi jak chęć imponowania otoczeniu, efekciarstwo, lekkomyślność, próżność, przesada w wyrażaniu uczuć, przy ich zmienności i słomianym zapale, łatwiej rozwija się alkoholizm.

W piśmiennictwie dużo mówi się o modelach picia typowych dla pewnych krajów i kręgów społeczno-kulturowych oraz o **indywidualnych stylach picia**.

Wyróżnia się **trzy modele picia alkoholu**:

1) **romański** — głównymi przedstawicielami w tej grupie są Francja i Włochy,

2) **anglosaski** — głównie Anglia i USA,

3) **model północno-wschodni** — Polska, Szwecja, ZSRR.

Model romański charakteryzuje się piciem dużych ilości alkoholu w ciągu dnia, głównie wina, lecz w małych, jednorazowych dawkach.

Model anglosaski również cechuje picie dużych ilości napojów alkoholowych, zwykle mocniejszych, lecz w małych, jednorazowych ilościach — typowe „wypijanie drinka”.

Natomiast **model północno-wschodni** — to picie w dużych ilościach — jednorazowo — mocnych trunków — stąd znaczna intoksykacja alkoholem, i jej następstwa.

Po pewnym czasie, indywidualnie długim, około 20% wszystkich pijących zaczyna kształtować swój własny styl picia. Ci ludzie alkoholem próbują zagłuszyć potrzeby, których sami nie mogą zaspokoić na innej drodze. Kępiński wyróżnia **pięć indywidualnych stylów picia alkoholu**:

- a) neurasteniczny,
- b) kontaktywny,
- c) heroiczny,
- d) samobójczy,
- e) dionizyjski.

Neurasteniczny styl picia cechuje zwykle częste picie, za to w małych ilościach. Często stany znużenia, rozdrażnienia,

bądź apatii, tak typowe dla współczesnego „homo faber” — kieliszek „stawia na nogi”.

W stylu kontaktywnym pije się również raczej często, i nie do utraty przytomności. Piją w ten sposób zazwyczaj ludzie z pewną niedomogą kontaktu z otoczeniem, nieśmiali, zamknięci w sobie, dla których alkohol jest „lekiem” zbliżającym ich do świata, a świat do nich.

Styl heroiczny cechuje picie w dużych ilościach, w celu poprawy „autoportretu” u ludzi oceniających siebie w krańcowych kategoriach nędzy i pogardy oraz bohaterstwa i szlachetności. Stąd ciągłe zmiany nastroju, poczucie wewnętrznego „rozdarcia”, o którym zapomina się w stanie głębokiego upicia. Alkohol wyzwala wówczas poczucie mocy, zwykle pospolicie realizujące się w ekscesach chuligańskich.

Natomiast samobójczy styl picia, którego głównym motywem wydaje się być dążenie do „utopienia” w alkoholu samego siebie wraz z dręczącymi problemami (co Freud nazwał „instynktem śmierci”), to zwykle „picie do dna”, upicie się „w trupa”. Alkohol ma przynieść zapomnienie. Wyzwala on u ludzi (często chodzi tu o psychopatów) stany agresji i autoagresji jako przejaw nienawiści do innych i do siebie.

Dionizyjski styl picia — częsty wśród artystów i ludzi z egzystencjalnym „bólem istnienia”, to często podświadoma ucieczka od szarżyzny życia, nawet w świat psychozy.

Na podłożu społecznego modelu picia, i w oparciu o indywidualny styl picia, rozwija się alkoholizm. Znany badacz tego problemu, Jellinek, w oparciu o 2 tysiące życiorysów alkoholików opisał 4 fazy rozwojowe alkoholizmu:

- 1) fazę początkową,
- 2) fazę ostrzegawczą (prodromalną),
- 3) fazę rozstrzygającą (krytyczną),
- 4) fazę końcową.

Poszczególne fazy charakteryzują się określonymi zespołami objawów. Czas trwania poszczególnych faz jest różny. Między innymi zależy od wieku rozpoczęcia picia. Alkoholizm u młodzieży przebiega szczególnie gwałtownie — fazy ulegają skróceniu, wcześniej rozwijają się objawy psychodegradacji. Także wszelkie następstwa uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, nawet klinicznie mało uchwytnie, przyspieszają rozwój kolejnych faz.

Objawy fazy początkowej są mało charakterystyczne. Najistotniejszym jest wykształcenie się indywidualnego stosunku do alkoholu, który zaspokaja psychiczne potrzeby pijącego. Ten z kolei pije coraz częściej, chociaż niekoniecznie do stanu zupeł-

nego upicia. Z upływem czasu wzrasta tolerancja alkoholu — można wypić więcej.

Dla fazy ostrzegawczej charakterystyczne jest wystąpienie tzw. palimpsestów alkoholowych (w żargonie pijackim: „przerwy w życiorysie”). Są to stany niepamięci, występujące po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu, przypominające niepamięć wsteczną. Alkoholik często nie przejawia w takim stanie wyrażniejszych objawów upicia. W tej fazie, dotknięty alkoholizmem zaczyna zwykle pić potajemnie. Będąc w towarzystwie, pierwsze kieliszki wypija łąpczywie, często „poza kolejką”, bądź przyspiesza tempo picia. Pod koniec tej fazy zazwyczaj wykształca się poczucie winy u pijącego, wyrosłe ze spostrzeżenia iż pije więcej i inaczej niż inni, a także z lęku przed nałogiem.

Objawem istotnym dla fazy krytycznej jest utrata kontroli nad rozpoczętym piciem, będąca wyrazem głodu alkoholowego i zależności psychicznej.

Można wyróżnić cztery odmiany głodu alkoholowego:

- a) głód powstający po rozpoczęciu picia (utrata kontroli),
- b) głód dla usunięcia objawów abstynencyjnych,
- c) dążenie do alkoholu przy zachowaniu kontroli picia, w celu osiągnięcia błogostanu,
- d) dążenie do alkoholu przejawiające się zaburzeniami nastroju, snu.

Oprócz utraty kontroli nad piciem pojawienie się głodu alkoholowego — dla usunięcia objawów abstynencyjnych, jest drugim objawem charakterystycznym dla fazy krytycznej. W tym okresie dochodzi zazwyczaj do konfliktów natury społecznej, a związanych z piciem. W ich następstwie samoocena alkoholika obniża się, narasta poczucie niepewności. Dotknięty nałogiem zazwyczaj usiłuje kompensować niekorzystne oceny i przykre uczucia krótkotrwałymi okresami nadmiernej pracowitości, hojnością, przechwałkami. Ponieważ coraz mu jest trudniej o aprobatę w dotychczasowym środowisku, alkoholik szuka innego, w którym nadal mógłby coś znaczyć.

W fazie końcowej obniża się tolerancja alkoholu. Połowa, bądź jeszcze mniejsza ilość alkoholu poprzednio wypijanego, powoduje objawy upicia. Okresy wzmożonej pracowitości stają się coraz rzadsze, obniża się poziom motywacji dla pracy, wygasają ambicje zawodowe. U około 10% alkoholików rozwija się w tej fazie któraś z ostrych psychoz alkoholowych — najczęściej majaczenie drzenne.

W miarę pogłębiania się alkoholizmu, u pijącego rozwija się alkoholowy zespół abstynencyjny (AZA) zwany wczesnym, w przeciwieństwie do późnego, który występuje po okresie dłu-

gotrwałej abstynencji u alkoholików przewlekłych, zapowiadając nawrót picia.

Wczesny AZA przejawia się zaburzeniami wegetatywnymi i psychicznymi, występującymi w 8—12 godzin po ostatnim spożyciu alkoholu. Rozwija się on w 2 fazach:

W pierwszej fazie AZA dominują objawy wegetatywne: wzmożona potliwość, drżenie palców rąk, języka, niekiedy całego ciała, rozlane, tępe bóle głowy, subiektywne poczucie niepewności przy chodzeniu, określane jako zawroty głowy, ucisk w okolicy serca i przyspieszona jego czynność, niesmak w ustach, nudności, wymioty poranne, biegunka, częstomocz, uczucie „ciężkich nóg”, kurcze mięśni łydek. Nie stwierdza się jednak objawów zwyrodnienia wielonerwowego.

Zaburzenia psychiczne w pierwszej fazie AZA schodzą zwykle na plan drugi. Przejawiają się one uczuciem znużenia, szybkim wyczerpywaniem się psychicznym i fizycznym, przegnębieniem bądź rozdrażnieniem oraz stanami dysforii.

Objawy pierwszej fazy AZA utrzymują się 2—3 dni, a jeśli alkoholizm pogłębia się, nawet do kilkunastu dni. Można jednak stwierdzić, że pierwsza faza AZA mało różni się od zespołu przejęcia, aby mogła stanowić cechę diagnostycznie istotną w rozpoznawaniu alkoholizmu nałogowego.

W drugiej fazie AZA objawy psychiczne dominują nad wegetatywnymi, chociaż i te, w porównaniu z pierwszą fazą, nasilają się. Wśród zaburzeń psychicznych przeważają zmiany nastroju — przygnębienie o różnej głębokości, z towarzyszącym niepokojem, poczucie winy, niekiedy drażliwość, dysforia. W tym stanie ujawniają się, albo nasilają, cechy nastawienia ksobnego, paranoicznego. Szczególnie charakterystycznym jest podejrzenie niewiary małżeńskiej, urastające do rozmiarów przelotnych urojeń. W godzinach wieczornych narasta niepokój, pojawiają się iluzje wzrokowe, słuchowe, występują zaburzenia snu, trudności w zasypianiu, płytki sen, któremu towarzyszą koszmarne-lękowe marzenia. Często występują w tym stanie zlewne poty.

U pewnego odsetka alkoholików po 2—3 dniach wyżej opisanego zespołu przechodzi w delirium tremens, a u pozostałych objawy AZA ustępują stopniowo, w ciągu kilku, bądź kilkunastu dni.

Nierzadko w AZA rozwija się stan lękowo-depresyjny, w którego przebiegu mają miejsce zamachy samobójcze.

Samobójstwa wśród alkoholików spotyka się, według Szuchovskij'ego, sześciokrotnie częściej niż w przeciętnej populacji. Mężczyźni popełniają je 3 lub 4-krotnie częściej. Hrynkiewicz podaje, że samobójstwa dokonuje 11—21% alkoholików. Demonstracyjne próby samobójstwa są rzadkie.

W Polsce potocznie przyjmuje się podział alkoholizmu na:

- a) nałogowy,
- b) przewlekły.

Alkoholizm nałogowy odpowiada mniej więcej pierwszemu z trzech fazom Jellinka, natomiast alkoholizm przewlekły — czwartej.

Granica między tymi dwiema postaciami alkoholizmu jest płynna. W zasadzie alkoholizm przewlekły jest dalszym etapem alkoholizmu nałogowego, tzn. tym okresem, kiedy lekarz jest w stanie wykryć podczas badania pacjenta (lub podsądnego), organiczne zmiany będące następstwem długotrwałego działania alkoholu.

W alkoholizmie nałogowym zmian organicznych, utrwalonych na stałe, w zasadzie nie ma. Zaburzenia psychiczne polegają tu przede wszystkim na wytworzeniu się nawyku częstego picia, niemożności obycia się bez narkotyku, który poprawia nastrój i ułatwia kontakty międzyludzkie.

Osobnik pijący nałogowo zaczyna naginać wszystkie czynności do powodujących nim pragnień, stąd rodzą się u niego: kłamliwość, tendencja do fantazjowania, słabną opory moralne w odniesieniu do czynu, który prowadzi do zdobycia pieniędzy na wódkę. Uczucia rodzinne stopniowo wygasają, krąg zainteresowań zacieśnia się wokół zagadnień związanych z piciem. Dochodzi do coraz częstszych konfliktów z otoczeniem, które usiłuje powstrzymać go przed nałogiem, a więc najpierw z rodziną, następnie z władzami porządkowymi.

Większość konfliktów z prawem wynika z nielegalnych metod zdobywania pieniędzy na wódkę (kradzieże, nadużycia, łapówki). Życie rodzinne pozostaje zaniedbane, obowiązkowość i dokładność pracy obniżają się. Przy odpowiednim wpływie środowiska, powrót z alkoholizmu nałogowego do abstynencji, lub umiarkowanego picia, jest możliwy. Właśnie w leczeniu tej postaci alkoholizmu dobrą rolę spełniają przychodnie przeciwalkoholowe. Poczytalność przestępców działających w alkoholizmie nałogowym jest pełna.

W alkoholizmie przewlekłym stwierdza się u pacjenta, zarówno w drodze badania internistycznego, neurologicznego jak i psychiatrycznego, szereg zmian organicznych. Najczęstszymi z nich są: ranne wymioty, brak łaknienia, uczucie ciężaru w dołku podsercowym, zgaga itp. będące objawami przewlekłego nieżytu żołądka spowodowanego upośledzoną przemianą materii; głuche tony serca i inne cechy zwyrodnienia mięśnia sercowego, powiększona wątroba, bolesność przy uderzeniu w okolicy nerek, często białkomocz, różnego rodzaju zaburzenia ze

strony naczyń obwodowych („nos pijacki”, sinica twarzy, małowin usznych, palców) oraz liczne, mniej lub bardziej zaznaczone objawy uszkodzenia obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego (drżenie rąk, języka, powiek, zaniki mięśniowe, niedowłady, leniwa reakcja źrenic na światło, zaburzenia koordynacji ruchu itp.).

W psychice również powoli narasta chorobowy zespół organiczny. Czynności intelektualne początkowo ulegają spłyceciu, następnie dochodzi do wyraźnych objawów otępiennych — zainteresowania alkoholika ograniczają się do bardzo wąskiego zakresu spraw, myślenie jest utrudnione, sądy naiwne, krytycyzm osłabiony, praca zawodowa ogranicza się do rutyny. Wola wyraźnie słabnie, w związku z czym o postępowaniu decyduje chwilowy nastrój. Dlatego, mimo pozornie rzeczowego wglądu w istotę i znaczenie dokonywanych czynów, alkoholik z wyrażnie zaznaczonymi zmianami degeneracyjnymi w psychice, ma bardzo ograniczone możliwości kierowania swym postępowaniem. Początkowo tylko zdolność zapamiętywania, następnie zaś także pamięć właściwa ulega osłabieniu. Uczuciowość zostaje wyraźnie zachwiana, przy jednoczesnym stopieniu uczuć wyższych. Chwiejność uczuć jest często tak dalece posunięta, że można z minuty na minutę, za pomocą słownych sugestii, wprowadzać alkoholika z nastroju płaczliwego w wesoły, z wesołego w gniewny, z gniewnego w beztroski itp. Typowym objawem jest również wybitna łatwość nawiązywania kontaktów towarzyskich, zwłaszcza w stosunku do kompanii od kieliszka, przy jednoczesnym wrogim nastawieniu do własnej rodziny.

Do reguły należy katowanie żony i dzieci, wynoszenie z domu przedmiotów „na wódkę”, awantury z rodziną, demolowanie mieszkania itp. Wyrazem wygaśnięcia uczuć wyższych jest ustanie wszelkich zainteresowań kulturalnych, niemoralne zachowanie się (często nawet stosunki kazirodcze z własnymi dziećmi, przymuszanie żony do stosunków na oczach dzieci lub innych świadków), cynizm, bezczelne przywłaszczanie pieniędzy na wódkę itp. Potencja słabnie, przy zaostrzeniu libido. Oprócz impotencji często obserwuje się inne zaburzenia seksualne. Ponieważ organiczne zaburzenia psychiczne dotyczą przede wszystkim woli i uczuć, prowadzi to do takich zmian w osobowości, które czynią alkoholika jednostką aspołeczną. Proces ten określa się mianem psychodegradacji.

Swójstym rodzajem alkoholizmu jest tzw. dipsomania, polegająca na okresowym występowaniu stanów nie dającej się opanować żądzy picia alkoholu. W takim stanie, który trwa kilka lub co najwyżej kilkanaście dni, chorzy piją na umór i to bez wy-

boru wszelkie płyny zawierające alkohol — nie tylko wódkę, wino lub piwo, lecz przy ich braku także i wodę kolońską, spirytus denaturowany, politory. Często okres picia pokryty jest częściową lub całkowitą niepamięcią. Po napadzie picia następuje okres kilkumiesięcznej abstynencji, w czasie którego może występować nawet wstręt do napojów alkoholowych. W przeciwieństwie do innych alkoholików, dipsomani często upijają się w samotności.

Alkoholizm przewlekły (rzadziej nałogowy) bywa wikłany występowaniem charakterystycznych psychoz. Są to najczęściej: majaczenia drżenne, halucynacje, czyli omamienia alkoholowa, psychoza Korsakowa i obłąd alkoholowy (paranoia).

Majaczenie drżenne („biała gorączka” — delirium tremens). Jest to najczęściej spotykana psychoza alkoholowa. Rozpoczyna się przeważnie nagle, wieczorem. Często czynnikiem prowokującym jest choroba infekcyjna — zapalenie płuc, angina, grypa. Charakterystyczna dla tej choroby jest następująca triada objawów:

- 1) bardzo liczne, zmieniające się szybko, jak w filmie niemym, podbarwione grozą omamy wzrokowe (przeważnie wielkie ilości poruszających się drobnych zwierzątek — myszy, królików, małych słoń, pluskiew itp.);

- 2) lęk przeplatany wisielczym humorem;

- 3) drżenie rąk, mięśni twarzy, kończyn dolnych.

Chory przeważnie jest pobudzony ruchowo, nie może uleżeć, cierpi na bezsenność. Stanowi majaczeniowemu towarzyszą często zaburzenia w krążeniu krwi. Czas trwania delirium tremens nie przekracza z reguły 6—10 dni, średnio wynosi 2—5 dni. W okresie chorobowym zdarzają się wypadki samobójstw bądź agresji w stosunku do otoczenia.

Halucynozja alkoholowa (omamienia pijacka). Psychoza ta występuje samodzielnie, bądź jako dalszy ciąg delirium. Trwa zazwyczaj kilka do kilkunastu tygodni. Zasadniczymi objawami są halucynacje słuchowe i urojenia prześladowcze. Świadomość jest niemal niezmacona, zachowanie chorego — poza przesadnie rozwiniętą podejrzliwością w stosunku do otoczenia oraz odgradzaniem się od najbliższych znajomych i rodziny — nie nasuwa przypuszczenia o chorobie psychicznej. Orientacja jest w pełni zachowana. Pacjent w sposób bardzo naturalny „słyszy” głosy różnych osób rozmawiających z nim. Z treści rozmów wynika, że osoby te znają jego najtajniejsze sprawy i sprawki. Jedne głosy potępiają go, inne bronią. Chory interpretując sobie te omamy po linii urojeń prześladowczych — nabiera np. przekonania, że jakaś szajka stoi na jego drodze, chce go zgładzić lub skom-

promitować. Działając w obronie swego rzekomo zagrożonego bytu, może stać się niebezpieczny dla osób, które posądza o przynależność do szajki wrogów. Niekiedy, aby uciec przed kompromitacją, chorzy tacy popełniają samobójstwo. Z tych powodów, oraz ze względu na konieczność stosowania intensywnego leczenia psychiatrycznego, chorych na halucynozę leczy się wyłącznie w szpitalu psychiatrycznym.

Psychoza Korsakowa jest wyjątkowo ciężkim schorzeniem przebiegającym przewlekłe, nie rokującym wyzdrowienia, a czasem nawet przeżycia. Występuje na szczęście dość rzadko. Rozpoczyna się powoli, samoistnie lub jest następstwem halucynozy, czy „białej gorączki”. Czynniki sprzyjającymi jej są: miażdżyca i awitaminozy. Dotyczy głównie osobników między 40—60 rokiem życia. Czas trwania: około 6 miesięcy.

Objawy określić można krótko, jako zespół organiczny, któremu towarzyszy euforia i zapalenie wielonerwowe, głównie nerwów kończyn dolnych. Pacjent jest zupełnie zdezorientowany; można zaobserwować u niego znaczne zaburzenia pamięci właściwej i szczególnie duże zdolności zapamiętywania. Pacjent nie pamięta co robił przed chwilą, nie potrafi powtórzyć za badającym trzech luźnych cyfr. Jest przy tym bezkrytyczny, twierdzi, że czuje się dobrze, może pracować. Zmienność uczuciowa również występuje, ale przeważnie chorzy są euforyczni. Dla tej psychozy typowe są szczególnie silne konfabulacje — chorzy w każdej chwili są gotowi do odpowiedzi na jakiegokolwiek pytanie, wypełniając luki w pamięci i orientacji zmyślonymi na poczekaniu dykteryjkami. Z powodu wiotkich porażeń kończyn, stale przebywają w łóżku. Sprzyja to powstawaniu odleżyn, które są najczęściej przyczyną zgonu. Poza porażeniami, dość często innym objawem neurologicznym są napady padaczkowe.

Obłęd alkoholowy jest psychozą zdarzającą się stosunkowo rzadko, lecz mającą duże znaczenie z punktu widzenia medyczno-sądowego. W większości wypadków tematem urojeń paranoicznych jest zazdrość małżeńska. Posądzenie małżonki o zdradę staje się powoli jedyną treścią myśli, rozmów i postępowania. Chory zwalnia się z pracy, aby śledzić żonę, kontroluje pościel i bieliznę żony, w każdym ruchu, grymasie żony widzi przejaw komunikowania się z „kochankiem”, sypia z siekierą pod poduszką, aby zawsze być gotowym do zabicia domniemanego rywala. Żadne argumenty nie są w stanie przekonać go o nielogiczności rozumowania i bezpodstawności zarzutów. W wielu wypadkach dochodzi w końcu do zamordowania żony lub rzekomego kochanka. Obłędu zazdrości nie należy mylić ze zwykłą

zazdrością, która bardzo często u alkoholików przybiera znaczne, ale jeszcze nie patologiczne rozmiary. Źródłem tej przesadnej zazdrości jest rozszczepienie między libido a potencją.

Alkohol pobudza libido, ale osłabia potencję. W związku z tym dochodzi do konfliktów małżeńskich, tym bardziej że zwykle różne względy estetyczno-moralne odstręczają żonę od wiecznie pijanego, zaniedbanego fizycznie męża. Alkoholik zaczyna podejrzewać, że niechęć żony do stosunków z nim wypływa z faktu nawiązania stosunków z innym mężczyzną i zaczyna zbierać dowody rzekomej zdrady. Z braku dowodów opiera się na poszlakach, które w miarę trwania choroby w jego świadomości nabierają mocy niezbitych dowodów. Różnica między zwykłą, choć przesadną zazdrością, a urojeniami niewiary małżeńskiej jest często bardzo trudna do uchwycenia. Za obłudą przemawia zupełnie bezkrytyczne traktowanie przypuszczeń jako niezbitych dowodów oraz wiązający się rzekomo logicznie z treścią urojen niewiary małżeńskiej, system innych urojeń prześladowczych (np. że kochankowie żony tworzą szajkę działającą na niekorzyść oszukiwanego męża, żona pod ich wpływem usiłuje otruć go przez systematyczne dosypywanie proszków do pokarmów itd.).

Jak wynika z powyższych rozważań, klinika schorzeń psychicznych pochodzenia alkoholowego jest nader bogata i różnorodna. Powojenny wzrost spożycia alkoholu — zwłaszcza wśród młodzieży — powoduje, że problem alkoholizmu może stać się groźny także i dla wojska. Nie trzeba tłumaczyć, że w warunkach wojskowych nadużycie alkoholu niesie z sobą dużo większe niebezpieczeństwa niż w środowisku cywilnym. Łatwość dostępu do broni, wielka odpowiedzialność związana z pełnieniem służby, konieczność stałej gotowości bojowej — wszystko to nie daje się pogodzić z nadużywaniem alkoholu, zarówno sporadycznie jak i nałogowo. Bez pardonowa walka z alkoholizmem w wojsku, pojmowana przede wszystkim jako akcja profilaktyczna, wydaje się być konieczna.

Pisząc tyle o alkoholizmie, to znaczy chorobie będącej skutkiem przewlekłego nadużywania alkoholu, zatajamy mimo woli fakt, że środek ten działa psychozotwórczo także po jednorazowym użyciu. Jest to właściwie substancja powodująca psychozy eksperymentalne, podobnie jak LSD₂₅, Psylocybina, Parkopan, czy inne, mniej znane psychotomimetyki.

Każde nadużycie alkoholu prowadzi do zaburzeń psychicznych. Są jednak pewne stany wywoływane bądź nieoczekiwanie małą dawką alkoholu, bądź przebiegające w sposób tak daleki od szablonu, że określamy je jako niezwykle stany upojenia.

Według oficjalnej nomenklatury psychiatrycznej, najczęstsze zespoły psychopatologiczne, wywołane jednorazowym wprowadzeniem alkoholu do organizmu, nazywamy:

- 1) zwykłym stanem upicia,
- 2) patologicznym stanem upicia,
- 3) anormalną reakcją na alkohol.

Zwykły stan upicia. Objawy zwykłego upicia są tak powszechnie znane, że rozpoznanie tego stanu nie nastręcza zwykle żadnych trudności. Bełkocąca mowa, pobudzenie psychoruchowe, przy jednoczesnej dyskoordynacji ruchów, charakterystyczny zapach z ust, są zazwyczaj typowymi objawami nadużycia alkoholu.

Pewnych trudności w rozpoznaniu mogą przysparzać jedynie stany ciężkich zatruć (spożyta dawka działa narkotyzująco), kiedy badany znajduje się w stanie śpiączki. Śpiączki tej nie należy mylić ze śpiączką innego pochodzenia, a przede wszystkim cukrzycową, insulinową, po zatruciu środkami nasennymi, po wstrząsie mózgu itp. We wszystkich tych przypadkach o rozpoznaniu decyduje zapach alkoholu z ust, aczkolwiek pamiętać należy, że badany przez nas osobnik mógł wypić jedynie znikomą ilość alkoholu, po czym doznał urazu czaszki, który dopiero wywołał utratę przytomności.

Wszystkie nie dość jasne przypadki powinno się kierować do szpitala, celem dokładniejszego przebadania. Zapach alkoholu jest dowodem dość zawodnym, ponieważ nie mówi nic o ilości wypitego alkoholu. Dlatego we wszystkich okolicznościach, kiedy należy się w przyszłości spodziewać dochodzeń prokuratorskich, zasadą powinno stać się pobieranie krwi na poziom alkoholu. Wysoki poziom alkoholu we krwi jest bowiem najbardziej rzeczowym dowodem upicia się; nie mogą go obalić ani przekupieni świadkowie, ani brak świadków i który pozostaje tymże dowodem nawet wtedy, gdy na skutek przeciągania się sprawy, obiektywni świadkowie zapomną istotne fakty. Poza tym ustalenie poziomu alkoholu we krwi jest jedynym sposobem zorientowania się co do głębokości upojenia.

Mimo iż stan zwykłego upicia jest z punktu widzenia patofizjologii bez wątpienia stanem psychotycznym, prawodawstwo polskie, kierując się interesem społecznym, nie zezwala na złagodzenie wymiaru kary w odniesieniu do przestępców działających pod wpływem jednorazowego nadużycia alkoholu.

Stan patologicznego upicia. Ustalenie stanu upicia patologicznego, mimo rzadkości z jaką występuje, jest bardzo ważne przede wszystkim z punktu widzenia sądowo-medycznego, a dokładna znajomość jego symptomatologii ma duże znaczenie dla osób

stykających się często z problemem alkoholowych zaburzeń psychicznych. Pod nazwą patologicznego stanu upicia rozumiemy krótkotrwałą psychozę wywołaną w zasadzie spożyciem bardzo niewielkiej ilości alkoholu, zakończoną głębokim snem, po przebudzeniu z którego osobnik nie jest w stanie przypomnieć sobie, co robił w czasie jej trwania.

U podstaw mechanizmu powstania patologicznego stanu upicia leży trwała lub przemijająca nietolerancja alkoholu. Stan ten szczególnie często zdarza się u osób, które przebyły uprzednio wstrząs mózgu, u różnego rodzaju encefalopatów, epileptyków i innych, zdradzających objawy uszkodzenia układu nerwowego. U osób tych może istnieć trwała nietolerancja alkoholu. Przejściowo mogą wywołać ją takie czynniki jak: bezsenność, głód, fizyczne i psychiczne wyczerpanie, ciężkie przeżycia. Z wymienionymi wyżej czynnikami trzeba poważnie liczyć się w warunkach wojskowych. Szczególnie niebezpieczna jest sytuacja, gdy czynniki wywołujące przejściową nietolerancję działają na osobnika z jawną lub ukrytą nietolerancją trwałą. Wtedy możliwość wystąpienia patologicznego stanu upicia się jest największa.

Rozróżniamy dwie główne postacie stanu patologicznego upicia — epileptoidalną i paranoidalną. Postać epileptoidalną cechuje nagłe i bardzo głębokie zamroczenie, z całkowitym zanikiem orientacji co do miejsca, czasu i otoczenia, oraz silna agresja w stosunku do otoczenia. Biorąc najbliższych ludzi za swych śmiertelnych wrogów, osoba będąca w stanie patologicznego upojenia dąży z wyszukanyim okrucieństwem do ich unicestwienia. Skupiony i opanowany wyraz twarzy, precyzja ruchów nie nasuwają świadkom przypuszczenia, że agresor mógł być pijany w czasie zarzucanych mu w sądzie czynów. Charakterystyczny jest również brak dążności do zacierania śladów przestępstwa oraz głęboki sen, który przychodzi wkrótce po dokonaniu czynów, oraz zupełna ich niepamięć. Świadkom zbrodni zwykle rzuca się w oczy, że wypowiedzi osoby działającej w upojeniu patologicznym świadczą o błędnym rozpoznaniu otoczenia (np. ze słów wypowiedzianych w czasie agresji wynika, że osoba ta bierze zebranych w restauracji ludzi za agentów gestapo, stado wilków itp.).

Pozornie jeszcze bardziej naturalnie niż w postaci epileptoidalnej zachowuje się osobnik działający w patologicznym stanie upicia o typie paranoidalnym. Zupełnie nie przypomina pijanego, często prowadzi pozornie dorzeczne rozmowy ze świadkami zajścia, a po dokonaniu zbrodni ucieka, sprytnie kluczając. Dopiero wnikliwa analiza wykaże, że podczas dokonywania zarzu-

canych mu czynów działań w lęku, wadliwie rozpoznawał otaczające go osoby, biorąc je za czyhających nań wrogów i zaatakował je w swojej „obronie”.

Niesłuchanie ważną jest bardzo dokładna analiza zachowania się osoby — która używała uprzednio alkoholu — w czasie dokonywania czynu przestępczego, ponieważ ewentualnie może dostarczyć bezcennego materiału sądowi.

Anormalna reakcja na alkohol różni się od stanu patologicznego upicia, ponieważ:

- a) występuje zwykle po wypiciu dużej ilości alkoholu;
- b) często powtarza się przy kolejnym picu;
- c) z reguły dotyczy osobników psychopatycznych, agresywnych, u których pod wpływem picia dochodzi do karykaturalnego podkreślenia społecznych cech ich osobowości;
- d) czyny dokonane w anormalnej reakcji na alkohol są co najwyżej tylko częściowo pokryte niepamięcią;
- e) agresja, zakończona pobiciem lub zamordowaniem, obraca się przeciwko osobom współbiesiadującym lub z najbliższego otoczenia, przy czym spowodowana bywa sprzeczką;
- d) ślady przestępstwa są najczęściej zacierane.

ZABURZENIA PSYCHICZNE INTOKSYKACYJNE NIEALKOHOŁOWE

We współczesnym wojsku, nasyconym bronią techniczną i chemiczną, spotkać się można z zaburzeniami psychicznymi wywołanymi szeregiem substancji używanych codziennie przy pracy. W obsłudze sprzętu w wojskach pancernych i lotniczych, w służbie samochodowej itp. występują intoksykacje ołowiem (np. w akumulatorniach) oraz czteroetylkim ołowiu, który dodawany jest do benzyny w celu przyciszenia pracy motoru.

Zaburzenia psychiczne spowodowane zatruciem czteroetylkim ołowiu (etyliną) najczęściej spotyka się u kierowców. Przeważnie mamy tu do czynienia z zatruciami ostrymi. Rozpoczynają się one bólami głowy, nudnościami, wymiotami, wzrostem temperatury. Chory cierpi na bezsenność i podniecenie ruchowe, które może przejść w stan majaczeniowy, obfitujący w omamy słuchowe, wzrokowe i inne. Świadomość jest przyćmiona. Charakterystycznym objawem zatrucia czteroetylkim ołowiu są omamy dotykowe polegające na tym, że chory ma wrażenie jakby usta miał pełne włosów.

Przewlekłe zaburzenia psychiczne w następstwie zatrucia ołowiem rozpoczynają się dyskretnymi objawami apatii, uczuciem osłabienia, bólami głowy. W cięższym zatruciu mogą wystąpić stany majaczeniowe lub stany splątania, a niekiedy nawet stany lękowe z urojeniami prześladowczymi. Czasem rozwija się zes-

pół objawów przypominający psychozę Korsakowa. Zaburzeniom psychicznym towarzyszą poważne zaburzenia ze strony układu krążenia (zwyrodnienie mięśnia sercowego, nadciśnienie, skleroz naczyń) i pokarmowego. Występują także liczne ogniskowe objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

W warunkach wojskowych pamiętać również należy o możliwości wystąpienia zaburzeń psychicznych w następstwie zatrucia czadem i gazami powstałymi na skutek spalania prochu.

Zatrucie czadem zdarza się bardzo często, zarówno w czasie wojny jak i pokoju. W okresie pokojowym przyczyną zatrucia jest przede wszystkim niewłaściwa eksploatacja pieców lub ich niewłaściwa budowa. Rzadsze są przypadkowe lub samobójcze zatrucia gazem świetlnym. W czasie wojny lub w ogóle w wojsku, zatrucia tlenkiem węgla obserwujemy podczas dużych strzelań artyleryjskich, zwłaszcza w nieprzewiewnych miejscach, np.: na okrętach, w fortach itd. Również w przemyśle zdarzają się intoksykacje tlenkiem węgla.

W typowo przebiegającym ostrym zatruciu tlenkiem węgla obserwujemy narastające stopniowo zahamowanie ruchowe, z uczuciem osłabienia woli i przyjemną apatią. Dość często w początkowym okresie zatrucia wpadają w stan maniakalny. U uratowanych z reguły występuje niepamięć wsteczna, zaburzenia w orientacji, zaburzenia krytycyzmu, utrudniony tok myśli. Nierzadko następstwem zatrucia tlenkiem węgla jest psychoza Korsakowa. Niektóre zatrucia tlenkiem węgla przebiegają nietypowo, pod postacią stanu majaczeniowego lub stanu splątania z podnieceniem ruchowym, określanym inaczej jako tzw. szal. W tym stanie chorzy mogą być niebezpieczni dla otoczenia. Przewlekłe zatrucia „podprogowymi”, minimalnymi dawkami bywają często mylnie rozpoznawane jako neurastenia.

Choroba prochowa polega na zatruciu gazami powstałymi podczas strzelania w przestrzeniach zamkniętych, np. w okopach, w czołgu, w fortyfikacjach itp. Obraz kliniczny zależy tu od tego, jakie składniki przeważają w dymach strzelniczych: CO (tlenek węgla), CO₂ (dwutlenek węgla) czy azotyny. Zatrucie przy przewodzie związków azotowych przypomina zatrucie fosgenem. Przy przewodzie CO przebiega ono podobnie. Jeżeli przeważa CO₂, chory zachowuje się podobnie jak w stanie ostrego upojenia alkoholowego, stąd nazwa „upicie prochem”. Zatruci są pobudzeni, mówią wiele, przeważnie nielogicznie, gestykulują, zataczają się. Skarżą się przy tym na ból głowy, szum w uszach, zawroty głowy i mdłości. Po pewnym czasie kładą się jak podcięci i zapadają w sen. Po obudzeniu mogą wystąpić przemijające objawy zahamowania, braku pamięci.

**ZALEŻNOŚĆ LEKOWA (TOKSYKOMANIA, NARKOMANIA, NADUŻYCIE ŚRODKÓW CHEMICZNYCH W CELU WPROWADZENIA SIĘ W STAN OSZOŁOMIENIA).
NIEKTÓRE PROBLEMY EPIDEMICZNEGO SZERZENIA SIĘ TEGO ZJAWISKA**

Dane ogólne. Nadużywanie środków chemicznych w celu wywołania oszołomienia, ekstazy lub uspokojenia znane jest ludzkości od zarania jej dziejów. W wielu krajach nosiło ono w dawnych czasach charakter rytualnych ceremonii. Nadużywanie to przetrwało w formie szczątkowej do dziś nie tylko wśród prymitywnych ludów Ameryki, Afryki czy Azji, ale i w krajach europejskich, przyjmując postać „uświetniania” alkoholem wesel, chrztów, imienin, jubileuszów itp. Pewne używki uznane przez ustawodawstwa niektórych państw za zbyt groźne dla zdrowia i życia, umieszczone zostały na listach środków silnie działających i pozostających tylko do dyspozycji lekarzy. Inne środki zostały zaakceptowane, choć poddano je kontroli państwa (np. alkohol). Jeszcze inne uznano za zło konieczne o niewielkim znaczeniu. Pozostawiono je do dyspozycji obywateli. Szkodliwość społeczna tzw. małej narkomanii (picie kawy, herbaty, palenie tytoniu) nie prowokowała na ogół do wszczynania wielkich akcji zapobiegawczych. W krajach wysoko cywilizowanych zawsze zresztą istniała mała grupa ludzi, którzy nadużywali środków ostro zakazanych — pochodnych makowca, kokainy, amfetaminy. Była to jednak grupa w pewnym stopniu izolowana od reszty społeczeństwa, traktowana wzgardliwie, rekrutująca się bądź spośród psychopatycznego marginesu kryminalnego, bądź z kręgów żądnych wrażeń artystów lub byłych pacjentów, wprowadzonych w nałóg mimowolnie, na skutek stosowania przez lekarzy środków narkotycznych, których nie odstawiono w porę.

Epidemie uzależnienia się od różnych środków wystąpiły dopiero po II wojnie światowej. Początkowo objęły Japonię (amfetaminy), następnie USA, a w latach sześćdziesiątych oraz siedemdziesiątych — kraje Ameryki Południowej i Środkowej oraz Europę. W latach siedemdziesiątych zaczęto mówić o pandemii.

O rozmiarach rozpowszechnienia się toksykomanii wśród młodzieży zachodu mogą świadczyć dane, uzyskane z badań w siłach zbrojnych Szwajcarii i USA.

W latach 1972/73 wśród zbadanych przez Bategaya 4082 dwudziestoletnich poborowych wojska szwajcarskiego 22,1% używało środków oszalamiających (haszyszu, halucynogeny, amfetaminy lub pochodnych makowca), a dalsze 4,1% nadużywało środków uspokajających nasennych i przeciwbólowych. Ponadto w grupie tej 7,4% piło tygodniowo więcej niż wynosi równoważnik 350 gra-

mów 100% alkoholu; 81,4% piło systematycznie, ale poniżej w/w równoważnika, a tylko 11,2% nie piło w ogóle. 61,2% paliło, z tego 1/3 powyżej 20 papierosów dziennie.

W wojskach USA, stacjonowanych w RFN, w r. 1971 46% przyznało się do używania środków oszałamiających, w tym 30% wielokrotnie, a 16% — z objawami zależności. W Wietnamie używało środków uzależniających co najmniej 45% żołnierzy USA, a dane z ankiet Gallupa z 1971 r. wskazują, że 42% młodzieży z college'ów używa nielegalnie tych środków. W 1970 r. z samej tylko marynarki wojennej USA zwolniono do rezerwy 3808 marynarzy z powodu narkomanii, a dalszych 1991 zatrzymano eksperymentalnie, celem poddania próbie leczenia w warunkach służby wojskowej.

Moda oszałamiania się (określenie: „moda” wydaje się tu bowiem najodpowiedniejsze) różnymi środkami chemicznymi objęła przede wszystkim młodzież, a także dzieci, przybierając tak wielkie rozmiary, że w wielu krajach zachodnich zaczęto mówić o klęsce społecznej, „kryzysie cywilizacji”, a rządy niektórych państw, np. USA, poświęciły temu problemowi specjalne sesje i wydały odpowiednie dekrety. Światowa Organizacja Zdrowia utworzyła grupę ekspertów, która do 1965 r. nosiła nazwę: Expert Committee on Addiction Producing Drugs, a po 1966 r. — WHO Expert Committee on Dependency Producing Drugs. Zmiana nazwy spowodowana została zmianą nomenklatury i klasyfikacji środków używanych do oszałamiania się. Zamiast dawnego podziału: na środki wywołujące toksykomanie (drug addiction) i nałóg (drug habituation, habit), wprowadzono ogólne pojęcie: „środki wywołujące uzależnienie” (zależność) — drug dependency. Termin ten tłumaczony jest często na polski jako „zależność lekowa”.

Obecnie, zgodnie z zaleceniem tego komitetu, środki wywołujące zależność klasyfikuje się według przynależności do następujących grup środków o podobnej farmakodynamice:

1. Grupa środków uspokajających i narkotycznych —
 - opium i pochodne morfinowe,
 - barbiturany i inne środki nasenne (np. Luminal, Tardyl, Glimid),
 - alkohol i różne inne środki, w tym wziewne, jak eter, tri itp.
 - trankwilizatory (środki uspokajające), typu Meprohamatu, Elenium, Relanium, Ataraxu,
 - środki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe,
 - środki przeciwdepresyjne;
2. Grupa środków pobudzających —

- sympatykomimetyki (np. Psychedryna, Preludina itp.),
- środki tzw. cholinergiczne (Betel, Serpazil itp.),
- pochodne kofeinowe,
- Khat;

3. Grupa środków euforyzujących i wywołujących ostre, przemijające psychozy —

- kokaina, haszysz, LSD, psylocybina, peyotol, meskalina.

W stosowanej dzisiaj terminologii nałóg oznacza jedynie psychologiczny komponent zależności lekowej, a mianowicie sytuację psychiczną, w której brak nadużywania leku powoduje stan frustracji, a przyjęcie tego leku — powrót dobrego nastroju.

W chwili obecnej pandemia narkotyzowania się wygląda inaczej w krajach kapitalistycznych, inaczej zaś w krajach socjalistycznych. Poza tym ogólnym stwierdzeniem trudno jest podjąć się jakiegokolwiek próby oceny ogólnej sytuacji — w tej dziedzinie — na świecie. Po pierwsze, cały problem pojawił się stosunkowo niedawno, aby można było go ocenić z pewnego dystansu, wszechstronnie i bez emocji; po drugie, narkotyzowanie się przybrało monstrualne rozmiary w krajach o obcej nam, kapitalistycznej strukturze społecznej, po trzecie zaś, w tej chwili do krajów obozu socjalistycznego dochodzą jedynie odległe i słabe fale rozpętanej burzy. W Polsce epidemia nie przekroczyła w zasadzie granic wielkich miast; przeważnie ogranicza się do sporadycznych prób oszalamiania się, a nie prawdziwej zależności, a ponadto w małym tylko stopniu wychodzi poza tzw. „margines społeczny”. Ponadto, jak się wydaje, w Polsce w 1972 r. zafascynowanie młodzieży środkami uzależniającymi wyraźnie osłabło i „epidemia” zaczyna wygasać, pozostawiając jedynie w dużych miastach ogniska endemiczne. Nie powinno to nas jednak zbytnio uspokajać. Bliskie związki kulturowe, zbliżony standard cywilizacyjny oraz duże możliwości wzajemnego przenikania społeczeństw europejskich w wyniku ruchów turystycznych, kontaktów rodzinnych, wymiany prasy, książek, filmów itp. powodują, że zachowanie się pewnych odłamów społeczeństwa w obu obozach politycznych, typy reakcji ludzkich, mechanizmy obronne przed naporem współczesnej cywilizacji różnią się między sobą znacznie mniej, niżby to mogło wynikać z teoretycznego punktu widzenia. Pamiętać też należy, że w Polsce ciągle jeszcze nie jest brak ludzi, dla których wyimaginowany model życia na Zachodzie pozostaje bezkrytycznie przyjmowanym wzorem.

Czułość naszą powinien budzić fakt, że we wszystkich krajach burżuazyjnych fala zależności lekowej brała swój początek również w środowisku młodzieży zdecydowanie asocjalnej

lub marginesu społecznego, a dopiero później zatoczyła szersze kręgi. Mamy jednak duże możliwości przeprowadzania skutecznej akcji prewencyjnej. Dysponujemy wszakże bardziej sprężystym aparatem administracyjnym i większymi możliwościami stosowania racjonalnej profilaktyki. Nie bez znaczenia pozostaje również tak ważny czynnik, jak socjalistyczne wychowanie naszej młodzieży, jej wysoka ideowość, a ponadto odmienność układów społecznych, gwarantujących prawidłowy rozwój młodego człowieka i bardzo dużą stabilizację życia publicznego.

PRZYCZYNY ROZPOWSZECHNIANIA SIĘ ZALEŻNOŚCI LEKOWEJ

Skoro epidemia zależności lekowej przybrała takie rozmiary, że zagraża bytowi wielu społeczeństw (tak tę sprawę ujmuje się obecnie np. w USA, Szwecji, W. Brytanii), to jest faktem zrozumiałym, że ta właśnie plaga społeczna stała się przedmiotem wielu narad zarówno czynników administracyjnych, jak i ludzi nauki. Na Zachodzie problemem tym zajmują się psychologowie, psychiatrzy, socjologowie, duchowni, chemicy, farmakolodzy, prawnicy, patologowie i politycy. Wcale nie ułatwia to poznania sprawy, a przeciwnie — niekiedy ją gmatwa. Na zjazdach polidyscyplinarnych jedni nie rozumieją wywodów drugich. Stosowane są różne terminologie, różne punkty widzenia. Specjaliści każdej dziedziny tłumaczą przyczyny epidemii po swojemu. Chemicy i farmakolodzy kładą nacisk na oddziaływanie określonych grup związków chemicznych, psychologowie i psychiatrzy — na odchylenia od normy psychicznej, socjologowie — na negatywny wpływ czynników społecznych, prawnicy — na aspekty kryminologiczne, które temu zjawisku towarzyszą, teologowie — na upadek religijności. Wszyscy mają tendencję do traktowania nadużywania leków jako objawu pewnych organicznych, psychicznych, społecznych lub etycznych niedostatków osobniczych lub środowiskowych.

Analizując w miarę obiektywnie ogromną liczbę informacji o przyczynach pandemii zależności lekowej stwierdzić trzeba, że na jej zasięg i rozmach wpłynęło wiele czynników, które po zsumowaniu doprowadziły do powstania zjawiska w tak dużej skali.

Pośród przyczyn masowego nadużywania — w krajach Zachodu — środków wywołujących zależność wymienić trzeba:

- pełną napięcia, płynącą z antagonizmów klasowych atmosferę, w jakiej żyją społeczeństwa Zachodu;
- kryzys tradycyjnej rodziny, a w konsekwencji błędy wychowawcze, popełniane od szeregu lat, zwłaszcza przez bogate mieszczaństwo krajów kapitalistycznych;

— wyjątkowe trudności życia w wysoko cywilizowanych społeczeństwach (pogłębione okolicznością wejścia w przełom techniczny i ideologiczny), na które szczególnie żywo, choć nie zawsze świadomie, reaguje młodzież;

— pojawienie się w latach sześćdziesiątych ruchów społecznych określanych terminem buntu czy rewolty młodzieży;

— pojawienie się nowych, efektownych, tanich oraz łatwo dostępnych środków psychotropowych, które zwróciły uwagę mas na możliwość odcięcia się, drogą chemiczną, od przykrego stresu;

— zainteresowanie się przestępczych gangów możliwościami łatwego zarobku w wyniku handlu środkami uzależniającymi;

— sztywność i bezradność prawodawstwa oraz inercja władz krajów kapitalistycznych ujawniająca się w momencie, gdy trzeba przeciwdziałać rozmaitym przejawom patologii społecznej.

W krajach socjalistycznych skłonność do zbiorowego narkotyzowania się jest z reguły wynikiem naśladowania wzorów zachodnich.

W krajach zachodnich epidemia masowego używania środków oszałamiających i psychodysleptycznych znajduje oparcie w różnych filozoficznych czy pseudofilozoficznych teoriach, łączy się w swoisty sposób z ruchem „hippie”, którego cele są przez wielu uznane za szlachetne, mają swoich teoretyków wśród filozofów, psychologów, polityków, dziennikarzy i twórców.

Narkotyzująca się młodzież, szczególnie studencka, jest — w luźny sposób — zorganizowana. Ten specyficzny ruch, oparty o Student's Power, wydaje swoje nielegalne lub półlegalne gazetki, ma swoje eksperymentujące grupy, ogłaszające wyniki oszałamiania się różnymi nowymi lekami, ma chemików produkujących nowe związki, których cechy chemiczne, fizyczne i farmakodynamiczne są przedmiotem publikacji. Nad tym całym „ruchem” roztaczają skrzydła, jak prawdziwe sępy, przestępcze gangi wężące dobre zarobki. Gangi te starają się oddziaływać na wpływowe osoby, aby nie angażowały się do ostrej walki z zaleźnością lekową. W Addiction Research Foundation w Toronto przeprowadzono w 1971 r. wielotygodniowy eksperyment na kilkudziesięciu osobnikach, mający na celu przekonanie się (?), czy marihuana rzeczywiście jest szkodliwa. W Kanadzie bowiem wywierany jest silny nacisk na władze, aby dopuścić marihuanę do wolnej sprzedaży w sklepach, podobnie jak tytoń. Uważa się, że mniejsze zło może zapobiegać większemu. Niektórzy powołują się na złe następstwa prohibicji w USA.

Niezbędnym warunkiem skutecznej walki z zależnością lekową jest bardzo ścisła kontrola państwowa nad aptekami. Nie jest ona jednak możliwa w krajach zachodnich, w warunkach prywatnej konkurencji handlowej. Konieczne jest wprowadzenie ostrych kar, aż do kary śmierci za handel narkotykami.

Jednakże postulaty te w wielu krajach kapitalistycznych nie mogą być realizowane. Dlatego problem narkomanii nie został tam radykalnie rozwiązany.

Propaganda przeciw narkotynom nie jest skuteczna, ponieważ młodzież odnosi się do niej negatywnie. Wielu młodych ludzi używanie środków oszałamiających traktuje jako ideowy protest, jako przejaw własnego stylu bycia, przeciwstawiając go modelowi życia starszego pokolenia. Argumenty racjonalne nie skutkują, gdyż — jak wspomniałem — wielu wybitnych przedstawicieli starszego pokolenia występuje z teoretyczną obroną tego „ruchu młodzieżowego”. Zdaniem przedstawicieli Research Foundation w Toronto cała akcja przeciw zależności lekowej byłaby skuteczna wówczas, gdyby mogła się oprzeć na daleko idących zmianach struktury społecznej, co w społeczeństwach tzw. demokracji zachodnich jest nie do zrealizowania.

Pierwszym krajem kapitalistycznym, który nawiedzony został epidemią zależności lekowej, były Stany Zjednoczone.

Za Kenistonem, który pierwszy usiłował uporządkować sądy różnych autorów o sytuacji młodzieży we współczesnym świecie kapitalistycznym, warto zwrócić uwagę na niektóre czynniki kształtujące osobowość młodego pokolenia. Należy przede wszystkim stwierdzić, że dawniej jednostka przystosowywała się do otaczającego świata, podczas gdy obecnie wielu młodych ludzi usiłuje raczej zmienić świat, dostosowując go do swoich poglądów i ideałów. W związku z tym wydaje się, że młodzież dzisiejsza jest mniej zainteresowana daniem czegoś z siebie, a więcej eksploracją świata zewnętrznego. Przy takiej postawie rosną konflikty z otoczeniem, a możliwość adaptacji stale maleje. Stąd u niezadowolonych rodzą się próby podejmowania czy to działań agresywnych wobec świata, jak w przypadku różnych rewolt, czy ucieczki w fantastyczny świat wywołany środkami psychotropowymi, a najczęściej obserwuje się postawę łączącą i jedno, i drugie. Można oczywiście mówić, że nie cała młodzież jest taka, że większość przecież nie zdradza przejawów daleko posuniętej patologii. To prawda. Prawdą jest jednak i to, że ta większość pozostaje bierna, a wielu jej przedstawicieli dość łatwo poddaje się sugestywnemu przewodnictwu patologicznej mniejszości z powodu infantylniej solidarności albo na skutek

mechanicznego podporządkowania się osobnikom bardziej aktywnym, presji mody lub innych mechanizmów.

Wracając do sprawy podstawowej — problemu epidemii zależności lekowej, zastanowić się trzeba przede wszystkim nad dwoma zagadnieniami:

1. Jakie cechy powodują, że środki prowadzące do zależności są tak atrakcyjne dla niemałej liczby osób, odznaczających się często wysoką inteligencją i mających przed sobą nierzadko łatwą drogę do osiągnięcia uznania w swoim środowisku?

2. Na czym polega szkodliwość tych środków?

Odpowiadając na pierwsze pytanie należy stwierdzić, iż podstawową cechą charakteryzującą wszelkie środki uzależniające jest uczucie ulgi, które one przynoszą ludziom przekonanym, że stoją wobec trudności, jakim nie mogą podołać. Środki te odrywają od przykrej rzeczywistości i powodują, iż przestaje się ona liczyć, znika w ogóle albo zostaje przekształcona w fantastyczny świat o cechach niesłychanie interesujących, niecodziennych, frapujących. Większość tych środków wzmaga — w początkach ich zażywania — popęd seksualny i potencję lub zapewnia przeżycia seksualne w świecie fantazji, zaspokajającym życzenia danej osoby. W późniejszej zaś fazie zażywania środka sprawy seksu przestają się liczyć, a postępujący zanik libido oraz potencji nie obchodzi już narkomana.

We wczesnym okresie zażywania niektórych środków, zwłaszcza w umiarkowanych dawkach, stwierdzić można pobudzenie inteligencji, zwiększenie (przeważnie pozorne) wydajności pracy zawodowej, możliwości mobilizowania się, na krótki czas, do wysiłku, zwiększoną łatwość nawiązywania społecznych kontaktów. Wiele tych środków, zwłaszcza trankwilizatory, pochodne amfetaminowe, marihuana, alkohol, banalne środki uspokajające, nasenne i przeciwbólowe, pochodne kofeinowe, psychodysleptica, długo nie wywołują nałogu, można przerywać ich branie, a następnie wracać do zażywania. Powoduje to szerzenie się przekonania o ich nieszkodliwości oraz małym prawdopodobieństwie uzależnienia się.

Odpowiedzią na drugie pytanie może być stwierdzenie: wszystkie te dodatnie strony środków uzależniających są tylko złudzeniem. Po dłuższym lub krótszym czasie występuje przyzwyczajenie do nich, ze wszystkimi psychicznymi i fizycznymi następstwami tego faktu. Organizm przedstawia swoją przemianę materii na obecność leku, który z czasem staje się niezbędny w funkcjonowaniu ciała ludzkiego. Brak środka powoduje głód, który musi być zaspokajany coraz to większymi dawkami. Niedosyt wywołuje tak gwałtowną potrzebę natychmiastowego za-

zycia, że narkoman zdolny jest do każdego przestępstwa dla zdobycia potrzebnego mu środka. Każda rzeczywista i ugruntowana zależność sprowadza na drogi przestępstwa. Zaczyna się niewinnie od zaciągania pożyczek, kończy na podrabianiu recept, kradzieżach, włamaniach, napaściach lub nawet mordach. Szczególnie groźne są rzeczywiste narkotyki, takie jak: morfina, opium, heroina, haszysz, ale środki nawet pozornie niewinne (nasenne lub uspokajające) mogą po dłuższym czasie doprowadzić do ciężkiej zależności lekowej, ze wszystkimi jej skutkami społecznymi.

Niezależnie od następstw fizycznej i psychicznej zależności, środki te prowadzą prędzej czy później do upośledzenia czynności psychicznych. Obejmuje ono niekiedy także czynności intelektualne (kokaina, opium, alkohol, tri itp.), z reguły zaś sferę charakterologiczną. Ludzie poddani zależności lekowej tracą stopniowo zainteresowanie czymkolwiek, poza możliwością zaspokojenia nałogu, wyzbywają się poczucia obowiązku i odpowiedzialności, stają się nieobliczalni, kłamliwi, zmienni uczuciowo, aspołeczni. Niektóre środki prowadzić mogą do rychłej śmierci. Specjaliści amerykańscy i szwedzcy twierdzą np., że okres przeżycia toksykomana nadużywającego amfetamin (nałogowcy biorą do 100 ampulek dziennie) nie przekracza 18 miesięcy. Inne środki prowadzą najpierw do wyniszczenia organizmu, a śmierć następuje dopiero po wielu latach zażywania preparatu.

Udowodniono, że niektóre środki powodujące zależność (LSD-25, a zwłaszcza DMT, środki przeciwdepresyjne) uszkadzają aparat chromosomalny plemnika i jaja, prowadząc do ich degeneracji. Niemal wszystkie środki, brane w pierwszych miesiącach ciąży, powodują uszkodzenie płodu i kalectwo urodzonych dzieci.

Rozpowszechnianie się zależności lekowej u ludzi młodych, będących w okresie najwyższej rozrodczości i dynamicznego rozwoju, pociągnąć może za sobą skutki, które ludzkość będzie odczuwała jeszcze za kilka pokoleń.

Do środków najbardziej szkodliwych, z punktu widzenia natychmiastowych skutków działania, należą: opium, pochodne morfinowe, sympatykomimetyki oraz haszysz. Opium i morfina używane są w kręgu kultury europejskiej i amerykańskiej rzadko, i nie stanowią wielkiego niebezpieczeństwa. Natomiast znacznie groźniejsza jest heroina (dwuacetylomorfina), otrzymywana przez chemiczny zabieg acetylowania morfiny. Działa znacznie słabiej przeciwbólowo niż morfina, ale za to silniej euforyzująco. Jej właściwości są sześciokrotnie większe, poza tym znacz-

nie wcześniej powoduje bardzo intensywne uzależnienie. Według opinii specjalistów zachodnich, ten kto raz wpadnie w narkomanię heroinową, jest właściwie nie do uratowania. Z tego powodu gangi przestępcze nasycają heroiną ustniki papierosów z marihuaną, aby zapewnić sobie w ten sposób — niczego nie podejrzewających — odbiorców na przyszłość. Jest to praktyka szczególnie groźna dla nieletnich. Heroina używana jest w zastrzykach dożylnych i domięśniowych, doustnie oraz pod postacią proszku do wachania, tak jak tabaka. Narkomania heroinowa powoduje po kilku latach ciężkie fizyczne wyniszczenie organizmu, które prowadzi stopniowo do śmierci (statystyczny czas przeżycia narkomana 6—10 lat). Oprócz tego często dochodzi do ostrych zatruc spowodowanych przedawkowaniem, które nierzadko jest przyczyną nagłej śmierci w stanie głębokiej narkozy (szczególnie częste przypadki u młodych narkomanów).

Zależność heroinowa jest zależnością typu morfinowego. Oznacza to bardzo silne i szybko postępujące podporządkowanie się zarówno sfery psychicznej, jak i fizycznej narkotykowi. Każdorazowe jego zażycie daje objawy znakomitego samopoczucia, przynosi błogość i pewność siebie, a często pobudzenie seksualne. Po ustąpieniu tej fazy przychodzi stan niepokoju i załamania, który można usunąć, sięgając po nowe porcje leku. Ponieważ z biegiem czasu dawki muszą być stale podnoszone, po kilku latach nierzadko wielokrotnie przekraczają dawkę początkową. Organizm stopniowo włącza narkotyk do swej przemiany materii, jako jeden z niezbędnych składników, w związku z czym nagłe odstawienie leku powoduje tzw. stan abstynencji, polegającej na wystąpieniu gwałtownego głodu narkotyku i załamaniu się czynności układu wegetatywnego i krążenia. Stan ten może doprowadzić nawet do śmierci wśród objawów zapaści. Nic zatem dziwnego, że narkomani zdolni są do każdej zbrodni, byleby zdobyć potrzebny im środek.

Niezależnie od zmian psychicznych, wywołanych pojawieniem się głodu narkotycznego, wszyscy narkomani w miarę postępu nałogu wykazują coraz większe zmiany osobowości. Stają się skrajnie egoistyczni, amoralni, kłamiwi, nieodpowiedzialni, a w okresach głodu — agresywni. Z reguły wchodzi w konflikt z prawem. Niekiedy zarówno przedawkowanie, jak i przejściowe odstawienie leku mogą wywołać u nich przemijające stany majaczeniowe. Do zależności lekowej typu morfinowego prowadzi, również w Polsce, nadużywanie leku o nazwie fabrycznej Dolantyna.

Groźne i masowe rozmiary przyjęła w Ameryce Północnej, a w Europie przede wszystkim w Szwecji, epidemia uzależnienia

od leków pobudzających. Chodzi tu głównie o tzw. związki amfetaminowe (bardziej znane nazwy patentowe to: Psychedryna, Benzedryna, Perwityna) oraz fenmetrazynę (Preludin, Gracidin). Środki te, stosowane w odpowiednich dawkach, usuwają zmęczenie, zaostrzają uwagę oraz odchudzają. W dużych dawkach pobudzają aż do euforii, aktywizują ruchowo, podniecają seksualnie. Ponieważ działanie doustne jest stosunkowo słabe, prawdziwi nałogowcy wstrzykują sobie te preparaty dożylnie, po kilkadziesiąt ampułek dziennie. Prowadzi to do szybkiego wyniszczenia organizmu, a zwłaszcza do znacznych zwyrodnień ośrodkowego układu nerwowego. U osób dotkniętych tą zależnością lekową nierzadko obserwuje się powikłania psychiatryczne pod postacią stanów majaczeniowych, napadów nieoczekiwanej wściekłości itp.

Haszysz został masowo rozpowszechniony w latach sześćdziesiątych, w krajach objętych epidemią zależności lekowej. Znajduje się głównie w papierosach zawierających marihuanę. Występuje w postaci rozdrobnionego kwiatostanu i liści konopi indyjskich. Zwykle mieszany bywa z tytoniem. Ponieważ zależność spowodowana tym środkiem ogranicza się niemal całkowicie do sfery psychicznej, a nie fizycznej, to nawet nagłe jego odstawienie nie pociąga niebezpieczeństwa zapaści lub śmierci (wiele osób uważa marihuanę za używkę w rodzaju tytoniu, czarnej kawy lub wina. Większość badaczy nie godzi się jednak z tym poglądem). Haszysz daje poczucie błogostanu, któremu towarzyszy charakterystyczny brak świadomości czasu, uczucie szczególnie nierealności przeżywanych zjawisk oraz nadwrażliwość na bodźce wzrokowe, słuchowe i inne. U wielu ludzi stanowi temu towarzyszącą iluzję i omamy, głównie wzrokowe. Przy nieco większych dawkach dość często wielu ludzi, zwłaszcza młodych, podejmuje w stanie przymglonej świadomości działania gwałtowne, niczym nie umotywowane, decyduje się na czyny agresywne, niebezpieczne dla otoczenia. Dlatego, jak również ze względu na fakt, że dłuższy nałóg prowadzi do psychopatyzacji osobowości i ośpienia intelektualnego, szkodliwość tej zależności jest oczywista.

Na specjalną uwagę zasługują środki wywołujące ostre psychozy o barwnym obrazie klinicznym, przede wszystkim natury majaczeniowej. Czołowym przedstawicielem tej grupy jest LSD-25 (Delyzyd), rzadko obecnie używany w postaci czystej. Ze względu na stosunkowo łatwy cykl produkcji (ze sporyszu) środek ten jest masowo wytwarzany w USA w potajemnych „go-rzelniach”. Otrzymywany w ten sposób delyzydowy „bimber” zawiera jednak mało LSD-25 (dwuetyloamid kwasu lizergowego),

natomiast bardzo wiele DMT i T-9 (dwumetylo- i dwuetylotryptaminy), które działają intensywniej, jeżeli chodzi o obraz kliniczny, ale i bardziej trująco.

LSD-25, Psylocybina, Peyotl, Meskalina — to środki o dość zbliżonej strukturze chemicznej. Mimo szeregu swoistych różnic w działaniu ogólnie można stwierdzić, że wywołują one krótkotrwałe (w zależności od dawki) psychozy, o bardzo barwnych, kolorowych omamach i iluzjach, którym towarzyszy silne — nie zawsze zresztą przyjemne — zabarwienie uczuciowe. Następują też: zerwanie związku z rzeczywistym światem, nastawienie wielkościowe, „kosmiczne” przeżycia, „zatrzymanie” lub przyjemne „przyspieszenie” czasu, marzenia o treści erotycznej, derealizacja, a często depersonalizacja. Środki te dają pełne oderwanie od przyziemnych spraw tego świata, tym intensywniejsze, im bardziej chwiejna jest struktura osobowości człowieka poddającego się ich działaniu. Stąd ich odwieczna kariera, która rozpoczęła się w Ameryce Środkowej i Południowej, a obecnie rozszerzyła się na cały świat. W Polsce krótkotrwałe psychozy — co prawda dużo mniej barwne, a ponadto przebiegające z dużym podnieceniem ruchowym — wywoływane bywają nadużywaniem Parkopanu lub innych środków antycholinergicznch.

Wśród wyżej wymienionych środków jedynie Parkopan jest dość powszechnie stosowany w leczeniu stosunkowo rzadko występujących zespołów neurologicznych. Pewne bardzo ograniczone znaczenie w lecznictwie mają takie pochodne makowca, jak opium i morfina, niektóre pochodne amfetaminowe oraz psychodyleptyki. Ich znaczenie zmniejsza się jednak z roku na rok ze względu na wprowadzanie do terapii coraz to nowych i mniej niebezpiecznych preparatów. Ustawodawstwo większości krajów, w tym także i Polski, zakazuje wprowadzania do handlu heroiny i haszyszu.

Zależność lekową, jak się ostatnio okazało, może jednak wywoływać cały szereg leków uważanych do niedawna na zupełnie niewinne, sprzedawanych nawet bez recept, często w drogeriach lub kioskach. Pomysłowi narkomani oszałamiają się substancjami znajdującymi się poza lekospisami i to często nie mającymi nic wspólnego z medycyną.

Okazało się, że wieloletnie używanie, a później nadużywanie banalnych środków przeciwbólowych, nasennych lub uspokajających prowadzi w końcu do zależności lekowej zbliżonej do zależności typu alkoholowego, a niekiedy nawet — morfinowego. Odstawienie ich wywołuje głód (zwykle zresztą bez komponenta fizycznej abstynencji), który popycha do nadużyć, oszustw, kra-

dzieży, kłamstwa, agresji. Lekomania również prowadzi do psychopatyzacji osobowości, a nierzadkie są przypadki powikłań zależności, które się objawiają występowaniem stanów majaczeniowych, napadów drgawkowych, depresji, wybuchów nieoczekiwanej agresji itp.

Środki pozalekarskie zażywane są zarówno doustnie (np. Ixi), jak i przez wziewanie par substancji płynnych, rozlewanych na ciepłe powierzchnie (kaloryfery, piecyki elektryczne, żelazka). Stosowane jest też wchłanianie płynów, którymi zwilżano chusteczkę do nosa. Tri, Toluen, eter, benzyna itp. środki wziewne dają krótkotrwałe oszołomienie, podobne do alkoholowego. Używane systematycznie powodują (jako rozpuszczalniki otoczek komórkowych) wyniszczenie organizmu, a zwłaszcza znaczną degenerację układu nerwowego.

W ostatnich latach w kręgach niektórych patologicznych grup społecznych rozpowszechnił się szczególnie niebezpieczny dla zdrowia zwyczaj oszałamiania się „koktajlem” różnych środków psychotropowych. Narkoman zażywa kilka różnych substancji jednocześnie; aplikuje sobie na przykład środki uspokajające i nasenne, alkohol i marihuanę, marihuanę i LSD, alkohol, marihuanę i amfetaminy. Ze względu na pochodzenie tego sposobu, przyjęło się w literaturze europejskiej określenie: „der amerikanische Rausch”.

Psychiatra szwedzki, N. Bejerot, zwraca uwagę na szczególne niebezpieczeństwo, jakie pociąga za sobą nadużywanie leków psychotropowych. Wyraził on pogląd, że choć nadużycie leku może być przejawem zaburzeń psychopatologicznych lub wynikiem zakłócenia kontaktów ze środowiskiem, to ugruntowane przyzwyczajenie do leku przestaje być objawem, a staje się zespołem chorobowym samym w sobie. Jego rozwój zatem nie może być zahamowany przez usunięcie czynnika, który doprowadził do sięgnięcia po lek.

Nałóg ma siłę i charakter popędu; może być traktowany jako sztucznie ukształtowany popęd, wzmacniany pod wpływem chemicznego pobudzania ośrodka przyjemności. Bejerot powołuje się przy tym na obserwacje świadczące o tym, że zależność lekowa może pojawiać się spontanicznie także u owadów i zwierząt.

Przykładem nałogu u ludzi może być palenie tytoniu, które też jest toksykomanią, mimo pozornie małych skutków chorobowych i niskiej śmiertelności. Większość ludzi zaczyna palić w wieku kilkunastu lat po to, aby upodobnić się do dorosłych. Na początku palenie nie sprawia przyjemności, a nawet powo-

duje bóle głowy i wymioty. Decyzja palenia jest więc w pewnym stopniu rodzajem ofiary składanej na rzecz przyspieszenia dojrzałości. Po trzydziestu latach motywy będące dotychczas jedyną przyczyną rozpoczęcia palenia przestają już działać, ale nałóg pozostaje. Porzucenie palenia jest niesłychanie trudne, gdyż w międzyczasie rozwinęła się zależność organizmu.

Przykład powyższy pozwala nam stwierdzić, że przyczynami popadania w zależność lekową nie są ani konkretne zaburzenia osobowości, ani szczególne sytuacje społeczne. W zasadzie każda osoba może popaść w zależność, jeżeli podawane jej będą określone środki, w określonych dawkach i przez wystarczająco długi okres. Im silniejsze będą te środki i im przyjemniejsze dawać będą doznania, tym szybciej i silniej rozwinie się zależność. Na przykład przy podawaniu kokainy i heroiny wystarczy kilka tygodni, aby każdy stał się narkomanem, jeżeli stale zażywać będzie odpowiednio duże dawki.

Istnieje niewątpliwie podstawowa różnica między zależnością lekową a nadużywaniem leków. Nawet jeżeli pewne przejściowe stadia utrudniają rozróżnienie, to dla specjalisty granica między zależnością i nadużywaniem jest widoczna. W wypadku nadużywania osobnik panuje nad zażywaniem środkiem przy pomocy własnej woli. Po pewnym czasie jednak, zależnie od rodzaju środka, dawki, częstotliwości, sposobu zażywania oraz indywidualnych właściwości nadużywania, przechodzi w zależność, przyjmującą charakter podstawowego popędu. Osoba zażywająca traci panowanie nad środkiem. Zależność podporządkowuje sobie osobowość i sposób życia człowieka. Rozwinięta zależność lekowa, przybierając charakter i siłę naturalnego popędu, nie od razu pozbawia człowieka możliwości kontroli nad zażywaniem leku. Pewna zdolność panowania nad swym zachowaniem pozostaje.

Przez długi okres czasu osoba, która popadła w zależność, próbuje ukryć fakt zażywania leku oraz kierować nałogiem w taki sposób, aby nie przekroczyć społecznie akceptowanych norm. Alkoholik np. długo próbuje być trzeźwy w pracy.

Można zauważyć, że nierzetelność i symulacja, tak charakterystyczne dla narkomanów, są właściwie mechanizmem obronnym dla zapewnienia sobie możliwości zaspokajania popędu. Ten objaw, który można by nazwać pseudopsychopatią, występuje wyraźnie nawet wówczas, gdy osobnik nie wykazywał żadnych zaburzeń psychopatologicznych przed poddaniem się nałogowi. Takie zachowania stwierdzamy nie tylko u narkomanów. Na przykład osobnicy znani z rzetelności i szlachetności w bardzo wielu sytuacjach życiowych kłamią i oszukują (choćby gdy mają

do ukrycia miłość pozamałżeńską, w którą są mocno zaangażowani emocjonalnie).

Wielu narkomanów identyfikuje nałóg z formą zaspokajania popędu seksualnego. Stąd taka ich niechęć do zaakceptowania propozycji, jaką jest przerwanie zażywania leku. Któż z ludzi cierpiących na zaburzenia seksualne zaaprobowałby propozycję kastracji, jako formę uleczenia ich dolegliwości?

Psychiatra Rado określił lapidarnie sytuację narkomana: „Pacjent nie cierpi na swoją chorobę, ale cieszy się nią”. Nie zna czy to, aby narkoman nie miał świadomości, iż jest uwikłany w poważne trudności. Jednakże emocjonalne „za” nałogiem jest silniejsze od „przeciw” i z reguły prowadzi do zgody na dalsze zażywanie środka. Wiadomo na przykład powszechnie, że alkoholik może przepić wszystkie swoje pieniądze, poświęcić dla nałogu stanowisko, pozycję rodzinną i społeczną — wszystko co dawniej było dla niego najważniejsze. A oto jedyne możliwe wyjaśnienie takiej postawy: bolesne straty równoważy satysfakcja, jaką daje alkohol.

Siła woli i pożądanie często kolidują ze sobą w codziennym życiu. Otyli z reguły pragną schudnąć. Żądza jedzenia jest jednak silniejsza niż to pragnienie. Otyli wykazują w ogóle wiele wspólnego z narkomanami. Nie są zdatni do ograniczania liczby i wielkości posiłków, mimo ostrych zaleceń lekarskich. Nierzetelnie informują o tym, ile i co jedzą; okłamują lekarza, że zachowują dietę, choć waga ciała wskazuje na coś wręcz odwrotnego. Jeżeli się umieści ich w szpitalu, aby pozbyli się nadwagi, przemycają niedozwolone posiłki. Wypisani ze szpitala, bardzo często powracają do obżarstwa. Chętnie leczą skutki obżarstwa (dolegliwości sercowe, naczyniowe), natomiast niechętnie akceptują propozycję usunięcia przyczyny. Podobnie alkoholicy chętnie leczą swe choroby układu pokarmowego, bezsenność i rozdrażnienie, ale z ociąganiem rezygnują z alkoholu. Palacze również chcieliby się wyleczyć z zapalenia oskrzeli i pozbyć uczucia niesmaku, ale nie kosztem zaprzestania palenia papierosów.

NIEKTÓRE ASPEKTY WALKI Z EPIDEMIĄ ZALEŻNOŚCI LEKOWEJ

Zasady zwalczania masowych epidemii zależności lekowych uwzględniać muszą zarówno profilaktykę, jak i działanie do-
razne. Dlatego szczególną rolę mogą spełniać:

— zarządzania administracyjne uniemożliwiające swobodny handel środkami powodującymi zależność;

— szybka izolacja i rozbicie zdemoralizowanych grup, narzucających otoczeniu swój patologiczny styl życia;

— dyskretna, ale skuteczna kontrpropaganda, której adresatem będą raczej określone środowiska, a nie ogół ludności;

— opracowanie przez pedagogów i psychologów zasad bardziej skutecznego i atrakcyjnego oddziaływania na młodzież w celu zaangażowania jej w budowę nowego społeczeństwa, pozytywnie wykorzystującego wysoki rozwój techniki, a nie podporządkowującego jej człowieka;

— wielospecjalistyczne badania nad modelem współczesnej rodziny.

Polska, w odróżnieniu od krajów kapitalistycznych, znajduje się w dużo lepszej sytuacji, jeżeli chodzi o wytwarzanie, dystrybucję, import i kontrolę leków. Wszystkie te czynności kontrolowane są bowiem przez państwo. W wielu jednak przypadkach ingerencja państwa nie jest wystarczająca, gdyż wielu przepisów nie przestrzega się bezwzględnie. W praktyce spotykamy się np. z faktem, że aptekarze sprzedają w małych ilościach „niewinne” środki nasenne i uspokajające (kodeinę, eter) każdemu, kto o nie poprosi. Uparty narkoman poświęca parę godzin dziennie na odwiedzenie wielu, coraz to innych, aptek, aby zdobyć potrzebną dawkę środka oszałamiającego. Kontrola recept również nie jest zbyt dokładna. Stosunkowo łatwo można otrzymać lek na recepty sfałszowane.

Jednym ze środków ingerencji państwa w walce z zależnością lekową i narkomanią może być rezygnacja z leków, których działanie lecznicze jest znacznie mniej efektywne niż niebezpieczeństwo wywołania zależności. Do takich leków należą: związki amfetaminowe, niektóre środki nasenne, Fenmetrazyna itp. Przykładem może być np. heroina, skreślona w Polsce z lekośpisu, lub Talidomid, którego nigdy nie wprowadzono do sprzedaży.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że odpowiednie i bezwzględne egzekwowanie postanowień prawa karnego może być środkiem w walce z narkomanią. Art. 161 KK mówi: *Ktokolwiek, nie będąc do tego uprawniony, udziela innej osobie środka odurzającego albo nakłania do zażywania takiego środka, podlega karze pozbawienia wolności do lat 5.* O tym, że ostre restrykcje działają skutecznie, przekonuje przykład Japonii, gdzie potężną epidemię zależności amfetaminowej zwalczono w latach pięćdziesiątych przede wszystkim wprowadzeniem bezwzględnych rozporządzeń administracyjnych.

Niezależnie od konieczności walki z ewentualnym nasycaniem rynku środkami wywołującymi zależność oraz z samymi handla-

rzami tymi środkami, podstawowe działanie prewencyjne musi się oprzeć na wypracowaniu zasad postępowania z dziećmi i młodzieżą. Należy umiejętnie kierować zainteresowaniem młodych ludzi na sport i turystykę, akcje społeczne, sprawy polityczne, włączyć ich do atrakcyjnych, na szeroką skalę zakrojonych działań. Są to metody stare jak świat, ale niezawodne. Bez względu nie należy rozбивać patologiczne „ruchy społeczne” typu „hippisów”, „git-ludzi” itp., ponieważ za pseudoliberalnymi hasłami, które są przez nich głoszone, kryje się jedynie niezdolność do adaptowania się w warunkach wysokich wymagań cywilizacji, pokrywana pseudohumanistycznymi frazesami dla „uratowania twarzy”.

Ruchy tego typu zawsze staczają się w anarchię i są zdecydowanie aspołeczne. Doświadczenie wielu krajów i wielu epok uczy, że jedynie praca, nawet wykonywana w trudnych warunkach, oraz przymusowa dyscyplina mogą uchronić taką młodzież przed upadkiem.

Ponieważ jedną z przyczyn bezkrytycznego poddawania się stanom oszołomienia (często grupowego) jest bezsensowna moda, chęć zwrócenia na siebie uwagi niezwykłością czynu lub pragnienie pokazania, że nie jest się gorszym, propaganda skierowana przeciwko tego typu zachowaniom powinna być bardzo ostrożna i przemyślana. Angażowanie telewizji, radia i prasy do akcji profilaktycznej może bowiem dać skutki niezamierzone, zwłaszcza gdy artykuły lub audycje nie będą wolne od pewnej sensacyjności. Zachęca one raczej do przeżycia czegoś niezwykle, niż będą napawać odrazą i lękiem.

Propaganda powinna być zaadresowana do osób lub grup, które znalazły się już w kręgu zagrożenia. Przeprowadzana musi być w sposób spokojny, rzeczowy, konkretny.

Ponieważ u podstaw ucieczki od rzeczywistości w świat fantazji i zapomnienia często leżą rzeczywiste trudności adaptacyjne, mające źródło w złym przygotowaniu do życia przez rodzinę, wadliwym zorganizowaniu młodzieży programu obowiązków, kryzysie postaw wynikłym z przejściowego okresu technizacji, z rozpadu starego, patriarchalnego modelu rodziny itp., niezbędne jest stałe przystosowywanie młodzieży do życia we współczesnych warunkach.

5. ZABURZENIA PSYCHICZNE WYWOŁANE URAZEM PSYCHICZNYM

Zaliczamy do nich nerwice i psychozy reaktywne. Blźszego wyjaśnienia wymaga samo pojęcie urazu psychicznego. Należy je traktować bardzo szeroko i z uwzględnieniem indywidualnych cech człowieka, który tego typu urazu doznaje. Urazem psychicznym jest niewątpliwie wielkie nieszczęście, takie jak np. śmierć kogoś bliskiego, ale dla konkretnej osoby urazem o nie mniejszej sile działania może być nawet słowo, obojętne w swej treści dla wszystkich innych. Gwałt dokonany na „porządnej” dziewczynie jest dla niej wielkim wstrząsem, gwałt na prostytutce nie wyzwala w jej psychice żadnych większych zaburzeń. Poza tym, jak wykazały badania Pawłowa i jego uczniów, siła reakcji na uraz psychiczny zależy od typu układu nerwowego człowieka.

Poważne zmiany w psychice wywołują nie tylko urazy o jednorazowym, gwałtownym działaniu. Równie niebezpieczne następstwa mogą mieć drobne, ale stałe, przez długi okres czasu powtarzające się przykrości, zawody i niepowodzenia życiowe, które skrycie, stopniowo niszczą odporność psychiczną, powodując stan frustracji. Nerwice, wywołane w ten ostatni sposób, noszą obrazową nazwę „nerwic korozyjnych” (od słowa „korozja”, oznaczającego powolne niszczenie konstrukcji metalowych pod wpływem niedostrzegalnych z dnia na dzień działań atmosferycznych).

Uraz psychiczny jest czynnikiem szkodliwym tylko w odniesieniu do psychiki; nie może bezpośrednio dotyczyć wątroby, kości czy płuc. Jednakże w odniesieniu do procesów psychicznych może on mieć siłę niszczącą odpowiadającą wybuchowi wulkanu lub powodzi. Bez względu na formę tego urazu — a bywa nim słowo, dźwięk, obraz, przeżycie emocjonalne o większym lub mniejszym znaczeniu i inne — działanie jego może być natychmiastowe lub przeniesione w czasie na okresy dni, tygodni, miesięcy lub lat. Niekiedy osoba poddana urazowi psychicznemu orientuje się w pełni co do jego istoty, niekiedy zaś może on działać z głębi podświadomości, przekształcony tak znacznie, że trudno związać go z przebytą kiedyś konkretną, uszkadzającą psychikę sytuacją.

Frustracją nazywamy stan emocjonalnego napięcia, objawiający się mniej lub więcej jawnym niezadowoleniem z życia, spowodowany niepowodzeniami w osiąganiu pożądaných celów życiowych. Większość urazów psychicznych ma swoją genezę w wadliwych układach społecznych. Bezproduktywna zawiść, pieniaćstwo, złośliwe wzajemne utrudnianie sobie życia, niespra-

wiedliwe traktowanie podwładnych, wadliwie ustawione życie seksualne, niehigieniczny tryb życia, narkotyzowanie się alkoholem itp. — wszystkie te codziennie spotykane, typowe dla współczesnego społeczeństwa wadliwe sytuacje międzyludzkie i nałogi stwarzają niewątpliwie nerwicorodną atmosferę, na którą narzeka się obecnie niemal w całym cywilizowanym świecie.

NERWICE (PSYCHONERWICE)

W chwili obecnej *nerwica* i *psychonerwica* są określeniami synonimowymi. Terminy te odnoszą się w swej treści do jednego z najbardziej ważnych działów nie tylko psychopatologii, ale i medycyny.

Wydaje się, że nie będzie przesady, jeżeli psychonerwice nazwiemy nie tylko najbardziej rozpowszechnionymi, lecz również najbardziej charakterystycznymi chorobami XX wieku. Doniesienia z całego świata podkreślają stały wzrost występowania zarówno schorzeń, które od dawna tradycyjnie traktowane były jako cielesne, a których psychogeny charakter ustalono w miarę postępu wiedzy; jako przykład można tu wymienić nadciśnienie samoistne oraz chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy.

Zaznaczyć należy, że brak jest dokładnych statystyk, potwierdzających te ogólne spostrzeżenia. Składa się na to wiele przyczyn. Najważniejsze z nich można scharakteryzować następująco:

1. Większość chorych na psychonerwice nie trafia nigdy do szpitali, w związku z czym dolegliwości ich nie są dokładnie opisane, a sami chorzy nie są przebadani i zarejestrowani.

2. Większość chorych „ambulatoryjnych” stara się leczyć prywatnie, co wypływa z natury ich choroby, wyolbrzymiania objawów, lękliwości, przesadnie złego przekonania o swym stanie, braku wiary w wiedzę lekarską, potrzeby sugestywnego traktowania itp. Z tych samych powodów duży odsetek pacjentów leczy się u znachorów. Jak wiadomo, tajemnice gabinetów prywatnych, a tym bardziej znachorskich, nie przedostają się do powszechnie dostępnych statystyk.

3. Dużemu odsetkowi tych chorych postawiono fałszywe rozpoznanie — przeważnie rejestrowani są jako cierpiący na inną chorobę.

Mimo tych zastrzeżeń, sporządzane w przybliżeniu statystyki niemieckie, szwajcarskie i amerykańskie oceniają liczbę pacjentów, zgłaszających się do lekarzy bez jakichkolwiek zmian organicznych, na 50—60%. W naszym kraju odsetek ten jest być może niższy, na pewno jednak dość wysoki, aby problem psy-

chonerwic uznać za ważny nie tylko z medycznego punktu widzenia.

Podanie krótkiej, zamkniętej w jednym zdaniu definicji nerwicy wydaje się być trudne. Dlatego przedstawię zestawienie najważniejszych, charakterystycznych cech tej choroby, występujących zawsze bez względu na różnorodność jej postaci.

Do swoistych cech psychonerwic zaliczamy:

- 1) urazy psychiczne jako czynnik wywołujący;
- 2) brak objawów uszkodzenia organicznego tkanek, a w szczególności ośrodkowego układu nerwowego;
- 3) zaburzenia psychiczne o charakterze zmian ilościowych, a nie jakościowych (osobowość nie zmieniona);
- 4) większość zaburzeń dotyczy życia emocjonalnego. Zaburzenia te (lęk, depresja, brak stabilizacji uczuć) zdają się być pierwotnymi objawami, na których kanwie rozwijają się inne;
- 5) poczucie choroby zachowane, a nawet wyolbrzymione;
- 6) zmiany psychiczne, a także fizyczne w zasadzie odwracalne, bez następstw;
- 7) przebieg przewlekły, tendencje do nawrotów;
- 8) obraz kliniczny przeważnie odpowiada któremuś ze znanych zespołów nerwicowych, a w szczególności:
 - a) neurastenii,
 - b) hysterii,
 - c) psychastenii,
 - d) nerwicy z natręctwami,
 - e) nerwicy ze skargami hipochondrycznymi lub przyjmuje inną postać.

O rozpoznaniu nerwicy decyduje stwierdzenie w wszystkich wymienionych cech występujących w zespole. Poszczególne punkty pozwalają odrzucić, przy różnicowaniu, inne choroby lub zespoły, bardzo często ogromnie zbliżone do nerwic obrazem lub etiologią.

Dla lekarza ogólnie praktykującego, a także dla ogółu pacjentów, wyrażenie „psychonerwica”, a jeszcze bardziej „nerwica”, ma przede wszystkim pewien czysto praktyczny sens — oznacza ono, że mimo psychogennej przyczyny choroby pacjent nie jest jeszcze w całym tego słowa znaczeniu chory psychicznie. Inaczej mówiąc, nerwice są to czynnościowe choroby — z udziałem psychiki — których przy definiowaniu pojęć: zdrowia i choroby, nie można uznać, że społecznego punktu widzenia, za istotne choroby psychiczne.

Poniżej podaję opis kilku najczęściej spotykanych nerwic:

Neurastenia jest nerwicą spowodowaną wyczerpaniem komó-

rek kory mózgowej nadmiernym obciążeniem. Przyczyną jest długotrwałe przemęczenie psychiczne i fizyczne, do którego dołączają się drobne, ale przykre i ciągle powtarzające się urazy psychiczne. Jest to więc choroba dyrektorów, dziennikarzy, księgowych itp. — ludzi zajmujących odpowiedzialne stanowiska, wymagające ciągłego napięcia nerwowego i rzadko kiedy dające poczucie zadowolenia z własnej pracy. Do neurastenii najlepiej pasuje, wprowadzone przez amerykańskiego psychologa, polskiego pochodzenia, Zawadzkiego, określenie: „nerwicy korozyjnej”, tzn. powstałej jakby w następstwie stopniowej „korozji psychicznej”. Mamy tu zjawisko analogiczne do korozji metali. Drobne, zdawałoby się nic nie znaczące „nadżerki”, trwające przez dłuższy czas, powodują w końcu tak znaczne uszkodzenie „mechanizmu”, że w widoczny sposób upośledzają jego funkcję. Ważnymi czynnikami usposabiającymi do wywołania neurastenii są schorzenia ogólnie osłabiające organizm, takie jak: infekcje, anemizacja, zatrucia różnego rodzaju (np. zawodowe), które podkopują siły ustroju i przez to obniżają także wydolność układu nerwowego.

Objawy neurastenii są podobne do tych, jakie występują w zespole neurastenicznym (patrz część ogólna). W okresie początkowym chorzy skarżą się przede wszystkim na brak opanowania, wybuchowość, płaczliwość, rozdrażnienie, zaburzenie snu i osłabienie potencji. Do tego dołączają się liczne zaburzenia wegetatywne, takie jak np.: „bicie” serca i bóle w okolicy serca, bóle głowy, zaburzenia jelitowe, skłonność do rumienienia się i blednięcia. Neurastenik, mimo zaznaczonego już wyraźnie obrazu chorobowego, może niezwykle wydajnie pracować, co pozostaje w wyraźnej sprzeczności z nieustannymi jego skargami na swoje zdrowie.

W odróżnieniu od innej nerwicy — hysterii — neurastenicy zwierają się jedynie osobom zaufanym, a przed szerszym otoczeniem ukrywają wstydliwie swe kłopoty.

Zbyt intensywna praca prowadzi w końcu neurasteników do całkowitego załamania, kiedy to przechodzą oni okres bezsilności i nieprzydatności życiowej. Wystąpić może głębokie przygnębienie, aż do depresji. Pojawić się mogą lęki, fobie i natręctwa, wrażenie utraty pamięci, niemożność skupienia uwagi. Objawy te potęgują się sztucznie, ponieważ pacjenci nadmiernie je analizują.

Histeria jest nerwicą o bardzo skomplikowanym i różnorodnym obrazie klinicznym. Wydaje się, że przed kilkudziesięciu laty zbyt szeroko i łatwo rozpoznawano tę chorobę, dzięki czemu stała się modna i pojęcie o niej przybrało w szerokich krę-

gach społeczeństwa postać w pewnym stopniu zwulgaryzowaną. W rzeczywistości, histeria jest nerwicą rzadko raczej spotykaną — i jak się zdaje — występuje głównie u osób predysponowanych do tego pewnymi rysami osobowości. Zwrócił na to uwagę Pawłow twierdząc, że histeria pojawia się przede wszystkim u typów słabych, z przewagą pierwszego układu sygnałów nad drugim — u tzw. „artystów”. Obrazowo nazwał on histeryków „patologicznymi artystami”.

W większości wypadków histeria rozpoczyna się nagle, jako reakcja na jakąś trudność życiową — chory nie znajdując wyjścia z sytuacji, reaguje napadem drgawek, „biciem” serca, porażeniami itp., szukając nieświadomie w chorobie ucieczki od przykrek rzeczywistości. Objawy te mają piętno nienaturalności teatralnej; chory wyraźnie „gra” swoją chorobę przed otoczeniem. Z tego powodu histerycy są z reguły posądzeni o symulację. Należy jednak pamiętać, że histeria jest istotnie chorobą. Histeryk mimo swej teatralności, nie „produkuje” swoich objawów w celach świadomie oszukańczych; ma on głębokie poczucie choroby. Co prawda, szuka w niej ucieczki przed trudnościami życiowymi, ale celowość produkowanych objawów jest nieświadoma. Traktowanie histeryków jako symulantów pogarsza ich stan zdrowia i opóźnia wyleczenie.

Objawyистерии są najbardziej różnorodne i mogą imitować różne cierpienia cielesne i psychiczne. Z tego względu nazywa się tę nerwicę wielką naśladowczynią. Ogólnymi cechami isterii są:

- 1) nienaturalność, teatralność w zachowaniu się i postępowaniu oraz w objawach chorobowych. Chory gra swoją chorobę jakby na scenie, objawy potęgują się wobec liczniejszego audytoryum, znikają zaś, gdy pacjent jest sam. Histeryk jakby stara się wzbudzić współczucie dla swej choroby, udowodnić wszystkim, że jest śmiertelnie chory;

- 2) drażliwość i uleganie sugestii, to znaczy podatność na słowo mówione;

- 3) brak wytrwałości, niechęć do rozumowego pokonywania trudności życiowych. Histerycy nie potrafią znaleźć wyjścia z trudnej sytuacji, reagują płaczem, krzykiem lub porażeniami histerycznymi.

Spśród najczęściej spotykanych objawów isterii wymienić należy:

- 1) napady drgawkowe — przypominające duże napady drgawkowe w padaczkę;

- 2) różnego rodzaju porażenia, będące następstwem lokalnych ognisk zahamowania w korze mózgowej — porażenia rąk, nóg,

zaniemówienie lub ogłuchnięcie histeryczne, znieczulenie np. pociśnięcie skóry okrywanej szarfą, rękawiczką itp.;

3) napady krzyku, śmiechu, czkawki, podniecenia ruchowego itp.;

4) „psychozy histeryczne” — noszą cechy snu hipnotycznego. Pacjent przeżywa w nich różne sceny, które są albo wspomnieniem stanów już przeżytych, albo sugerowane są mimo woli przez otoczenie, albo najczęściej są pewną autosugestią, dzięki której chorey realizuje w świecie urojonym to, czego nie może zrealizować w świecie rzeczywistym — np. żeni się z ukochaną itp.

W przebiegu hysterii zdarzają się również stany automatyczne, podobne do padaczkowych, lunatyzm itp. Zaburzenia psychotyczne w hysterii przebiegają przy pełnym lub częściowym zaniku świadomości. Ważną wskazówkę rozpoznawczą hysterii stanowi wyraźna łączność przyczynowo-skutkowa poszczególnych objawów z przeżyciami. Na przykład: chorey obawia się wymyślań — głuchnie; boi się, że wybuchnie i powie coś niewłaściwego — traci mowę; chorey odczuwa lęk przed udaniem się na front — traci władzę w nogach.

Bezpośrednia łączność przyczyny ze skutkiem nie zawsze jest tu tak łatwa do ustalenia. Niekiedy bodziec wywołujący histerię działał w odległym czasie, nieraz we wczesnym dzieciństwie, i do czasu wystąpienia choroby tłumiony był przez różne mechanizmy obronne psychiki. Okresowe osłabienie układu nerwowego albo niekorzystny układ sytuacji, sprzyjający odnowieniu utajonego urazu, powodują wybuch hysterii, przy czym postępująca z biegiem czasu symbolizacja bodźca etiologicznego utrudnia jego rozpoznanie i co za tym idzie uniemożliwia leczenie przyczynowe.

Psychastenia jest nerwicą spotykaną bardzo rzadko, na ogół występuje u członków tej samej rodziny. Przyczyną jej są te same czynniki, które wywołują neurastenię.

Psychasteników charakteryzuje wzmożona skłonność do bezpłodnego mędrkowania, jałowych rozważań, nie kończącego się analizowania poczyną własnych i cudzych.

Psychastenik postawiony przez życie wobec konieczności wykonania jakiegoś czynu, godzinami zastanawia się, wyszukuje wszystkie możliwe trudności i w końcu — załamany — zamierzonej czynności nie wykonuje. Rozumie on przy tym w pełni błędność swego postępowania, co jednak nie przyczynia się do wzmożenia aktywności, a raczej jeszcze bardziej osłabia jego wolę.

Psychastenii w pełni rozwiniętej towarzyszą natręstwa i lęki,

a niekiedy, jak gdyby kompensacyjnie, pseudologia phantastica. Postępowanie psychastenika nacechowane jest uczuciem lękliwej niepewności i brakiem zaufania we własne siły.

Nerwica natręctw przez niektórych autorów traktowana jest tylko jako specjalna postać psychastenii. Przejawia się ona występowaniem u chorego jednego lub szeregu natręctw podporządkowujących sobie z biegiem czasu całe życie psychiczne pacjenta. Opisano bardzo różnorodne natręctwa, przeważnie związane z zawodem i środowiskiem, w którym przebywa chory, np. krawcowe zadrećcza myśl, że połknęły lub że ich dziecko połknęło szpilkę, lekarza bez przerwy prześladowuje myśl, że zapisał zbyt wysoką dawkę leku na receptę. Natręctwem często spotykanym w miastach jest np. niepewność, czy zakręciło się kurek od gazu.

Mimo że cierpiący na nerwicę natręctw wiedzą o bezsensowności myśli, która ich prześladowuje, nie są w stanie opanować się i przerwać bezpłodnych czynności z nią związanych.

Nerwica ze skargami hipochondrycznymi — jest bardzo rozpowszechniona, przy czym większość pacjentów leczy się u internistów. Chorzy skarżą się na bóle i zaburzenia czynności jednego (np. serca) lub wielu narządów ciała, przy czym badania lekarskie i obiektywne badania laboratoryjne nie potwierdzają choroby. Niewłaściwe leczenie nerwicy może doprowadzić do utraty zdolności do pracy, ponieważ z jednej strony uwaga chorego skupiona jest bez przerwy na analizowaniu zdrowia, a z drugiej strony ciągły stan lęku o życie wywołuje powtarzające się, subiektywnie odczuwane dolegliwości, uczucie napięcia, osłabienie i ogólnie bardzo złe samopoczucie.

PSYCHOZY REAKTYWNE

Podobnie jak w nerwicach, przyczyną psychoz reaktywnych jest uraz psychiczny. W odróżnieniu od nerwic, mamy tu do czynienia z bardzo głębokimi jakościowymi zaburzeniami psychicznymi, doprowadzającymi do całkowitego zerwania więzi społecznych, upośledzenia czynności intelektualnych, gwałtownych zmian emocjonalnych, a często i zniesienia świadomości. Uwagi powyższe dotyczą oczywiście tylko okresu choroby, ponieważ psychozy reaktywne leczą się na ogół bardzo dobrze i nie pozostawiają po sobie trwałego defektu.

Przeważnie bezpośrednią przyczyną wybuchu psychozy jest jednorazowy ciężki uraz, np. katastrofa kolejowa, samochodowa, śmierć ukochanej istoty, aresztowanie, nalot itp. Rzadziej rozpoczyna się ona w następstwie drobnych, ale ciągle powtarzających się urazów psychicznych, np. u prześladowanego ucznia w szkole, przepracowanego urzędnika itp.

Schorzenia te występują szczególnie łatwo u ludzi słabych psychicznie i niezrównoważonych oraz u tych, których kora mózgowa znajduje się przejściowo w stanie wyczerpania, a więc w okresie pokwitania i przekwitania, po chorobach zakaźnych, w anemii itp.

Spośród bardzo bogatych i różnorodnych obrazów klinicznych psychoz reaktywnych wyróżnia się kilka najczęściej spotykanych postaci:

1. **Postać rzekomo otepienna.** Objawy przypominają głębokie otepienie intelektualne. Chory nie odpowiada na najprostsze pytania; nie wie ile ma lat, ile jest dni tygodnia, ile palców u rąk, która ręka jest lewa, a która prawa, jaka jest obecnie pora roku itp. W odmianie tej postaci, zwanej zespołem Gansera, chorzy często odpowiadają na opak i wykonują opacznie czynności (np. zapalę pocierają o pudełko odwrotną stroną, klucz wkładają do zamka odwrotnie, na rękę mówią nogą, na deszcz — śnieg). Chorych tych często posądza się o symulację.

2. **Postać osłupieniowa** (osłupienie rzekomo katatoniczne). Chorzy pod wpływem gwałtownego przeżycia wpadają w stan stuporu katatonicznego, często z zaznaczoną katalepsią. Od prawdziwej katatonii postać ta różni się przede wszystkim tym, że obserwacja wykazuje zależność objawów od warunków zewnętrznych, np.: w czasie badania osłupienie zwiększa się, a gdy chory jest sam — objawy zanikają.

3. **Reaktywne stany urojeniowe** wybitnie przypominają schizofrenię paranoidalną, różniąc się od niej początkiem choroby, związanym z konkretną sytuacją oraz łatwością ustępowania objawów (często wystarczy chorego umieścić w spokojnym środowisku).

Obok wymienionych postaci mogą wystąpić psychozy reaktywne o charakterze stanów pomrocznych, majaczeniowych, stanów podniecenia i stanów depresji.

6. ZABURZENIA PSYCHICZNE W PRZEBIEGU PADACZKI

Padaczka charakteryzuje się nie tylko napadami drgawek. U bardzo wielu epileptyków występują również ostre i przewlekłe zaburzenia psychiczne. Głównie z tego powodu wojsko tak stanowczo broni się przed wcielaniem w swoje szeregi dotkniętych tą chorobą, ponieważ niektóre z tych zaburzeń wywołują bardzo niebezpieczne dla otoczenia sytuacje.

Zaburzenia ostre są przeważnie równoważnikami (ekwiwalentami) napadów drgawkowych, czyli występują niejako zamiast

nich. Mogą one przebiegać z zachowaną świadomością, ale prze-
ważnie towarzyszy im zniesienie świadomości. Najbardziej ty-
powy jest tu tzw. **stan pomroczny zwykły**, który polega na tym,
że chory nagle, na przeciąg minuty, godzin lub dni traci całko-
wicie świadomość. Pacjent jest wówczas zdezorientowany co do
miejsc, czasu i otoczenia, trudno z nim nawiązać kontakt, wy-
konuje niedorzeczne czynności. Drażniony, może być niebez-
pieczny dla otoczenia. Stan ten przechodzi nagle, następuje cał-
kowita niepamięć tego, co się w czasie jego trwania działo.

W padaczce może też wystąpić tzw. **stan pomroczny jasny**, któ-
ry również polega na całkowitym wyłączeniu świadomości, jed-
nakże chory w tym stanie niczym nie przypomina nieprzytomne-
go — zachowuje się pozornie poprawnie, prowadzi zwykle roz-
mowy, porusza się swobodnie po świecie itp. Jednakże osobo-
wość chorego jest całkowicie zmieniona, a przy tym często prze-
żywa on przerażające w treści omamy, odczuwa ochotę do agre-
sj, lęk itp. W takiej sytuacji bywa niebezpieczny dla otoczenia.
Kryminologia zna wiele przypadków okrutnych zbrodni doko-
nywanych przez epileptyków w stanach pomrocznych. Do
ostrych zaburzeń psychicznych w padaczce, przebiegających ze
zniesioną świadomością, zalicza się także somnambulizm (luna-
tyzm), tzw. stany automatyczne, włóczęgostwo (dromomania)
i inne.

Do najbardziej typowych ostrych zaburzeń psychicznych, prze-
biegających z zachowaną świadomością, należą **dysforie**, tzn. na-
padowe zmiany samopoczucia trwające godziny lub dni. Nagle
bez jakiejkolwiek przyczyny pacjenci stają się rozdrażnieni, za-
czepni, niezadowoleni, napięci. Kiedy indziej, również bez istot-
nej przyczyny, występuje stan wzmożonego dobrego samopoczucia
i pełnego zadowolenia z życia. Dysforię określa się niekiedy
barwnie jako „złe i dobre dni epileptyków”.

Przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, bardzo często to-
warzyszącymi padaczce, są: otępienie i tzw. charakter padacz-
kowy. Otępienie polega na intelektualnym ograniczeniu chorych,
podobnym do tego, które obserwuje się u starców. Występuje
tu zespół psychoorganiczny oraz znaczne obniżenie wiadomości
szkolnych i zawodowych. Myśli płyną niesprawnie, mowa staje
się powolna i rozwlekła, występuje objaw zwany „niemożnością
wyjścia z tematu” (perseweracja); sądy chorych są naiwne i ego-
centryczne.

Charakter epileptyków cechuje **zaleganie afektu**. Gdy kogoś
lubią, podkreślają to bez przerwy. W rozmowie nie można się
od nich oderwać, są usłużni, przesadnie grzeczni. Gdy poczują
do kogoś złość, stają się niebezpieczni, ponieważ nie można wte-

dy powstrzymać napadu ich gniewu i nienawiści. Najmniejsze krzywdy pamiętają latami i w dochodzeniu swych rzekomych praw zdolni są do zbrodni. Mimo powolności działania są pobudliwi, drażliwi i wybuchowi. Często są przesadnie religijni, przy czym dogmaty wiary interpretują w swoisty, egocentryczny sposób. Z pozytywnych cech charakteru wymienić należy pedanterię, drobiazgową dbałość o czystość i schludność.

W wielu wypadkach charakter padaczkowy towarzyszy otępieniu, a niezależnie od tych dwu zaburzeń przewlekłych, mogą również występować zaburzenia ostre.

Niekiedy poza wymienionymi powyżej zaburzeniami, w przebiegu padaczki obserwuje się i inne objawy, jak np.: stany urojeniowe przypominające schizofrenię, paranoję itp.

the first of these is the fact that the
the second is the fact that the
the third is the fact that the
the fourth is the fact that the
the fifth is the fact that the
the sixth is the fact that the
the seventh is the fact that the
the eighth is the fact that the
the ninth is the fact that the
the tenth is the fact that the

the eleventh is the fact that the
the twelfth is the fact that the
the thirteenth is the fact that the
the fourteenth is the fact that the
the fifteenth is the fact that the
the sixteenth is the fact that the
the seventeenth is the fact that the
the eighteenth is the fact that the
the nineteenth is the fact that the
the twentieth is the fact that the

the twenty-first is the fact that the
the twenty-second is the fact that the
the twenty-third is the fact that the
the twenty-fourth is the fact that the
the twenty-fifth is the fact that the
the twenty-sixth is the fact that the
the twenty-seventh is the fact that the
the twenty-eighth is the fact that the
the twenty-ninth is the fact that the
the thirtieth is the fact that the

the thirty-first is the fact that the
the thirty-second is the fact that the
the thirty-third is the fact that the
the thirty-fourth is the fact that the
the thirty-fifth is the fact that the
the thirty-sixth is the fact that the
the thirty-seventh is the fact that the
the thirty-eighth is the fact that the
the thirty-ninth is the fact that the
the fortieth is the fact that the

the forty-first is the fact that the
the forty-second is the fact that the
the forty-third is the fact that the
the forty-fourth is the fact that the
the forty-fifth is the fact that the
the forty-sixth is the fact that the
the forty-seventh is the fact that the
the forty-eighth is the fact that the
the forty-ninth is the fact that the
the fiftieth is the fact that the

Część druga

WYBRANE PROBLEMY
ZDROWIA PSYCHICZNEGO
ŻOŁNIERZY
W CZASIE POKOJU

Časť druga

WYBRANE PROBLEMY
EDUKACJI PSYCHICZNEJ
JÓZEF KURYŁO
W CZASIE POKOJU

ROZDZIAŁ I

PSYCHOLOGIA I PSYCHOPATOLOGIA TZW. ŻOŁNIERZA WYCHOWAWCZO TRUDNEGO

1. „ŻOŁNIERZ WYCHOWAWCZO TRUDNY”

Pojęcie: *żołnierz wychowawczo trudny* mieści w sobie wielorakie treści. Może ono dotyczyć osobników zdecydowanie patologicznych, z psychozą lub trwałą anomalią charakteru, jak również osób przejściowo niedysponowanych do trudów życia wojkowego, np. z powodu nerwicy; może dotyczyć żołnierzy w zasadzie zdrowych psychicznie — ale nie dość dojrzałych, aby móc przystosować się do specyficznych warunków współżycia w kolektywie żołnierskim, albo też osobników świadomie bojkotujących regulaminy i prawa wojskowe.

Rozpatrując zagadnienie trudności wychowawczych w wojsku, trzeba przede wszystkim pamiętać o tym, że wcielenie do wojska oznacza gwałtowną zmianę w dotychczasowym życiu młodego człowieka.

Jeszcze nie w pełni rozwinięty psychicznie dziewiętnastolatek — zazwyczaj ciągle jeszcze silnie związany z domem rodzinnym, obracający się w zamkniętym kręgu konkretnego środowiska, nie znający świata, ale już „urządzony” lub „urządzający się” zawodowo, nagle zerwać musi z dotychczasowym trybem życia, traci oparcie w rodzicach, znajomych, kolegach. Przenosi się w zupełnie sobie nie znane strony, styka się z nie znanymi sobie ludźmi, musi odstąpić od dotychczasowych przyzwyczajeń i nawyków, staje przed nową dla siebie wiedzą.

Na ogół nie uświadamiamy sobie, że w pierwszym roku służby wojskowej przeciętny żołnierz otrzymuje więcej informacji z dziedziny społeczno-politycznej niż w całym swoim dotychczasowym życiu (z którego 2/3 poświęcił nauce). Do tego dochodzi niemała wiedza fachowo-techniczna.

Wcielenie do wojska jest zatem formą trudnego egzaminu w zakresie zdolności adaptacyjnych. Jest rzeczą oczywistą, że w pełni sprawny psychicznie poborowy, po krótszym lub dłuż-

szym okresie czasu dostosuje się do nowych warunków, sprostą wymaganiom i przekształci się w dobrego żołnierza. Natomiast poborowy z jawnymi lub ukrytymi wadami psychicznymi zareaguje na obciążenie go nadzwyczajnymi obowiązkami ujawnieniem tych wad, pogłębieniem ich albo nawarstwieniem nerwowym.

Definicja przystosowania człowieka do społeczeństwa (bo o taką tu chodzi), mimo swej oczywistości nie jest prosta. Według Wielkiej Encyklopedii Powszechnej PWN „przystosowanie” jest to „proces, lub rezultat procesu, jakiemu podlega psychika człowieka w dążeniu do osiągnięcia stanu równowagi między potrzebami psychicznymi a wymaganiami otoczenia społecznego”... Słownik terminów psychologicznych i psychoanalitycznych³² H. i A. Englishów tłumaczy to pojęcie jako *harmonijny stosunek, występujący między jednostką a otoczeniem, zwłaszcza społecznym, przy zaspokajaniu potrzeb psychicznych i fizjologicznych*. Prof. B. Lewicki w pracy pt. „Metody eksperymentalne w psychologii stosowanej” stwierdza: *przystosowanie polega na pewnego rodzaju odpowiedniości pomiędzy wymaganiami społecznymi środowiska z jednej strony a właściwościami postępowania jednostki z drugiej strony. Odpowiedniość ta nie jest dana z góry, wrodzona człowiekowi..., lecz stanowi produkt procesu wychowawczego, w którym społeczeństwo stopniowo kształtuje dojrzewającą osobowość jednostki, socjalizuje ją, usiłując dostosować do wymagań danej kultury. To podstawowe przystosowanie ulega następnie w ciągu życia dalszym korektom, w związku z dostosowaniem się człowieka do nowych sytuacji życia zawodowego, rodzinnego, politycznego, towarzyskiego. W wypadku gdy proces przystosowawczy nie prowadzi do powstania odpowiedniości między jednostką a wymaganiami społecznymi, mówimy o zaburzeniach w przystosowaniu do otoczenia*.

J. Michalik, polemizując z wyżej wymienionymi definicjami, słusznie zwraca uwagę na nieuwzględnianie w tych sformułowaniach dynamizmu wzajemnych oddziaływań w układzie człowiek—społeczeństwo. W układzie tym człowiek jest nie tylko kształtowany, ale i sam kształtuje. W tej sytuacji żołnierzami trudnymi mogą się stać — niechcąc — nie tylko jednostki aspołeczne, ale i ludzie wartościowi, usposobieni nonkonformistycznie. Może zatem zaistnieć sytuacja, kiedy to żołnierz staje się „wychowawczo trudny” przez nieudolność pedagogiczną wychowawców. O takiej sytuacji, nietypowej, ale niewątpliwie mogącej się zdarzyć, trzeba szczególnie pamiętać wtedy, gdy w ja-

³² H. i A. English, *A comprehensive Dictionary of psychological and psychoanalytical terms*, Nowy Jork 1959, s. 13.

kimś pododdziale „żołnierze wychowawczo trudni” stają się problemem dość nagminnym.

„Żołnierz wychowawczo trudny” jest więc żołnierzem nie przystosowującym się do warunków służby wojskowej.

2. „ŻOŁNIERZ WYCHOWAWCZO TRUDNY” — PROBLEMEM SOCJALNYM

Bez względu na przyczynę nieumiejętności przystosowywania się do środowiska wojskowego, prowadzi ona do różnych negatywnych skutków z punktu widzenia:

- a) pedagogiki wojskowej,
- b) prawa wojskowego,
- c) społeczności wojskowej,
- d) gotowości bojowej pododdziału.

Z punktu widzenia pedagogiki wojskowej (cyt. za J. Michalikiem³³) „żołnierz wychowawczo trudny” to taki, który „nie poddaje się rozlicznym zabiegom wychowawczym; nie działa na niego perswazja, przemawianie do sumienia i ambicji, nie reaguje on pozytywnie na nagrody i kary”. Według prawa wojskowego „trudny żołnierz” to „osobnik, który systematycznie popada w konflikt z przepisami i regulaminem wojskowym oraz z zarządzeniami przełożonych”.

Z punktu widzenia socjologicznego, „żołnierz wychowawczo trudny” nie identyfikuje się z wzorem osobowym typowego obywatela — żołnierza ludowego Wojska Polskiego, wobec czego jego postawa społeczna odbiega ujemnie od odpowiedniego modelu. I wreszcie, w aspekcie gotowości bojowej jest on przykładem destruktywnej jednostki, osłabiającej siłę pododdziału, ponieważ nie można liczyć ani na jego wiedzę wojskową, ani na jego morale.

Obecność w pododdziale „żołnierza wychowawczo trudnego” przynosi szkodę (nie mówiąc o tym, że sam sobie szkodzi) przez swój negatywny wpływ na kolektyw. Żołnierz nieprzystosowany, w skrajnych wypadkach demonstruje się jako, w pewnym sensie, model „antyżołnierza”; wytwarza w pododdziale atmosferę otwartej walki z obowiązującymi przepisami i zwyczajami wojskowymi — walki obserwowanej i żywo komentowanej przez resztę kolegów. Swoją postawą podważa autorytet dowódcy (bo ten nie może dać sobie z nim rady), system kar i wyróżnień, osłabia ambicje aktywnego podnoszenia kwalifikacji bojowych.

³³ J. Michalik, *Zastosowanie psychologii klinicznej do analizy zaburzeń przystosowania w służbie wojskowej* (Praca doktorska), WAP, 1970.

Zatem ujawnienie w jednostce „żołnierza wychowawczo trudnego” musi pociągać za sobą szybkie i konsekwentne działanie. Dowódca natychmiast powinien wytworzyć wokół niego atmosferę braku akceptacji, szybko wyjaśnić przyczynę trudności pedagogicznych i zastosować — w zależności od rozpoznania — bądź próby wychowania indywidualnymi metodami, bądź ostre kary, do usunięcia z wojska włącznie.

Pozostawienie tej sprawy odłożeniem, bez radykalnego załatwienia, ocenione być musi bardzo surowo przez resztę kolektywu. Natychmiast bowiem zachodzi niebezpieczeństwo, że żołnierz taki stanie się dla innych przykładem tego, jak automatycznie zaliczyć sobie służbę wojskową, cynicznie lekceważąc wszelkie polecenia przełożonych. Jeżeli nawet w następstwie ostrego konfliktu dojdzie po pewnym czasie do badania psychiatrycznego i okaże się, że dany osobnik jest psychopata, to i tak zwolnienie go z wojska będzie traktowane przez uległych mu kolegów jako rodzaj „premii” za cwaniactwo, a nie jako karne wydalenie z szeregów wojska nieprzydatnego żołnierza.

3. KLASYFIKACJA TYPÓW OSOBOWOŚCI „ŻOŁNIERZA WYCHOWAWCZO TRUDNEGO”

Jeżeli w ogóle możliwe jest sklasyfikowanie „żołnierzy wychowawczo trudnych” według najbardziej charakterystycznych grup osobowościowych, to z punktu widzenia psychologii i psychopatologii korzystna mogłaby się okazać następująca klasyfikacja (tabela 4).

Grupa A obejmuje żołnierzy w zasadzie zdrowych psychicznie, grupa B osoby z pogranicza zdrowia i choroby, a grupa C osobowości zdecydowanie patologiczne.

Teoretycznie najprościej daje się rozwiązać problem ciężkich psychopatów, niedorozwiniętych oraz chorych na ciężkie nerwice i psychozy (grupa C); po prostu zwalnia się ich z wojska na podstawie odpowiednich przepisów lekarskich, które tę sprawę regulują.

W praktyce jednak bardzo często rozpoznanie wymienionych schorzeń bywa dokonywane zbyt późno. Doświadczenia oddziałów psychiatrycznych szpitali wojskowych wykazują, że w jednostkach wojskowych nierzadko miesiącami przetrzymuje się osobników z ciężkimi wadami charakteru, niedorozwiniętych, a nawet schizofreników. Wynika to najprawdopodobniej z nieznamomości elementarnych podstaw psychopatologii i braku wyrobionych mechanizmów postępowania w takim wypadku. Do-

A	1. Żołnierze zdrowi psychicznie, nie mogący się zaadaptować do warunków służby wojskowej z powodu niewydolności fizycznej 2. Żołnierze w zasadzie zdrowi psychicznie, ale wytrąceni z równowagi psychicznej trudną sytuacją w domu rodzinnym 3. Żołnierze zdrowi, świadomie lekceważący obowiązki służby wojskowej z przesłanek ideologicznych, religijnych, niskiej moralności itp.
B	1. Osobnicy niedojrzali uczuciowo (infantylni) 2. Osobnicy ociężały umysłowo
C	1. Osobnicy z trwałą anomalią charakteru (psychopaci, socjopaci, encefalopaci, charakteropaci itp.) 2. Osobnicy z trwałą anomalią intelektu (niedorozwój) 3. Osobnicy z ciężką nerwicą 4. Osobnicy psychotyczni

piero sytuacja o charakterze wypadku nadzwyczajnego staje się bodźcem do skierowania żołnierza na badania psychiatryczne, często zresztą na wniosek prokuratora.

Wydaje się, że w publikacji niniejszej nie ma potrzeby dokładniej zajmować się żołnierzami grupy A. Są to w zasadzie ludzie zdrowi psychicznie. Jedynie wymienieni w punkcie 1 wymagają ponownego zbadania i uzyskania ostatecznej opinii o ich zdrowiu fizycznym oraz potraktowania zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Sprawa żołnierzy określonych w punktach 2 i 3 grupy A jest nieco bardziej skomplikowana. Nie można bowiem lekceważyć faktu, że pewien odsetek żołnierzy wychowawczo trudnych sprawia sobą kłopoty dlatego, że po prostu nie chce służyć w wojsku. Niechęć ta rodzić się może z przesłanek ideologicznych, narodowościowych, religijnych, ekonomicznych lub rodzinnych.

Nie negując znaczenia pierwszej z tych przesłanek, która w okresie napięć w sytuacji międzynarodowej, a zwłaszcza w okresie wojny, wymagać będzie szczególnie wnikliwej uwagi — chciałbym zaznaczyć, że poważnie liczyć się trzeba z różnego rodzaju sytuacjami ekonomicznymi i rodzinnymi żołnierza, bowiem one w istotny sposób odwracają jego uwagę od zadań szkoleniowych w wojsku i skłaniają do rozmaitych przekroczeń dyscypliny i prawa wojskowego. Bardzo często oba te czynniki idą w parze (np. u żołnierza, który wziął ślub przed wcieleniem

do służby wojskowej i zostawił w domu nie pracującą żonę w ciąży, a następnie z małym dzieckiem — na utrzymaniu skłóconych z nią rodziców).

Prawdziwym nieszczęściem dla dowódców pododdziałów są zwykle tacy żołnierze, którzy przed wcieleniem do wojska uprawiali zawody artystyczne lub pseudoartystyczne, jak różni grajkwie z zespołów tanecznych, specjaliści od tekstów piosenkarских, niedokszałceni plastycy i tym podobni „twórcy”. Mają oni zwykle wygórowane mniemanie o sobie, są zdemoralizowani dobrymi zarobkami, beztroskim trybem życia, nie mają wyrobionych nawyków konstruktywnego postępowania. Ci młodzi ludzie przeważnie zachowują się jak psychopaci, mimo iż nimi nie są. Ich głównym argumentem przeciwko wojsku jest: „ile forsy oni tracą, służąc bezpłatnie tyle miesięcy”.

Żołnierzami wymienionymi w punkcie 2 grupy A zając się musi indywidualnie aparat polityczny. Zazwyczaj udzielenie pomocy w rozwiązaniu trudności życiowych wystarcza, aby ich pozytywnie ustosunkować do wojska.

W stosunku do osób wymienionych w punkcie 3, w razie konieczności, znakomitymi receptami postępowania dysponuje prokurator wojskowy.

4. SZCZEGÓLNY PROBLEM: OSOBOWOŚĆ NIEDOJRZAŁA

Niewątpliwie najwięcej uwagi wymagają żołnierze wychowawczo trudni (wymienieni w grupie B oraz C), których zaburzenia psychiczne są łagodnie nasilone, w związku z czym trudno uchwytnie dla otoczenia. Dotyczy to głównie lżejszych form psychopatii, niedorozwoju umysłowego i nerwic.

Szczególny problem stanowią osobnicy niedojrzali uczuciowo, czyli infantylni. Zagadnienie to jest tym ważniejsze, że dotyczy nie pojedynczych żołnierzy, ale sporej populacji. Wpływają na to zarówno stosunkowo niski wiek wcielonych do wojska poborowych, jak i pewne określone układy kulturalno-socjalne, typowe dla nowoczesnych społeczeństw, o których była już mowa uprzednio.

Obniżenie wieku poborowych do 19 lat, niezbędne z wielu względów natury socjologicznej i politycznej, obciąża wojsko dodatkowym balastem konieczności bardziej pedagogicznego podejścia do odbywających służbę wojskową, ponieważ z punktu widzenia rozwoju osobowości daleko jest jeszcze tej młodzieży do pełnego ukształtowania.

Obraz kliniczny niedojrzałości emocjonalnej cechują: niestałość dążeń życiowych, mała samodzielność, nadmierne uleganie wpływom, brak powagi w zachowaniu, chwiejność emocjonalna, skłonność do prymitywnych zabaw, bez troska, chęć imponowania kolegom za wszelką cenę, na ogół lękliwość w odniesieniu do przełożonych przy niekiedy nieoczekiwanym uporze. Reakcje na różne sytuacje życiowe mają charakter niepoważny, dziecinny: np. żołnierz raz czy drugi skarcony za nieprzepisowy ubiór, teatralnie rozrywa na sobie kurtkę przed frontem pododdziału, zrywa odznaki, usiłuje przeciąć sobie skórę przedramion żyłką; dwaj szeregowcy, muzycy z zespołu jednostki, będąc na przepustce w wojewódzkim mieście w celu zakupienia nut, rozmawiają ze sobą po angielsku w sklepie muzycznym, a do sprzedawcy zwracają się łamaną polszczyzną; zatrzymani przez wezwany patrol WSW tłumaczą się, że chcieli w ten sposób zwrócić na siebie uwagę wyjątkowo przystojnej sprzedawczynie; szeregowiec, niezadowolony, bo rzadko uzyskiwał przepustki, wchodzi na maszt radiowy i tam gra manifestacyjnie na gitarze, aby zwrócić na siebie uwagę dowódców i uskarżyć się na rzekomą krzywdę, która go spotyka.

Brak poczucia odpowiedzialności za sprzęt, trwała awersja do utrzymania porządku i czystości w pododdziale, krytyka rozkazów, skłonność do samowolnych oddaleń — to powszednie grzechy infantyla w mundurze. Konsekwencje tego postępowania — kary — nierzadko nie wychowują go, lecz załamują. Po pewnym czasie zaczyna on reagować nerwicznie, przeważnie histerycznie lub depresją, co pociąga za sobą kolejne samowolne oddalenia, dezercję lub próby samobójcze.

5. POSTĘPOWANIE Z OSOBNIKAMI NIEDOJRZAŁYMI, ŁAGODNIE NIEDOROZWINIĘTYMI ORAZ LŹEJSZYMI POSTACIAM I PSYCHOPATII

Zazwyczaj, jeżeli w plutonie lub kompanii znajduje się jeden tylko żołnierz z cechami infantylnymi, można podjąć próbę pozostawienia go w szeregach i poddania szczególnym metodom wychowania. Wymaga to licznych dodatkowych rozmów z dowódcą, oddziaływania przez kolektyw specjalnie dobranych kolegów, umiejętnego stosowania wyróżnień i kar, używania do zadań raczej krótkotrwałych i efektywnych, przynoszących szybkie wyniki, niż do zadań długotrwałych i wymagających cierpliwości oraz znużonego wysiłku. W razie stwierdzenia bezowocności takiego oddziaływania najrozsądniej jest przedstawić żołnierza komisji wojskowo-lekarskiej, która w tym wypadku zwy-

kle stosuje odroczenie służby wojskowej na okres 1—3 lat, licząc w tym czasie na osiągnięcie dojrzałości przez poborowego. Niebezpiecznie jest gromadzić w pododdziale kilku infantryjnych osobników, ponieważ z reguły tworzą oni niekorzystną dla porządku wojskowego grupę, w której indukują się nawzajem do czynów naruszających dyscyplinę.

Uwagi co do postępowania z osobnikami infantryjnymi w pełni odnoszą się również do żołnierzy z lżejszymi formami psychopatii, którzy według obowiązujących obecnie przepisów orzecznich, mogą odbywać służbę wojskową albo w wojskach operacyjnych, albo w wojskach OTK.

Zasadniczą linią postępowania wobec nich zdaje się być rozumna stanowczość w stopniowym wdrażaniu ich do przestrzegania regulaminów i przepisów wojskowych. Praktycznie, zastosowanie tej zasady zależy od doświadczenia życiowego, znajomości ludzi i taktu dowódcy. Szablonu w tym wypadku stosować się nie da. Wobec niektórych psychopatów należy od razu zastosować ostre represje i z całą surowością dopilnować wykonania każdego rozkazu. Wobec innych kary początkowo nie mogą być ostre, za to zawsze wymierzane stanowczo i popierane właściwą argumentacją. Wielką pomoc (lub przeszkodę) w pracy dowódcy stanowi postawa kolektynu pododdziału. Jeżeli reszta kolegów poprze dowódcę w jego wychowawczych zamiarach, wtedy kampania jest wygrana, jeżeli natomiast okaże jawne lub ukryte poparcie koledze, wtedy negatywne cechy osobowości psychopaty mają pełne „pole do popisu”. Szczególnym niebezpieczeństwem jest nagromadzenie kilku psychopatów w pododdziale.

Sprawą ciągle dyskusyjną jest tworzenie specjalnych pododdziałów dla psychopatów. Z wielu powodów — zarówno wojskowych jak i ogólnospołecznych — byłoby to pożądane. Istotnym jednak warunkiem powodzenia tego rodzaju eksperymentu byłby nikły dostęp do broni oraz nasycenie kadry dowódczej dużą liczbą oficerów ze specjalnym wykształceniem pedagogicznym. Wydaje się, że ze względu na stale aktualny postulat wysokiej gotowości bojowej nie ma w wojsku miejsca na tego rodzaju eksperymenty.

Nowoczesne przepisy orzecznictwa wojskowo-psychiatrycznego nie pozwalają na pozostawienie w wojskach operacyjnych osobników w najmniejszym nawet stopniu niedorozwiniętych umysłowo. Orzeczenie lekarskie, że żołnierz wychowawczo trudny jest debilem, oznacza jego natychmiastowe zwolnienie z szeregów. Natomiast łagodnie niedorozwiniętych można kierować do niektórych oddziałów OTK, zwłaszcza tych, których główne

zadanie polega na prostej pracy fizycznej — kopaniu umocnień, robotach porządkowych itp.

W postępowaniu z osobnikami wykazującymi nawet nieznaczny niedorozwój umysłowy należy pamiętać, że są to ludzie pozbawieni wyobraźni, źle przewidujący następstwa swoich czynów, niechętnie odstępujący od raz wyuczonych szablonów, a zatem często bezsensownie uparci, podejrzewający otoczenie, że chce ich oszukać.

Na ogół nie ma z nimi kłopotów, jeżeli nie stawia się im zbyt skomplikowanych zadań i jeżeli mają oni zaufanie do przełożonego. Ponieważ z racji pewnego niedorozwoju psychicznego bywają prześladowani i wyszydzani przez kolegów, szukają oparcia w dowódcach i — jeżeli je znajdują — ufnie spełniają wszystkie ich rozkazy. Natomiast brak tego oparcia powoduje lęk przed środowiskiem wojskowym i różne nerwicowe reakcje pod postacią samowolnych oddaleń, dezercji, prób samobójczych, prymitywnych symulacji, samouszkodzeń itp.

* * *

Stwierdzenie trudności wychowawczych u żołnierza powinno konsekwentnie prowadzić do dokładnej analizy jego negatywnej postawy. Jeśli niemożliwe jest wyjaśnienie jego postępowania za pomocą zwykłych, psychologicznych przesłanek, powinno się go poddać badaniom psychiatrycznym, ponieważ w wielu wypadkach przyczyną trudności wychowawczych jest zupełna nieemożność adaptowania się do warunków służby wojskowej — spowodowana wadą lub chorobą psychiczną.

Poważniejsze upośledzenie czynności psychicznych stanowi podstawę do zwolnienia z obowiązków służby wojskowej, w tym wypadku bowiem ma się do czynienia z niedorozwojem umysłowym, ciężkimi postaciami psychopatii, psychoz i cięższych nerwic. W niektórych schorzeniach, np. lżejszych formach nerwic lub niedojrzałości emocjonalnej, można stosować zasadę odroczenia służby wojskowej na okres 1—3 lat. Stosunkowo wielu łagodniejszych psychopatów, osobników niedojrzałych emocjonalnie, a nawet ociężałych umysłowo można by utrzymać w wojsku, pod warunkiem jednak, że zastosuje się wobec nich szczególne postępowanie, które omówiono już w tekście.

ROZDZIAŁ II

PSYCHOPATOLOGICZNY ASPEKT PRZESTĘPCZOŚCI W WOJSKU

1. WPROWADZENIE

Przestępczość w wojsku, podobnie jak i przestępczość w ogóle, uwarunkowana jest wieloma przyczynami. Zasadniczy wpływ na jej istotę zdają się mieć dwa czynniki:

- 1) oddziaływanie środowiska,
- 2) cechy osobowości żołnierza, który dopuszcza się przestępstwa.

W pewnego typu naruszeniach przepisów i prawa wojskowego większą rolę grają czynniki ogólnśrodowiskowe, w innych stale lub okresowe predyspozycje psychiczne żołnierza.

Co się tyczy pierwszego czynnika, to sprowadza się on zwykle do zamkniętego kręgu pododdziału. Ogólnie dobra atmosfera, poprawny stan dyscypliny, czujność dowódców i dbałość o sprzęt, harmonijne współżycie kolektywu — to czynniki hamujące wszystkie formy przestępczości. Rozkład wyżej wymienionych czynników nieubłaganie pociąga za sobą wzrost czynów kryminalnych.

Zadaniem niniejszego rozdziału jest uwydatnienie drugiego z wymienionych czynników kryminogennych, mało na ogół podkreślanego w publikacjach fachowych, a przecież bardzo istotnego dla sprawy.

Niektóre przestępstwa, w tym tak typowe dla wojska jak: dezercja, wielokrotne samowolne oddalanie się, samouszkodzenie, manifestacyjne niewykonywanie rozkazów³⁴, popełniane są szczególnie przez żołnierzy wykazujących różne anomalie psychiki. Samobójstwa, choć nie są przestępstwem, stanowią jednak przedmiot zainteresowania prokuratur wojskowych. Popełniane

³⁴ Uwaga ta dotyczy oczywiście przestępstw dokonywanych wyłącznie w okresie pokoju. W czasie wojny mechanizm powstawania tego typu przestępstw jest odmienny.

są w wojsku przez osoby, wykazujące odchylenia od normy psychicznej.

Przenikanie w szeregi wojska elementów niepełnowartościowych psychicznie pociąga za sobą wzrost przestępczości w wojsku. Na jej obniżenie wpływają: należyta selekcja poborowych oparta na rzetelnej ocenie ich wydolności psychicznej oraz stała kontrola wartości umysłowych i charakterologicznych żołnierzy w okresie pełnienia służby.

Problem powyższy, mimo iż doceniany przez znawców, nie w pełni jeszcze znalazł uznanie i doczekał się realizacji. Wskazują na to cytowane już przez nas dane, z których wynika, że pracujące według dotychczasowego szablonu komisje poborowe dokonują selekcji niemal wyłącznie pod kątem określenia przydatności fizycznej przyszłego żołnierza. Odrzucają one jedynie tych osobników, u których zaburzenia psychiczne są tak dalece zaawansowane, że są widoczne nawet przy powierzchownym kontakcie, lub którzy przedstawiają nie budzące wątpliwości dokumenty, stwierdzające aktualną rejestrację w Poradni Zdrowia Psychicznego lub szpitalu psychiatrycznym.

Na wzrost współczynnika przestępczości ma również wpływ niedostateczna kontrola zdrowia psychicznego żołnierzy. Z powodu niedostatku psychiatrów w wojsku oraz braku znajomości problemów psychopatologicznych zdarza się niekiedy, że osobnicy z czynną psychozą lub ciężkim kalectwem psychicznym pełnią przez pewien czas służbę wojskową. Fakty te z reguły kończą się konfliktem z prawem.

Najbardziej skłonni do działań przestępczych są oczywiście chorzy psychicznie. Podporządkowani urojeniom, omamom, niedorzecznie oceniający otoczenie, często ze zmałą świadomością, mogą dopuścić się groźnych przestępstw w zupełnej nieświadomości dokonywanego czynu. Na szczęście, przypadki psychoz — spotykane w ogóle rzadko (około 2—3% bieżącej populacji) — w wojsku również nie zdarzają się często. Ponadto, ze względu na ewidentny charakter zaburzeń psychicznych, są zwykle wcześniej wykrywane. Dlatego zazwyczaj nie stanowią poważniejszego niebezpieczeństwa. Jako wyjątek z tej reguły trzeba traktować paranoję (obłąd), której obraz kliniczny jest trudny do rozpoznania nawet przez specjalistów. Paranoicy, długo nie wykryci przez otoczenie, stanowią mogą w wojsku znaczne zagrożenie dla najbliższego otoczenia ze względu na łatwy dostęp do broni, stanowisko, które zajmują itd.

Najliczniejszą grupę osób naruszających w wojsku przepisy stanowią psychopaci i osobnicy łagodnie niedorozwinięci. Ludzie ci łatwo przenikają przez sieć komisji lekarskich, a względnie

duże możliwości adaptacyjne pozwalają im, nieraz przez szereg miesięcy pełnionej służby wojskowej, ukrywać swoje wady. Ujawniają się zwykle po natrafieniu na jakąś trudność, błądą dla osobników normalnych, lecz dla nich nie do przezwyciężenia.

W niedorozwojach — obok trudności w przyswajaniu wiadomości — upośledzone są zdolności krytycznej oceny sytuacji, osłabiona lub zniesiona zostaje zdolność przewidywania następstw dokonywanych czynów, ograniczone są możliwości abstrakcyjnego myślenia. Z tych powodów niedorozwinięty żołnierz nie potrafi opanować programu szkolenia wojskowego, a poza tym niewłaściwie wykonuje polecenia i rozkazy, ściągając na siebie gniew przełożonych. Ponieważ nie widzi błędów w swoim postępowaniu, wobec tego nie ma poczucia winy; represje, które go spotykają, odczuwa jako krzywdę, a nie słusznie należną karę. Stąd rodzą się w nim reakcje (w formie prymitywnego protestu) w postaci zamachów samobójczych, dezercji, samowolnych oddaleń, odmowy wykonania rozkazu itp.

W psychopatiach słabość hamulców moralnych, prymitywizm życia uczuciowego i zła kontrola popędów stwarzają stałe „pogotowie kryminogenne”. Osobnik w wadą charakteru działa przestępczo, mimo w zasadzie krytycznej oceny sytuacji, ponieważ nie może powstrzymać się od działania, które ma zaspokoić chwilową zachciankę. Stosunkowo najmniej kontaktów z organami ścigania mają chorzy na nerwice, w zasadzie w pełni pożyteczni i nastawieni wobec życia raczej obronnie niż agresywnie, zajęci swoją chorobą. I tu jednak nierzadko dochodzi do kolizji z prawem, przeważnie na skutek niedopilnowania obowiązków lub mimowolnego dokonania błędu zawodowego, naruszenia przepisów itp.

Nie sposób tutaj dokładnie omówić psychopatologicznych aspektów wszystkich typowo wojskowych przestępstw. Bardziej szczegółowo zajmę się jedynie problemem samowolnych oddaleń i dezercji, zarówno ze względu na znaczenie, jak i na częstość ich występowania.

2. SAMOWOLNE ODDALENIA

Samowolne oddalenie jest zjawiskiem występującym we wszystkich armiach świata dość często, tym częściej, im młodszą są roczniki żołnierza i im bardziej swobodny tryb życia charakteryzuje społeczeństwo, w którym problem ma miejsce. W wielu wypadkach dowódcy nie zgłaszają samowolnych oddaleń prokuraturze, stosując kary dyscyplinarne i zabiegi wycho-

wawcze. U osobników prawidłowo ukształtowanych psychicznie metody te na ogół skutkują. Czynniki emocjonalne, takie jak: poczucie godności osobistej, odpowiedzialność, wstyd, ambicja, lęk przed więzieniem, oraz intelektualne (np. krytyczny osąd o nieopłacalności przestępstwa) powodują, że żołnierz więcej się samowolnie nie oddał. U osobników niepełnowartościowych psychicznie wymienione bodźce nie skutkują, wobec czego próby wychowawcze zawodzą lub traktowane są jako dowód słabości dowódców; przekonują o bezkarności i zachęcają do dalszych „wyskoków”.

Motywy samowolnego oddalenia wynikają najczęściej:

— Z przesłanek psychologicznych. Będą to motywy następujące:

- 1) tęsknota do rodziny;
- 2) chęć (chwilowo przynajmniej) oswobodzenia się z więzów bezwzględnej dyscypliny;
- 3) troska o poprawę psującej się sytuacji materialnej rodziny;
- 4) zazdrość o żonę lub narzeczoną;
- 5) lęk przed ukaraniem;
- 6) obłożenie obowiązkami ponad możliwości;
- 7) niemożność zaadaptowania się w nowym środowisku;
- 8) rzeczywiście nieznosna atmosfera w pododdziale — szykany ze strony kolegów, dowódców itp.;
- 9) złośliwie negatywny stosunek do służby wojskowej.

— Z przesłanek psychopatologicznych:

1) działanie w stanie zamąconej lub zniesionej świadomości. Będzie tu mowa o stanach pomrocznych zwykłych i jasnych, stanach automatycznych, działaniu popędowym, rozmaitej natury stanach majaczeniowych, dromomanii (pęd do wędrowania). Stany te są właściwe przede wszystkim takim chorobom jak: padaczka, zaburzenia psychiczne, pourazowe i intoksykacyjne, rzadziej histeria lub schizofrenia;

2) działanie pod wpływem psychotycznych nakazów (narrucania myśli, omamów słuchowych, urojeń). Stany takie najczęściej występują w schizofrenii, obłędzie (paranoja), rzadziej przy innych psychozach;

3) działanie w stanie zniesionego krytycyzmu i upośledzenia czynności intelektualnych w ogóle (niedorozwój umysłowy, otępienie pourazowe, padaczkowe lub inne);

4) działanie w stanie dysforii lub dromomanii typu psychopatycznego (psychopatie, padaczka);

5) działanie z powodu innych psychopatologicznych przesłanek, np.: afekt patologiczny, patologiczna zazdrość, chęć postawienia na swoim za wszelką cenę, niemożność dostosowania się

do wymogów dyscypliny ze względu na wady charakteru (psychopatie i inne);

6) inne stany psychopatologiczne.

W wielu wypadkach występuje wzajemne oddziaływanie na siebie czynników psychologicznych i psychopatologicznych. Tęsknota do rodziny, zazdrość, lęk przed ukaraniem, chęć wyzwolenia się z więzów dyscypliny, nadmierne obłożenie obowiązkami mają niewspółmiernie potężniejszy wpływ kryminogeny na żołnierza psychopatycznego, niedorozwiniętego lub chorego na padaczkę niż na zdrowego.

Jednak nawet wtedy, kiedy szereg wymienionych motywów działa jednocześnie, ostateczne powzięcie decyzji o samowolnym oddaleniu nie ogranicza się wyłącznie do nich samych (z wyjątkiem oczywiście zdecydowanej patologii, co zdarza się jednak bardzo rzadko). W gruncie rzeczy bowiem większość wymienionych czynników psychologicznych działa na wszystkich żołnierzach, a pomimo to przestępstwo z art. 303 KK popełnia zaledwie nikły odsetek stanu osobowego wojska. W grę wchodzi zatem jeszcze inne przyczyny i dopiero ich wypadkowa spowodować może decyzję o samowolnym oddaleniu. Do takich dodatkowych, ale istotnych czynników zaliczyć trzeba nieprzygotowanie życiowe większości nowo wcielonych żołnierzy, brak poczucia obowiązku i odpowiedzialności, drażliwość, wyniesiony ze szkoły przez wagarowiczów nawyk omijania przepisów dyscyplinarnych i porządkowych oraz młodzieńcza skłonność do nadmiernych reakcji emocjonalnych.

Niektórzy żołnierze, mimo znajomości kar za samowolne oddalenie, po oddaleniu się z jednostki przypuszczają, że „jakoś to będzie”, liczą na pobłażliwość lub na brak kontroli ze strony dowódców, albo bezmyślnie oddają się zabawom i zapominają o swych obowiązkach.

Do czynników katalizujących samowolne oddalenia zaliczyć trzeba również wszelkiego rodzaju „okazje”, które uchylają bezpośredni nadzór przełożonych nad podwładnymi i stwarzają okoliczności sprzyjające złożeniu w sposób niezauważalny wizyty rodzinie, znajomym itp. Sytuacje takie umożliwiają podróże ze szpitala do jednostki, przeniesienie z pułku do pułku, wyjazd na kurs szkoleniowy z mało precyzyjnie określonym terminem powrotu itp. Żołnierz nie czuje wtedy nad sobą kontroli przełożonego; liczy na „szczęście” i brak czujności ze strony przełożonych. Często nawet zaczyna odczuwać przyjemność, że tak chytro wyprowadził w pole władze wojskowe. Samowolne oddalenie, które coraz bardziej przedłuża się w czasie, często w końcu przybiera rozmiary dezercji.

Wszystkie te czynniki działają dużo silniej w zetknięciu z osobowością psychopatyczną lub infantylną, kiedy to zarówno słabszy krytycyzm, jak i silniejsze działania popędowo-emocjonalne stanowią bardzo podatny grunt dla wygórowanych reakcji na działanie wymienionych motywów psychologicznych.

Nie bez znaczenia są również różnego rodzaju czynniki społeczne, kształtujące osobowość żołnierza przed wcieleniem do wojska. Z naszych badań wynika, że młodzież wiejska oddala się samowolnie stosunkowo rzadziej niż miejska, a młodzież powiązana — przed wcieleniem do służby wojskowej — z elementami chuligańskimi i przestępczymi, stanowi materiał szczególnie skłonny do takich wykroczeń jak samowolne oddalenia, a nawet i dezercja.

3. DEZERCJE

Motywacja dezercji jest w zasadzie zbliżona do motywacji samowolnych oddaleń. Istniejące różnice mają charakter ilościowy, a nie jakościowy. Najczęściej decyzja o dezercji jest wypadkową gwałtownych napięć emocjonalnych, niskiego krytycyzmu i słabej woli. W świetle doświadczeń autorów niemieckich i francuskich, przestępstwo to, w okresie pokoju, rzadko bywa dokonywane przez osobników, w pełni sprawnych psychicznie, a zwłaszcza całkowicie krytycznych. O ile bowiem samowolne oddalenia często uchodzą żołnierzom bezkarnie (w sensie ograniczenia represji do kar dyscyplinarnych), o tyle dezercja z reguły kończy się wyrokiem sądowym, po czym żołnierz z powrotem wcielany jest do szeregów, a zatem nie może dojść do zadośćuczynienia dążeniu do skrócenia pobytu w wojsku. Ponadto jest nieprawdopodobne, aby w okresie pokojowym sprawnie działający aparat ścigania nie wykrył w końcu ukrywającego się zbiega. W rezultacie więc dezercja jest przestępstwem nieopłacalnym — efekty, które chce się za jej pomocą osiągnąć, obracają się przeciwko delikwentowi.

Dlatego wśród dezenterów jest bez porównania więcej osobników głęboko upośledzonych umysłowo, ciężkich psychopatów, psychotyków, u których w motywacji przestępstwa przesłanki psychopatologiczne przeważają nad psychologicznymi.

Bardzo często uzasadnienie motywów dezercji uderza naiwnością i lekkomyślnością nawet u tych żołnierzy, których żadną miarą nie można było uznać za nienormalnych. Zjawisko to tłumaczyć należy młodym wiekiem i wiążącą się z tym niedojrza-

łością psychiczną, brakiem wyobraźni i zdolności przewidywania.

* * *

Mechanizm powstawania samowolnych oddaleń i dezercji zdaje się wskazywać na konieczność stosowania przez wojskowe organa sprawiedliwości i ścigania dużej ostrożności w ocenie motywacji także szeregu innych przestępstw typowych dla wojska. Jest rzeczą wiadomą, że wypadki uchylania się od obowiązku służby wojskowej, niewykonania rozkazów, czynnego oporu wobec przełożonych zdarzają się z dużą łatwością wśród psychopatów. Niedorozwinięci często nie wykonują rozkazów, schodzą z powierzonych im posterunków itp. nie dlatego, że wynika to z ich złośliwego nastawienia, lecz dlatego, że nie pojmują, czego się od nich w wojsku żąda. Samouszkodzenia w czasie pokoju niemal z reguły dokonywane są przez osoby chore psychicznie, psychopatów lub oligofreników. Swoistym problemem przestępczości w wojsku jest alkoholizm, zarówno w formie ostrych upojeń, jak i przewlekłego nałogu.

Właściwe i w porę postawione rozpoznania psychiatryczne mają zatem dla kryminologii wojskowej kolosalne znaczenie nie tylko w sensie bardziej rzeczowego i sprawiedliwego postępowania karnego, lecz również profilaktyki.

4. SAMOUSZKODZENIA

Samouszkodzenia są dość częstą formą teatralnego demonstrowania dezadaptacji do środowiska lub aktualnej, trudnej sytuacji życiowej. W życiu cywilnym zdarzają się one niepomiaralnie częściej niż w służbie wojskowej, jednakże nie urastają tam nigdy do poważniejszego problemu, po prostu są bagatelizowane przez otoczenie. Popełniane są przeważnie przez młodzież lub osobników psychopatycznych, hysteroidalnych albo będących w rauszu alkoholowym. W akcie samouszkodzenia tkwi zawsze psychologiczny protest przeciwko rzekomej brutalności życia, która stawia jednostkę wobec wymagań, przekraczających jej możliwości dostosowawcze. Niemieccy psychiatry wojskowi nazwali samouszkodzenie obrazowo „lokalnym samobójstwem”, co jest w dużym stopniu terminem przesadnym, aczkolwiek niewątpliwie u podstaw obu tych działań leży chęć oderwania się od przykłej rzeczywistości i to w sposób szokujący otoczenie, z podkreśleniem własnej krzywdy, a zrzuceniem winy na ko-

lektyw, oraz ukrytym pragnieniem wywołania odruchu litości. W samouszkodzeniach działa zawsze świadome lub nieświadomione poczucie, że posunięcie takie wstrząśnie otoczeniem, wywoła w nim uczucia pozytywne dla rzekomo skrzywdzonego i polepszy jego sytuację społeczną. Rzeczywiście, w środowisku cywilnym nierzadko próby samouszkodzenia spełniają pokładane w nich podświadomie nadzieje. Rodzice, wychowawcy, władze najczęściej łagodnieją wobec osobnika, który w tak dramatyczny sposób zwraca uwagę na siebie.

W wojsku postawy tego rodzaju są nie do zaakceptowania i dlatego spotykają się ze słusznym potępieniem. Przeważnie traktuje się je jako symulację i zaostrożne wymagania. Prowadzi to niekiedy do dalszych zadrażeń i demonstracyjnych zachowań, często jednak działa na żołnierza otęplająco.

Badania prowadzone przez francuskich, niemieckich, amerykańskich i rodzimych psychiatrów wskazują, że motywami czynów samouszkodzających są:

1) w 30% trudności w dostosowaniu się do dyscypliny wojskowej;

2) w 15% trudności w dostosowaniu się do wojska w ogóle;

3) w 10% troska o pozostawioną w domu rodzinę;

4) w 10% trudności natury erotycznej;

5) w 6% trudności natury osobistej i rodzinnej łącznie;

6) w 8% obawa przed karą;

7) w 21% inne, bardzo różne, przeważnie sytuacyjne przyczyny.

50% osób dokonujących samouszkodzeń w wojsku to psychopaci, 38% to cierpiący na zaawansowane nerwice. Tylko 1,5% to osobnicy z psychozami. Około 25% dokonuje samouszkodzeń po pijanemu, ca 44% nadużywa od lat alkoholu.

Statystyki wszystkich sił zbrojnych wykazują, że do samouszkodzeń najrzadziej dochodzi w okresie szkolenia podstawowego, a najczęściej między 3 a 12 miesiącem służby wojskowej. Około 20% samouszkodzeń zdarza się w ostatnich tygodniach służby, kiedy to żołnierze są napięci oczekiwaniem na moment zdjęcia munduru, powrotu do rodziny, pracy itd.

Postępowanie dowódców wobec żołnierzy samouszkodzających się cechować musi spokój i konsekwencja. Konieczne jest wprowadzenie żelaznej zasady, aby żołnierze samouszkodzający się nie mogli osiągnąć żadnej korzyści z tego czynu. Do korzyści, które mogą wynikać z autoagresji, zaliczyłbym kierowanie do szpitala, kierowanie na komisję lekarską, ustępstwa w zakresie dyscypliny itp. Jeden niewłaściwy krok wychowawczy w stosunku do takiego żołnierza może wywołać prawdziwą reakcję łań-

cuchową w środowisku. Skierowanie do szpitala lub Poradni Zdrowia Psychicznego na badanie psychiatryczne powinno — w razie podejrzeń procesu chorobowego, uniemożliwiającego adaptację do służby wojskowej — nastąpić później, bez logicznego kojarzenia z doznany samouszkodzeniem. W każdym tego rodzaju wypadku powinien tam doprowadzić żołnierza jego bezpośredni dowódca. Osobisty kontakt lekarza psychiatry z przełożonym pacjenta wykazującego cechy dezadaptacji pozwoli na pełniejsze poznanie osobowości żołnierza.

Również przy wypisywaniu żołnierza z oddziału psychiatrycznego i kierowaniu go z powrotem do jednostki, bezpośredni jego przełożony powinien osobiście zasięgnąć rad i wskazówek fachowych w oddziale psychiatrycznym odnośnie do dalszego z nim postępowania.

Problemy te wymagają kompleksowego rozwiązania drogą ścisłej współpracy i wymiany doświadczeń ogniw dowódczych, politycznych i lekarskich.

ROZDZIAŁ III

PROBLEM SAMOBÓJSTW W WOJSKU

1. WPROWADZENIE

Rozwój cywilizacji, wysokie tempo życia sprzyjają częstotliwości zamachów samobójczych. Statystyka wykazuje, że w wieku XIX i XX, liczba samobójstw wzrasta na całym świecie szybciej niż ludności (wg. Grzywo-Dąbrowskiego).

Bardziej cywilizowane kraje naszego kręgu kulturowego mają wyższe wskaźniki samobójstw niż zacofane. Na przykład według statystyki ONZ z 1966 r. wskaźniki dla poszczególnych krajów wynoszą (na 100 tys. mieszkańców): Chile — 4,6, Austria — 23,9, RFN — 21, Szwecja — 20. Polska w roku 1967 miała wskaźnik 10, a w 1972 r. — 12.

Istnieje cały szereg czynników ekonomiczno-społecznych wpływających pobudzająco lub hamująco na liczbę samobójstw. Na ich wzrost mają wpływ: 1) katastrofy ekonomiczne, prowadzące do nagłego pogorszenia warunków materialnych ludności, 2) nadużywanie narkotyków, 3) ucisk społeczny, 4) zarówno zbyt rygorystyczne nakładanie tzw. więzów moralnych, jak i rozwiąźność obyczajów.

Hamująco na częstość występowania samobójstw wpływają: 1) doniosłe wydarzenia polityczne, pochłaniające uwagę całego narodu, jak np. wojny lub korzystne przełomy społeczne, 2) dobrobyt, a szczególnie okres dorabiania się narodu, 3) niektóre religie, między innymi chrześcijańska, 4) małżeństwo (w sensie ogniska rodzinnego). W miastach, zwłaszcza dużych, samobójstwo jest znacznie częstszym zjawiskiem niż na wsi.

Mężczyźni w Europie popełniają samobójstwo 3—4 razy częściej niż kobiety, przy czym u mężczyzn stwierdza się 2 okresy szczególnie dużej podatności na myśli samobójcze: jeden w wieku poborowym, a drugi w starości. Ma to ważne znaczenie dla problemu roztrząsanego przez nas, tzn. dla problemu samobójstw w wojsku. Na przykład, w roku 1962 mężczyźni w wieku 20—30

lat stanowili 15% ogółu mężczyzn, a wśród samobójców było ich 22,5%, przy czym ten ostatni odsetek wykazuje wyraźną tendencję do wzrostu, gdyż w porównaniu z rokiem 1954 zwiększył się on o 228% (bezwzględne liczby: w roku 1954 liczba samobójstw wśród mężczyzn w wieku 20—30 lat wynosiła 116, w roku 1962 — 380, w 1970 r. — 592, a w 1972 r. — 614).

Samobójstwo jest w każdym zorganizowanym społeczeństwie zjawiskiem ujemnym. Gina w sposób nieoczekiwany aktywne społecznie, niekiedy bardzo wartościowe jednostki, a poza tym akt samobójczy demobilizuje otoczenie, ponieważ we wstrząsający sposób stawia pod znakiem zapytania celowość pracy, wysiłków twórczych itp. Z tych powodów samobójstwo jest zjawiskiem szczególnie niekorzystnym w wojsku.

Prawodawstwo większości krajów, a w tym także i nasze, nie uważa samobójstwa za czyn przestępczy. Natomiast potępiają samobójstwo obowiązujące w Europie poglądy moralne, uznając je za czyn tchórzowski.

W niektórych krajach pozaeuropejskich nie tylko nie potępia się samobójstwa, lecz nawet uważa się je za jedyne szlachetne wyjście z niektórych sytuacji życiowych (Indie, Japonia).

W starożytnym Rzymie uznawano zasadę, że człowiek jest panem swego życia i może je w każdej chwili skrócić, skoro uzna to za stosowne. W stosunku do wielkich mężów stanu opinia publiczna w wielu wypadkach wręcz domagała się popelnienia przez nich samobójstwa, jako jedyne go godziwego wyjścia z zawikłanych sytuacji państwowych. Toteż w Rzymie samobójstwa były rozpowszechnione co najmniej na taką skalę, jak później, w okresie romantyzmu — w całej Europie — pojedynki.

W starożytnej Grecji przyjęło się tzw. samobójstwo z rozsądku, które dotyczyło np. starych ludzi: skoro stwierdzili, że stają się niedołężni, wypijali publicznie puchar cykuty, aby przestać być ciężarem dla rodziny.

2. PRZYCZYNY SAMOBÓJSTW

Można przyjąć, że istnieją dwie grupy czynników determinujących samobójstwo: po pierwsze — odpowiedni stan psychiczny danego osobnika i po drugie — czynniki natury zewnętrznej. Gdy samobójstwa dokonano w stanie głębokiej depresji (psychoza maniakalno-depresyjna, porażenie postępujące, depresja reaktywna, inwolucyjna itp.) lub w ciężkiej psychozie o innym obrazie (np. w schizofrenii paranoidalnej), to mamy wtedy pra-

wo założyć, że działa tylko pierwsza grupa czynników. Gdy zaś samobójstwo jest następstwem spokojnie przeprowadzonego rozumowania, np. u człowieka, którego los tak ciężko skrzywdził, że nie widzi celu dalszego życia, możemy mówić o działaniu niemal wyłącznie z przyczyn natury zewnętrznej. Nie ulega jednak kwestii, że przyczyną większości zamachów na własne życie jest konglomerat obu grup czynników, przy czym w niektórych wypadkach przeważają jedne czynniki, a w innych drugie.

Do najczęściej działających w wojsku przyczyn natury zewnętrznej należy — według licznych autorów — zaliczyć następujące (kolejność według ważności): obawa przed karą, nieszczęśliwa miłość, konflikty związane ze środowiskiem wojskowym, nie rokujące poprawy, ciężkie, przewlekłe schorzenia, niechęć do służby wojskowej. Wszyscy autorzy mają prawie ten sam pogląd, jeśli chodzi o działanie czynników zewnętrznych. Natomiast w odniesieniu do czynników wewnętrznych istnieje duża rozbieżność zdań.

Herszfeld (cyt. za Nelkenem) podaje, że wśród przebadanych przez niego samobójców — wojskowych, 73% to ludzie niepełnowartościowi psychicznie (pod tym terminem rozumiał on zarówno chorych psychicznie, jak i psychopatów oraz niedorozwiniętych umysłowo).

Natomiast Bingler w podanej grupie przypadków zaledwie u 6% rozpoznał chorobę umysłową, a pozostały odsetek uważał za psychicznie zdrowych. Jeśli chodzi o osoby cywilne, to według Kraepelina około 30% samobójców odbiera sobie życie pod wpływem wyraźnej choroby psychicznej; gdy doliczy się do tego „jednostki na pograniczu psychozy” — np. psychopatów itp. — to odsetek ten znacznie wzrośnie. Podobny pogląd wygłasza Grzywo-Dąbrowski na podstawie analizy samobójstw na terenie Polski. Wydaje się to zupełnie słuszne także w odniesieniu do warunków wojskowych, a taka różnorodność danych uzyskiwanych przez różnych autorów zależy albo od pobieżnego traktowania psychiatrycznej strony zagadnienia samobójstwa, albo różnic w pojmowaniu poszczególnych działów psychiatrii. Specjalnie dużą rozpiętość poglądów wykazują starsi autorzy w dziedzinie takich pojęć, jak psychopatia, nerwice, schizofrenia. Stany psychopatologiczne predysponujące do samobójstwa mogą występować zarówno w przebiegu różnych psychoz, jak i w nerwicach, u psychopatów oraz w niedorozwojach.

Najbardziej usposabiają do samobójstwa różnego rodzaju stany depresji. Jak wiadomo, stany depresji mogą występować w przebiegu wielu psychoz, głównie w psychozie maniakalno-depresyjnej, jako postać: psychozy reaktywnej, psychozy inwo-

lucyjnej i porażenia postępującego. Niegłębokie stany depresji bywają również pochodzenia nerwicowego. Samobójstwa u ludzi w depresji są zwykle zaplanowane, bardzo skrupulatnie realizowane i przeważnie udają się. Chorzy mogą je zapowiadać lub nie, w każdym razie zawsze sygnalizują je wyrazem twarzy, która ma na sobie piętno głębokiego smutku i zrezygnowania. Przed dokonaniem czynu chory odosabnia się. Właściwie każdego człowieka w depresji, bez względu na jej przyczynę, należy traktować jako potencjalnego samobójcę.

Z możliwością odebrania sobie życia należy się również liczyć u chorych na schizofrenię, zwłaszcza paranoidalną. Przyczyn prowadzących schizofreników do samobójstwa może być kilka, np. chory, dręczony przez nadzwyczaj przykre omamy i urojeń, postanawia uwolnić się od nich radykalnie przez zerwanie z życiem; w innym przypadku chory otrzymuje stałe nakazy samozniszczenia pod postacią myśli natrętnych lub odpowiedniej treści halucynacji słuchowej i w końcu ulega im; w schizofrenii katatonicznej obserwuje się niekiedy niepomamowany pęd do samobójstwa. Pewne wypadki gwałtownych śmierci w schizofrenii lub innych psychozach, przebiegających ze stanami omamowo-urojeniowymi, traktowane jako samobójstwa, prawdopodobnie nimi nie są. Na przykład chory w stanie majaczeniowym ucieka przed prześladowającymi go omamami przez okno, biorąc je za drzwi, wypada z piętra na bruk i zabija się. Samobójstwa schizofreników noszą piętno dziwaczności. Popelniane są zwykle w stanie lękowym, który je powinien sygnalizować. Przeważnie nie są zapowiedziane słowem, lecz raczej tylko zachowaniem.

Alkoholizm również może prowadzić do samobójstwa. Według badań Grzywo-Dąbrowskiego, około 10⁰/₀ samobójstw w Polsce jest następstwem nadużycia alkoholu. Z tendencjami samobójczymi należy się liczyć przede wszystkim w halucynozie i paranoi alkoholowej, a poza tym także w alkoholizmie przewlekłym, gdyż działanie alkoholu łączy się tu zwykle z podłożem psychopatycznym. Poza tym należy podkreślić, że alkohol bywa wielokrotnie używany przez samobójców jako „środek na odwagę” przed popełnieniem czynu. Przez swoje działanie osłabiające wolę i krytycyzm oraz zmniejszające hamulce moralne, pobudzające fantazję — alkohol ułatwia powzięcie ostatecznej decyzji i realizację samego czynu. Samobójstwa podejmowane w upojeniu alkoholowym wykonywane są często niezdarnie i bywają nieudane.

Nerwice mogą stać się także podłożem samobójstwa. Na pierwszy plan wysuwa się tu histeria. Chorzy na tę nerwicę nierzadko usiłują odebrać sobie życie, robiąc to w sposób teatralny i zwy-

kle bez większej szkody dla siebie. Samobójstwo jest najczęściej zapowiadane, a realizacja jego odbywa się często demonstracyjnie, wobec wielu osób. W nieleczonej neurastenii dojść może do zamachu na życie, gdy chory stanie nagle wobec problemu, który mu się wyda ponad siły. Znane są wypadki samobójstw w nerwicy natrętw, której naczelnym natręctwem zadრęczającym chorego była myśl, że jest predysponowany do samobójstwa, ponieważ jego ojciec lub matka odebrali sobie życie. Chorzy owładnięci taką myślą tracą zdolność do aktywnej walki z trudnościami życiowymi i wkrótce załamują się całkowicie.

Niewątpliwie najczęściej zamachów samobójczych dokonują psychopaci. Uzależnione to jest od szeregu podstawowych cech osobowości psychopatów, czyniących z nich ludzi ciągle niezadowolonych z życia, zawikłanych w coraz to nowe konflikty z otoczeniem, przekonanych o tym, że są prześladowani, duszących się w nakładanych na nich więzach społecznych i moralnych (dyscyplina wojskowa), przygnębionych przymusem pracy itp. Najczęściej usiłują odebrać sobie życie psychopaci pobudliwi, niestali i dystymicy. Decyzję podejmują w afekcie. Przyczyną tego jest brak opanowania i duża chwiejność afektywna. Z tego względu błahе nawet trudności życiowe wywołują u nich, zwłaszcza u psychopatów pobudliwych, niewspółmiernie silne reakcje afektywne, aż do patologicznego afektu włacznie.

W stanie silnego wzruszenia, nagle, bez zastanowienia powstaje decyzja odebrania sobie życia, natychmiast przekształcona w czyn. Osobnik działa tu tak dalece bez zastanowienia, że zwykle już w kilka minut po dokonaniu czynu żałuje tego i błaga o ratunek, o ile oczywiście zamach się nie udał. W niektórych postaciach psychopatii mamy do czynienia także z samobójstwami przemyślanymi. Uwaga ta dotyczy przede wszystkim psychopatów podejrzliwych, nieufnych, zimnych, tzw. astenicznych. W tych wypadkach akt odebrania sobie życia traktowany jest jako ucieczka od kłopotów, odpowiedzialności za popełnione przestępstwa, a niekiedy nawet zdarzają się tu samobójstwa „przez złośliwość”, aby narobić innym kłopotów. Decyzja o samobójstwie podejmowana jest po dłuższym przemyśleniu i jako następstwo przekonania, że samobójstwo jest jedynym wyjściem. Technika zamachu jest należycie wyreżyserowana i prze-myślana w szczegółach. Przy denacie znajduje się najczęściej list wyjaśniający sytuację, nierzadko szkalujący wroga mu osoby, w gruncie rzeczy nie zamieszane w całą tę sprawę. Podobnego rodzaju samobójstwa dokonują również psychopaci-zbo-żeńcy seksualni, prawie wyłącznie homoseksualiści. Wśród nich

nierzadko zdarzają się samobójstwa we dwoje (raczej „we dwóch” lub „we dwie”). Mitomani popełniają samobójstwa podobnie jak hysterycy. Są one bardzo teatralne, o wyszukanej technice i najczęściej mało skuteczne.

Osobną uwagę należy poświęcić stanom psychopatycznym. Są to okresowo trwające, po pewnym czasie przemijające zaburzenia w zakresie woli i uczuć, powstałe bądź to w przebiegu ciężkiej choroby cielesnej, bądź to związane z okresem pokwitania i przekwitania, bądź wywołane sytuacją konfliktową. Stany psychopatyczne przypominają różne postacie psychopatii, przy czym zmiany w charakterze chorego mogą być znaczne. Duża chwiejność afektywna predysponuje do nieadekwatnych reakcji na trudności życiowe i może stać się przyczyną samobójstwa.

W niedorozwoju również musimy liczyć się z możliwościami samobójstwa. Wszyscy autorzy zajmujący się tym zagadnieniem podkreślają, że w warunkach wojskowych niedorozwinięci stosunkowo często dokonują zamachów na swoje życie, podczas gdy w środowisku cywilnym samobójstwa wśród niedorozwiniętych prawie się nie zdarzają. Większość niedorozwiniętych odbiera sobie życie w czasie pierwszego roku służby, przeważnie w okresie podstawowego szkolenia. Należy to tłumaczyć wielkimi trudnościami, jakie sprawia niedorozwinięty nowo, zupełnie obce, a przez to wrogie środowisko. W życiu cywilnym byli przez cały czas pod opieką rodziny, a nawet dalsze otoczenie orientowało się, czego można od nich wymagać, a czego nie. Tymczasem w wojsku, gdzie ich początkowo nikt nie zna, opieszale wykonywanie rozkazów, wypływające z trudności rozumienia ich treści, bierze się często za lenistwo lub złośliwe ociąganie się, wynikłe z niechęci do służby wojskowej. Z tego względu bywają często rzeczywiście traktowani najgorzej w pododdziale, sypią się na nich kary dyscyplinarne itp. Trudy służby wojskowej wydają im się nie do pokonania, a ponieważ nie mają zwykle wyczucia wymierności czasu, nabierają przekonania, że męka ich jest nieskończona.

Nie będąc w stanie zrozumieć celu i istoty dyscypliny wojskowej mają uczucie, że kadra podoficerska i oficerska szykanuje ich osobiście. Ciągły lęk przed ukaraniem, poczucie wrogości środowiska, odosobnienie, tęsknota za domem pchają ich do dezercji lub samobójstwa.

Czyny samobójcze niedorozwiniętych cechuje często prymitywizm i nieporadność metod działania. Spotykamy się tutaj na przykład z zadawaniem sobie ran scyzorykiem, łykaniem gwoździ, przecinaniem żył szkłem od butelki, wypijaniem chloraminy itp.

Na podstawie przytoczonych danych można by sądzić, że w każdym wypadku samobójstwa należy wiązać decyzję o odebraniu sobie życia z jakimś zaburzeniem psychicznym. Byłoby to stanowisko niesłuszne. Niewątpliwie zdarzają się wypadki, w których nie ma żadnych podstaw do przyjęcia, że samobójca w chwili dokonywania zamachu na swoje życie był psychicznie chory, psychopatą lub niedorozwiniętym. Wydaje się, że o pełnym zdrowiu psychicznym samobójcy można mówić wtedy, gdy: 1) wywiad dotyczący całego życia nie wykaże żadnych objawów psychopatycznych ani cech niedorozwoju lub psychozy; 2) wywiad dotyczący ostatnich dni nie wykaże objawów choroby umysłowej; 3) ostatnio zaistniały fakty natury emocjonalnej lub umysłowej, które na każdym człowieku mogłyby wywrzeć duże, przynębiające wrażenie, przekreślające perspektywy na dalsze życie, podważające sens istnienia itp. (np. ciężka, nieuleczalna choroba somatyczna, utrata ukochanych istot, definitywne przekreślenie wymarzonej kariery życiowej, niesłuszne pozbawienie wolności itp.).

Oczywiście można stać na stanowisku, że rozumowanie, którego kwintesencją jest rezygnacja z życia, jest w swym założeniu błędne. Jednakże samobójca może, po pierwsze, wychodzić z innego założenia, np. że jest on panem swego życia i może nim dysponować dowolnie bez względu na to, co o tym pomyśli reszta społeczeństwa, a po drugie, błędne rozumowanie nie jest oznaką choroby umysłowej. Mylić się może każdy, nawet najmądrzejszy, najbardziej przewidujący i najbardziej zrównoważony człowiek.

Jak już wspomniałem, niektórzy autorzy, jak np. Grzywo-Dąbrowski, twierdzą, że wojskowi popełniają samobójstwo częściej niż mężczyźni cywilni tej samej grupy wieku. Wywodzić się to ma stąd, że u wojskowych do zwykłych przyczyn samobójstw dochodzą swoiste, związane ze służbą wojskową, jak: (cyt. za Grzywo-Dąbrowskim) *tęsknota za domem, niechęć do służby wojskowej, trudne przez swą odmienność od dotychczasowych warunków życia i służby, ograniczenie swobody, obawa przed karą, koszarowy tryb życia itd.* Inni autorzy nie uznają tego poglądu, podważając przede wszystkim sens statystycznego porównania mężczyzn w wieku poborowym — odbywających służbę wojskową z pozostającymi poza wojskiem. Zazwyczaj, poza służbą wojskową pozostaje tylko nikły procent mężczyzn, będący przy tym materiałem skrajnie różnym od pełniących służbę, zarówno pod względem zdrowia fizycznego, jak i pod względem psychologicznym. Czynniki przyczynowe zacytowane za Grzywo-Dąbrowskim dotyczą raczej szeregowego żołnierza, gdyż praca

oficera lub podoficera przypomina w zasadzie funkcje specjalnych urzędników i okresowo tylko wymaga szczególnego napięcia sił i woli oraz wyrzeczenia. Dane z rocznika statystycznego w następujący sposób ilustrują tendencję do wzrostu samobójstw w Polsce: między rokiem 1953 a 1965 nastąpił wzrost liczby samobójstw w ogóle o 7,4% (z 2594 do 2785), a w odniesieniu do mężczyzn — o 9,8% (z 1946 do 2137); wśród mężczyzn w wieku od 20—30 lat — o 23,7% (z 321 do 397) — dane statystyczne MO. Natomiast do ściśle wojskowych czynników ułatwiających powzięcie decyzji samobójczej należy zaliczyć łatwy dostęp do broni palnej, ograniczenie wolności związane z koniecznością przestrzegania dyscypliny, życie w koszarach oraz nieuregulowane życie seksualne.

3. SAMOBÓJSTWA W WOJSKU

Samobójstwa stanowią dla wojska problem bez porównania ważniejszy niż dla środowisk cywilnych. Statystyki Światowej Organizacji Zdrowia wykazują, że corocznie umiera śmiercią samobójczą średnio 17 osób na 100 000. Jest to jedynie znikomym procent wszystkich zejść śmiertelnych, który niknie zarówno statystycznie, jak i w rzeczywistości wśród masy zgonów spowodowanych wypadkami, różnymi chorobami itp. Natomiast w wojsku, które składa się z elementu wyjątkowo zdrowego fizycznie, mniej więcej co piąty lub nawet co czwarty zarejestrowany zgon to samobójstwo (dane przedwojenne — wg Babeckiego — w latach 1930—39: 20,1% wszystkich zgonów). Poza tym, wskutek specyfiki życia wojskowego, które opiera się głównie na ścisłej współpracy w kolektywie osób mających te same cele, tragiczne odejście jednego z członków tego kolektywu rozbija na długi czas harmonijną pracę pozostałych.

Pewnego odsetka zamachów samobójczych nie da się w wojsku uniknąć, gdyż należą one do zjawisk naturalnych w zbiorowościach ludzkich, niemniej jednak należy szukać sposobów na zmniejszenie ich liczby w sposób jak najbardziej istotny. Wojsko, będąc instytucją dysponującą własnym aparatem wielostronnej selekcji (służba zdrowia, psychologowie, dowódcy, oficerowie polityczni), jest w stanie wcześniej wykryć potencjalnych samobójców i przedsięwziąć szeroką akcję profilaktyczną. Należy jednak ustalić kryteria rozpoznawcze i zapoznać kadrę oficerską z zasadami postępowania.

W latach 1951—55 badałem szczegółowo problem samobójstw

w ludowym Wojsku Polskim³⁵. Wnioski z tej pracy przedstawiają się następująco:

1. Wśród żołnierzy, którzy w latach 1951—55 popełnili samobójstwo na terenie jednego z okręgów W. P., 50% rekrutowało się spośród psychopatów, a około 25% spośród chorych psychicznie. Jedynie 5% nie wykazywało wyraźnych zaburzeń psychicznych. U 22% szeregowców stwierdzono niedorozwój.

Tabela 5

Dane dotyczące samobójstw w innych armiach³⁶

Siły zbrojne, rok, liczba zbadanych	Psychozy	Nerwice	Psychopatie	Niedoroz- woje	Bez zaburzeń psychicznych
Niemcy 1939—45 (analiza 2000 przypadków)	41%	8%	34%	17%	
Marynarka Wojenna USA 1951 (114 przypadków)	28%	8%	57%		5%
Wojska lądowe USA 1953 (70 przypadków)	1%	18%	70%	2%	
Wielka Brytania 1961 (61 przypadków)			76,8%		12,5%
Francja 1960 (270 przypadków)	6%	9%	75%	10%	
Francja 1963 (50 przypadków)	10%	36%	54%	54%	20%

2. Przyczyną 17,5% samobójstw były czynniki związane bezpośrednio z właściwościami środowiska wojskowego. 82,5% żoł-

³⁵ Z. Rydzyski, *W sprawie samobójstw w wojsku — analiza przypadków samobójstw w wojsku w latach 1951—1955*, „Lekarz Wojskowy” nr 8, 1958, s. 712—731.

³⁶ Dane w tabeli zaczerpnięte z P. Juillet i P. Moutin, *Psychiatrie Militaire*, Massonet C-ie, Paryż, 1969.

nierzy popełniło samobójstwo pod wpływem czynników nie związanych ze służbą wojskową.

3. Podoficerowie i oficerowie popełniali samobójstwa z jednakową częstotliwością przez wszystkie miesiące roku. Szeregowcy popełniali samobójstwa znacznie częściej pod koniec okresu podstawowego szkolenia niż w innych miesiącach roku. Wszyscy żołnierze, a szczególnie szeregowcy, dokonywali najwięcej samobójstw w pierwszym roku służby wojskowej (oficerskiej, podoficerskiej).

4. Do najczęściej stosowanych metod samobójstwa w wojsku należało postrzelenie, a następnie — powieszenie. Inne sposoby odbierania sobie życia stosowane były bardzo rzadko.

5. Liczbę samobójstw w wojsku można zmniejszyć przez:

a) lepszą selekcję poborowych (chodzi głównie o niewcielanie do wojska psychopatów i nedorozwiniętych);

b) lepszą organizację wykrywania i leczenia chorych psychicznie w wojsku;

c) regulaminowe i humanitarne obchodzenie się z podwładnymi.

6. Każdy odratowany samobójca powinien być przebadany przez psychiatrę. Może to pomóc w wyjaśnieniu wielu problemów związanych z przyczynami samobójstw w wojsku.

W świetle tych badań, a także badań szeregu innych autorów, wydaje się, że istnieje ścisły związek między samobójstwem a stałą lub przemijającą niepełnowartościowością potencjalnych ofiar.

Dla jasności sprawy należy dodać, że znaczenie czynnika psychopatologicznego chociaż — być może — najistotniejsze, nie wyczerpuje jednak złożonej problematyki wiedzy o samobójstwach. Wydaje się nawet, że nie byłoby rzeczą bezpieczną zadowolić się przekonaniem o wyłącznie psychiatrycznej motywacji samobójstw. Przy takim podejściu może łatwo dojść do stanu samorozgrzeszenia i przyjęcia biernej postawy i przekonania, że otoczenie nie ma żadnego wpływu na samobójcze decyzje jednostek.

Problem samobójstw jest w istocie bardziej złożony. Obok przesłanek psychopatologicznych działa tu zwykle wiele innych przyczyn, niekiedy pozornie mało znaczących lub nie związanych bezpośrednio ze sprawą, a jednak bardzo ważnych zarówno z punktu widzenia patogenezy, jak i profilaktyki samobójstw. Zwłaszcza w zamkniętym środowisku wojskowym czynniki te nabierają szczególnego znaczenia.

Przed wszystkim wpływają na to:

1) niewłaściwy układ stosunków międzyludzkich w pododdziale;

2) fizjologiczna chwiejność emocjonalna młodych roczników żołnierskich;

3) niewielka znajomość psychologii i psychopatologii ze strony aparatu dowódczego i politycznego;

4) mało sprawnie działające mechanizmy eliminowania z szeregów wojska osobników predysponowanych do samobójstwa;

5) niedocenywanie sugestywnego wpływu jednego udanego samobójstwa na nie ujawniających się dotychczas potencjalnych samobójców z najbliższego otoczenia;

6) łatwość dostępu do broni;

7) prowokujące znaczenie pewnych pór roku, okresów służby wojskowej, pory dnia, zwyczajów itp.

Liczba samobójstw w wojsku zmaleje, jeżeli uda się zmniejszyć nasycenie szeregów wojska osobnikami niepełnowartościowymi psychicznie przez:

a) właściwie przeprowadzony pobór do służby zasadniczej i szkół wojskowych;

b) udoskonalenie wykrywalności zaburzeń psychicznych.

Zaburzenia psychiczne, a zwłaszcza psychopatie i łagodniejsze niedorozwoje, są trudne do wykrycia dla komisji poborowych pracujących bez psychiatrii, gdyż lekarze nie mają ani dość czasu, ani kwalifikacji, aby zorientować się w wartościach psychicznych przyszłego żołnierza.

Dawniejsze badania wykazały, że na komisjach pracujących bez psychiatrii, odsetek niedorozwiniętych, którzy przedostają się przez sito poborowych komisji lekarskich, wynosił niemal 50% całej liczby tych wszystkich niedorozwiniętych, którzy przed komisją stawali. Z psychopatami było jeszcze gorzej, gdyż odsetek psychopatów, którzy dopiero w okresie służby wojskowej ujawnili wadliwą strukturę osobowości, był niemal czterokrotnie większy od odsetka psychopatów ujawnionych przez komisję poborową.

Selekcję chorych osobników pełniących już służbę wojskową, zarówno zasadniczą, jak i zawodową, mogą się zająć wyłącznie placówki psychiatryczne wojskowej służby zdrowia. Natomiast wykrywanie zaburzeń psychicznych u żołnierzy, wbrew pozorom, opierać się musi nie na służbie zdrowia, lecz na kadrze dowódczej i politycznej. Lekarz jednostki jest zwykle ostatnim, który dowiaduje się o nieprawidłowych reakcjach żołnierza, o jego nieadekwatnym zachowaniu się lub dziwacznym postępowaniu. Te objawy rzucają się w oczy przede wszystkim osobom, które przebywają z żołnierzem na co dzień. Dlatego bezpośredni dowódca

i oficer polityczny powinni orientować się, przynajmniej w ogólnym zarysie, w problematyce psychopatologii.

Wykrywalność chorób psychicznych przez szerokie kręgi społeczne jest w Polsce bardzo niska. Wskazują na to m.in. w sposób obiektywny badania Z. Bizonia z 1963 r. dotyczące oceny przez przeciętnych obywateli klasycznie opisanego obrazu dwóch wyjątkowo ciężkich psychoz. Bizoń porównał uzyskane wyniki z danymi, podawanymi przez badaczy kanadyjskich i amerykańskich. Rezultaty przedstawiają się następująco:

Tabela 6

	Prairie Town	Baltimore	Warszawa
Schizofrenia urojeniowa	69%	91%	62%
Schizofrenia prosta	36%	78%	42%

Procenty oznaczają wysokość wykrywalności.

Nie należy się spodziewać, aby nasza kadra wojskowa, wywodząca się przecież ze społeczeństwa i organicznie z nim związana, była w stanie dużo lepiej wykrywać różnego rodzaju zaburzenia psychiczne niż osoby ze środowisk cywilnych. Za podstawioną tu tezę przemawiają dane uzyskane z moich badań nad problemem samobójstw w WP. Wynika z nich, że średnio 25% samobójców, zarówno spośród oficerów, podoficerów, jak i szeregowców, stanowili osobnicy z czynną psychozą. Uważam, że jest to odsetek wysoki. Między innymi musi to oznaczać, że wykrywanie chorób umysłowych wśród żołnierzy WP oraz postępowanie z chorymi psychicznie nie jest jeszcze należycie zorganizowane. W zasadzie dotychczas szybką interwencję wywołują jedynie przypadki ostre, zwłaszcza przebiegające z dużym podnieceniem ruchowym i słownym. Ludzie z depresją lub łagodną schizofrenią paranoidalną mogą bardzo długo przebywać wśród innych żołnierzy i nie doczekać się badania u specjalisty.

Większa znajomość psychopatologii wśród kadry przyczynić się może do dokładniejszej penetracji szeregów żołnierskich i usunięcia z nich w porę „potencjalnych samobójców” bądź to na stałe, jeśli na to zasługują, bądź do szpitala na leczenie. Wpłynęłoby to z korzyścią na polepszenie stosunków międzyludzkich w pododdziałach. Pomijam tu poprawę zwykłych kontaktów między zdrowymi członkami kolektwy, ponieważ problem ten jest domeną raczej psychologa niż psychiatry.

4. WNIOSKI KOŃCOWE

Samobójstwo jest dla wojska zagadnieniem wielkiej wagi.

Pewnego odsetka zamachów samobójczych nie da się w wojsku uniknąć, gdyż należą one do zjawisk naturalnie występujących w zbiorowiskach ludzkich.

Istnieją jednak możliwości zapobiegania samobójstwom w wojsku przez:

1) dalsze doskonalenie pracy komisji poborowych, komisji dla kandydatów do szkół podoficerskich, oficerskich i uczelni wojskowych po to, aby wcielały one nie tylko ludzi sprawnych fizycznie, ale i psychicznie;

2) dokonywanie stałej selekcji psychologiczno-psychiatrycznej w szeregach wojska, celem wczesnego wykrycia „potencjalnych samobójców” — psychopatów, niesprawnych intelektualnie, chorych z depresją, stanami urojeniowymi itp. — i albo kierowanie ich w porę na leczenie, albo zwolnienie z wojska;

3) zapoznanie całej kadry oficerskiej WP z podstawowymi wiadomościami z zakresu psychopatologii, co mieć może znaczenie nie tylko dla sprawniejszej selekcji wśród żołnierzy, ale i dla lepszego zrozumienia wielu mechanizmów współżycia w kolektynie.

ROZDZIAŁ IV

WSKAZÓWKI CO DO PROFILAKTYKI NAJCZĘŚCIEJ SPOTYKANYCH NERWIC W ŚRODOWISKU WOJSKOWYM

Wśród szeregu metod zapobiegania chorobom cywilizacyjnym najistotniejsze wydaje się być niedopuszczanie do nadmiernych obciążeń poprzez wczesną regenerację organizmu opartą przede wszystkim na stosowaniu racjonalnego wypoczynku.

Dla wielu ludzi pojęcie wypoczynku kojarzy się:

- a) z bezczynnością,
- b) z urlopem,

przy czym idealne wydaje się być połączenie w czasie tych dwóch czynników. Tymczasem przekonanie takie jest błędne.

Dłuższy wypoczynek może mieć tylko znaczenie uzupełniające. Natomiast największy nacisk powinno się kłaść przede wszystkim na racjonalne i planowo stosowane zabiegi profilaktyczne, nie pozwalające na pojawienie się stanu wyczerpania lub nadmiernego napięcia w życiu codziennym. Bowiem te drobne, ale setki i tysiące razy powtarzane urazy psychiczne, niewłaściwie odreagowane lub tłumione, przekształcają się w bardzo niezdrowe bodźce emocjonalne (przeważnie o typie nieuświadomionego lęku), których działanie przypomina, przez analogię, zjawisko korozji. Wiemy zaś, że straty uwarunkowane korozją, w skali kraju są znacznie większe niż spowodowane np. katastrofami. Efektem korozyjnego działania negatywnych bodźców psychicznych są przede wszystkim przewlekłe nerwice (najczęściej neurastenia) lub choroby psychosomatyczne (nadciśnienie, wrzodziejące zapalenie jelit, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, świerzb, biączka, choroba wieńcowa itp.). W tych ostatnich dyskomfort psychiczny znajduje swoje odbicie w narządach i układach cielesnych, unerwionych wegetatywnie.

Wychodząc z nieco innego stanowiska można by powiedzieć, że coroczny urlop wypoczynkowy jest właściwie zabiegiem leczniczym, mającym na celu usunięcie powstałych już anomalii.

Zgodnie zaś ze współczesnymi założeniami medycyny do wszelkich chorób powinno się podchodzić raczej zapobiegawczo, profilaktycznie niż leczniczo. Dlatego w tym rozdziale pragnę przede wszystkim zatrzymać się na tych zabiegach, które nie dopuszczają do trwałych następstw (zmęczenia), a tylko pobieżnie potraktować zagadnienie wypoczynku długotrwałego.

Zabiegi profilaktyczne można podzielić na następujące:

- 1) prawidłowe „ustawienie” człowieka na stanowisku pracy;
- 2) racjonalne usytuowanie człowieka w środowisku pracy;
- 3) zapewnienie mu szybkiej i racjonalnej regeneracji po ustaniu pracy;
- 4) zapewnienie mu komfortu snu, jako podstawowego czynnika regeneracji i wypoczynku w rytmie dobowym;
- 5) odpowiednie zaplanowanie wypoczynku tygodniowego, zwłaszcza typu weekendowego.

Ad 1. Jako jedyne kryterium przydatności oficera i podoficera do odpowiedniego stanowiska przyjęto uznawać jego przygotowanie zawodowe — dyplom odpowiedniej szkoły lub akademii, świadectwo ukończenia odpowiedniego kursu. Jest to oczywiście warunek podstawowy, ale nie jedyny. Często te same nomenklaturowo stanowiska różnią od siebie cechy środowiskowe, a taki sam fachowiec miewa bardzo różne cechy osobowości i pozostaje w różnych układach socjalnych, rodzinnych, koleżeńskich itp.

Pomyślną adaptację do określonego stanowiska pracy rokuje dopiero pełne zharmonizowanie różnych czynników osobowościowych i społecznych, stwarzające szczególnie korzystny układ warunków, mobilizujących oficera do pełnosprawnej pracy.

Należy pamiętać, że ludzie, którzy są znakomitymi podchorążymi, nie muszą być równie dobrymi oficerami; że oficer bardzo dobry na etacie kapitana, może zawieść na etacie podpułkownika; że bardzo dobry oficer sztabowy może być słabym dowódcą; że np. zmiana klimatu może zasadniczo obniżyć sprawność niektórych ludzi itd. Z tych względów obsada odpowiednich stanowisk powinna się opierać między innymi także na badaniach psychologicznych i lekarskich.

Drugim niezwykle ważnym elementem, zapewniającym odpowiednie wykorzystanie człowieka na określonych stanowiskach, jest wykształcenie u niego pełnej motywacji dla zleconej mu pracy. Chodzi o to, że wydanie surowego rozkazu i postawienie ściśle określonych zadań nie wystarcza. Przełożony musi wiedzieć, jak zachęcić podwładnego do powierzonych mu zadań, aby ten był głęboko przekonany o potrzebie wykonania dobrej roboty.

Mówię o tym nie z punktu widzenia przewidywanych rezultatów pracy, ale z punktu widzenia wydolności człowieka, jego męczliwości i wydolności psychicznej.

Zarówno doświadczenie, jak i badania naukowe wykazują, że pełna motywacja znakomicie zmniejsza męczliwość. Jeśli ktoś jest w pełni przekonany o celowości swej pracy, widzi w niej przyjemność, pasjonuje się nią, to nawet wielogodzinna, nieustanna „harówka” nie wywołuje u niego zmęczenia. Natomiast w sytuacji, w której pracę wykonuje się pod przymusem — lub choćby tylko bez przekonania — nawet godzina zajęć wywołuje zmęczenie. Pracownik funkcjonujący bez motywacji traci zdolność mobilizowania się do lepszej pracy, a każde następne zadanie wywołuje w nim niechęć do dalszego działania i rzeczywiste objawy zmęczenia.

Trzecim istotnym czynnikiem walki ze zmęczeniem i wyczerpaniem jest dbałość o niedopuszczenie do frustracji. Przez frustrację rozumiemy nieprzyjemny stan uczuciowy wywołany niemożliwością zrealizowania założonych zamierzeń i celów. Zamierzenia i cele mogą być oczywiście krótko- i długoplanowe. Można w skrócie powiedzieć, że przykładem krótkoplanowych celów jest dobre wykonanie bieżącej pracy i uzyskanie za to uznania; długoplanowym celem w wojsku jest prawidłowo przebiegająca kariera oficerska lub podoficerska, z perspektywą awansów i odznaczeń otrzymywanych sprawiedliwie, zgodnie z własnymi osiągnięciami. Przejście w stan frustracji w obu tych dziedzinach oznacza utratę motywacji służby wojskowej, z całym zestawem niekorzystnych dla tego faktu następstw. Jak ważne znaczenie ma stan frustracji dla odporności oficera, jego zdolności adaptacyjnych, a wreszcie zdrowia psychicznego, a nawet fizycznego, najlepiej pokazują przykłady.

W klinice psychiatrycznej WAM niekiedy leczą się niemłodzi już oficerowie, których kariera z różnych powodów została zahamowana i pozostają długie lata w stopniu np. kapitana. Choć z powodu nabytej rutyny wykonywanie pracy przychodzi im bez trudu, a ponadto warunki domowe, rodzinne itp. równoważą im w pewnym sensie awans, jakiego mogliby się spodziewać po przeniesieniu we właściwym czasie do innego garnizonu, to jednak z reguły są oni ciężko znerwicowani, zgorzkniali i wyczerpani psychicznie. Z ich wypowiedzi wynika, że szczególnie ciężko przeżywają fakt, iż ich koledzy — rówieśnicy wyprzedzają ich o dwa, trzy stopnie wojskowe. Dokładne badania wykazują, że ich wiek biologiczny o 10—15 lat wyprzedza wiek kalendarzowy; są oni zatem przedwcześnie postarzaali. Można obrazowo powiedzieć, że padli ofiarą frustracji.

Stany frustracji obserwować można i w innych sytuacjach. Np.: oficerowie skarżą się często, że przełożeni nagminnie zapominają wyrazić uznanie za dobre wykonanie poszczególnych zadań. O ile potknięcia, błędy, zaniedbania wytykane są natychmiast, o tyle sukcesy często zbywane są mruknięciem, a nawet — co jest zupełnie karygodne — przypisywane komu innemu. Jest to szczególnie drażliwy problem dla sztabowców, których praca często nie daje spektakularnych wyników. Nie trzeba być psychiatrą, aby zrozumieć, że pracownik szereg razy potraktowany w ten sposób, traci motywację dla rzetelnej pracy i popada w frustrację. Właściwy człowiek na właściwym miejscu, właściwie traktowany — to naczelną maksyma utrzymania stanu zdrowia psychicznego.

Ad 2. Powszechnie akceptuje się potrzebę zapewnienia żołnierzowi zawodowemu możliwości ciągłego rozwoju. W praktyce jest to jednak niekiedy trudne do wykonania. Bywa np., że najbardziej odpowiedzialne zadania daje się do wykonania najzdolniejszym, przez co jednak absorbuje ich się tak silnie, że nie mają oni już czasu na doskonalenie się i po pewnym czasie zaczynają „odstawać” od reszty — w negatywnym tego słowa znaczeniu. Jeżeli chcą się utrzymać na właściwym poziomie zawodowym, muszą nadrabiać zaległości kosztem swego zdrowia. Wydaje się, że polityka kadrowa powinna opierać się bardziej na mobilizowaniu „średniaków” do intensywniej pracy, aniżeli na obciążaniu najpłodniejszych i najzdolniejszych. Podobne problemy nierównomiernego rozłożenia wysiłków obserwuje się czasami w tzw. pracy społecznej. W niektórych jednostkach zdarzają się wypadki, że oddają się tej pasji, w czasie służby, pojedynczy oficerowie. Dzieje się to w końcu kosztem pracy podstawowej, która siłą rzeczy zostaje przerzucona na barki kolegów. Powstaje paradoksalna sytuacja, w której oficer zaniedbujący się w zajęciach zawodowych, otrzymuje liczne pochwały i stawiany jest innym za wzór, natomiast ten, który wykonuje „najczarniejszą robotę” wyrabia w sobie poczucie mniejszej wartości i krzywdy, ponieważ jest mniej zauważany przez swych przełożonych. Sytuacja taka prowadzi do frustracji, a następnie utraty motywacji dla służby, ze znanymi już skutkami, albo też do konfliktowych układów międzyludzkich, rozbijających kolektyw. Racjonalne „ustawienie” w środowisku pracy jest problemem szczególnie ważnym w odniesieniu do młodej kadry, przystępującej dopiero do swych obowiązków. Postępowanie z młodym podoficerem lub oficerem w ciągu pierwszych miesięcy służby, najczęściej „programuje” jego karierę wojskową na całe dalsze życie. Serdecz-

ne przyjęcie przez kolektyw, pomoc przy pierwszych potknięciach, uznanie dla pierwszych sukcesów, zainteresowanie się warunkami bytowymi, rzeczowa kontrola postępowania — to gwarancja ukształtowania prawidłowej osobowości żołnierza zawodowego. Jakże często jednak pierwszy kontakt z samodzielnie służbą łączy się z przekreśleniem ideałów wyniesionych z uczelni i uczuciem lęku o swoją przyszłość. Wadliwa akceptacja przez środowisko, pociągająca za sobą spotęgowany trud przystosowawczy, zniechęca i odpycha, niszczy motywację dalszej służby. Młody adept sztuki wojskowej z lękiem i niechęcią stawia się do pracy, która wyczerpuje go i męczy. W warunkach cywilnych pozostaje możliwość samorządnej zmiany miejsca zatrudnienia — w wojsku jest to niemożliwe. Na ten aspekt profilaktyki zmęczenia powinni dowódcy zwracać szczególnie dużo uwagi. W postępowaniu z podwładnymi, zaczynającymi dopiero swą pracę, szczególną uwagę zwrócić trzeba na tzw. pechowców (tzn. pracowników, którym na początku nic się nie udaje). Mogą wśród nich być oczywiście osobnicy rzeczywiście nieudani, u wielu jednak przypadkowe niepowodzenia wytwarzają lęk i brak pewności siebie, który gubi ich w dalszym postępowaniu. Są oni do uratowania i wyrastają na dobrych oficerów, jeżeli poda im się rękę w momencie krytycznym, podsuwając zadania, które muszą się udać. Kilka kolejnych sukcesów przywraca im zazwyczaj wiarę w siebie i wyzwala na przyszłość prawidłowe postawy.

Ważnym czynnikiem walki ze zmęczeniem na stanowiskach pracy jest dbałość o dobrą atmosferę — w każdym znaczeniu. Dobre wietrzenie, zakaz palenia tytoniu w czasie pracy, dużo zieleni, która nie tylko dekoruje, ale i pochłania dwutlenek węgla oraz reguluje wilgotność, właściwe barwy ścian, ład i porządek — to jedna strona zagadnienia. Druga — to dbałość o właściwe stosunki międzyludzkie. Życzliwość, wytwarzanie atmosfery spokoju i zaufania, przestrzeganie harmonogramów zajęć i wypoczynku, rozładowywanie konfliktów, a nie napinanie ich, kierowanie naturalnej agresywności ludzkiej na sport, ćwiczenia, szlachetną rywalizację w osiąganiu coraz to lepszych wyników w pracy — to czynniki znakomicie mobilizujące psychicznie i ułatwiające podejmowanie i wykonywanie nawet dużych zadań bez zmęczenia. Przeciwny stan — chaotyczność w pracy, intrygi — powoduje, że w krótkim czasie zespół ludzi, który miał być zgranym kolektywem, przekształca się w beładną grupę wyczerpanych i zmęczonych osobników.

Być może powyższe uwagi, mające wszelkie cechy truizmu, przyjęte zostaną jako zbędne. Doświadczenie uczy jednak, że w sprawach stosunków międzyludzkich nie można nigdy osiągnąć

nać stopnia samozadowolenia. Każdy dowódca musi traktować sprawę sprawności psychicznej swego kolektywu jako pierwszoplanową. Wszelkie zaniedbania w tej dziedzinie dla całego kolektywu kończą się prędzej czy później niepowodzeniami.

Szczególnie delikatną sprawę stanowi w wojsku problem niemożności odreagowania negatywnego stosunku emocjonalnego do przełożonego. Dyscyplina wojskowa, pośpiech działania oraz fakt, że polecenie, a nawet wypowiedź dowódcy mają dla podwładnego wagę rozkazu powodują, iż w wielu przypadkach dochodzi do niedopowiedzeń i działania w warunkach niepełnej motywacji. Podoficer lub oficer nie może wszcząć dyskusji, prosić o wyjaśnienie, jeżeli przełożony sobie tego nie życzy. Przy poważniejszym lub dłużej trwającym konflikcie nie może „wymówić posady”, nagle odejść z pracy, czy wdać się w „rozładowującą” sprzeczkę. Powoduje to narastanie niepotrzebnych napięć, a niekiedy nawet męczącej atmosfery bojkotu i ukrytej niechęci.

Brzmi to paradoksalnie, ale podstawowym warunkiem wydajnej pracy jest nie tyle przestrzeganie godzin zatrudnienia, ile właściwe rozłożenie przerw, czyli czasu rekreacji. Wielogodzinna praca bez przerwy, przyczynia się do postępującego spadku wydajności, a co za tym idzie, przestaje być owocna. W subiektywnym zaś przekonaniu osoby pracującej odczuwana jest jako męczarnia. Zaleca się 40—50-minutowe okresy intensywnego wysiłku z następującymi po nim przerwami 10—15-minutowymi, a po 3—4 godzinach dłuższy 20—30-minutowy wypoczynek. Przy intensywnej pracy umysłowej, zwłaszcza u osobników po 45 roku życia, aktywne zajęcia nie powinny trwać dłużej niż 30 minut. Przerw nie powinno się wypełniać papierosem, ale krótkim spacerem, beztroską rozmową, słuchaniem muzyki etc. Kwestia długości czasu pracy jest zresztą sprawą bardzo indywidualną. Dlatego uwagi powyższe należy traktować jako rozważania typu statystycznego.

Niektórzy ludzie mogą, a nawet muszą pracować według innych cyklów, dłuższych lub krótszych, i nie należy im w tym przeszkadzać. Chociaż w wojsku jest to (podobnie jak w rolnictwie) trudne do zrealizowania, powinno się jednak dbać o to, aby dzień pracy przeciętnego oficera zbliżył się do uznanych w Polsce norm.

W miarę możliwości praca powinna być urozmaicona, tzn. składać się powinna z rozmaitego typu zajęć. Z fizjologii pracy wiadomo, że pobudzenie do funkcji pewnych grup komórek nerwowych przyspiesza regenerację innych, które pracowały dotychczas. Na zjawisku tym opiera się m.in. zalecana zasada tzw.

aktywnego wypoczynku. Zmęczenie rozwija się bowiem nie tylko z powodu nadmiaru bodźców, ale i na skutek ich jednostajności lub braku. Zastąpienie na pewien czas pracy, która zaczyna nas męczyć inną, o odmiennej dynamice, znakomicie odpręża i pozwala po stosunkowo krótkim odstępie czasu powrócić do poprzedniej. Natomiast błędem jest uporczywe dążenie do przełamania zmęczenia powtarzaniem dotychczasowych zadań. Wydajność wtedy znacznie spada i praca staje się mało produktywna i może doprowadzić do niebezpiecznych potknięć.

Ad 3. Odpoczynek po codziennej pracy jest najistotniejszą formą bezpośredniej rekreacji. Od niego w zasadniczy sposób zależy aktywność i wydajność człowieka w dniu następnym. Spędzanie wolnego czasu jest pewnego rodzaju umiejętnością, której należy się nauczyć, a wtedy racjonalny wypoczynek zorganizować można w każdych okolicznościach. Trzeba sobie powiedzieć, że na optymalny odpoczynek nie ma gotowych recept, w dużej mierze zależy on od cech osobowości człowieka. Jedni najlepiej wypoczywają samotnie, inni w towarzystwie; jedni dobrze się czują w ruchu i hałasie, drudzy w sprzyjającej kontemplacji ciszy; jednych pociąga muzyka, innych szachy; jedni uwielbiają pracę w ogródku, drugich myśl o grzebaniu w ziemi napełnia odrazą; jedni lubią zbieractwo, drugim ta forma odprężenia wydaje się śmieszna. Regułą zatem powinna być zasada pozostawienia „wolnej ręki” w wyborze rozrywki, chyba że przybiera ona formy społeczne, albo gdy jest szkodliwa dla zdrowia.

Na skuteczność codziennego odpoczynku niemały wpływ wywiera najbliższe środowisko społeczne. Nie jest bowiem obojętne, czy po opuszczeniu koszar trafia się w środowisko rodzinne-go ciepła — uśmiechniętej żony, wesołych dzieci, miłych sąsiadów czy też np. w zimne i obojętne ściany hotelowego pokoju, z perspektywą stołówkowej kolacji i spędzenia reszty wieczoru w towarzystwie kolegów, „zaprogramowanych” na ten sam niewyszukany stereotyp zachowania.

Istnieją oczywiście pewne ogólne typy najszerszej akceptowanych form odpoczynku po pracy, z których przynajmniej kilka warto tutaj wyliczyć.

I. Po ukończeniu służby nie należy nosić munduru. Zdjęcie munduru jest nie tylko posunięciem mechanicznym, lecz kryje w sobie głębsze psychologiczne treści. Jest ono symbolem zdjęcia z siebie licznych obowiązków, jakie wiążą się ze służbą wojskową, uwalnia od krępującej dbałości o uszanowanie munduru, czyni ludzi swobodniejszymi, rozluźnia psychicznie. Wypoczynek staje się przez to pełniejszy.

II. Pełne oderwanie od zajęć służbowych przynosi często aktywne włączenie się w nurt życia rodzinnego. Pomoc żonie w czynnościach gospodarskich, a dziecku w rozwikłaniu trudności szkolnych, lub koleżeńskich, znakomicie urozmaica dotychczasową działalność i przyspiesza pełną regenerację sił. Ta integracja z bliskimi osobami daje podświadomy wzrost dobrego samopoczucia, ponieważ wiąże emocjonalnie z tymi, u których instynktownie szukamy oparcia w trudnych chwilach życiowych. Z drugiej strony formalne nawet zainteresowanie się sprawami wspólnego ogniska znakomicie wpływa na poprawę poczucia bezpieczeństwa rodziny, która nabiera pewności, że ma na kogo liczyć w potrzebie.

III. Bardzo ważne jest poświęcenie uwagi dziecku (dzieciom). Procesy wychowawcze wymagają równie dużej ingerencji emocjonalnej ojca co i matki. Szczególne znaczenie ma codzienny kontakt ojca z synem. Ojciec przez wiele lat jest jedynym autorytetem we wszystkich sprawach życiowych syna, wypytywanym przezeń wnikliwie i podchwytliwie o wszystko, co wydaje się ważne, i podświadomie naśladowanym. Brak zainteresowania ze strony ojca odczuwany jest jako odrzucenie i bardzo źle rzutuje na kształtowanie się osobowości dziecka. Dałoby się uniknąć wielu trudności wychowawczych u nastolatków i dwudziestolatków, gdyby ich ojcowie nie żalowali im czasu w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Dzieci szczególnie uwielbiają spacerować z ojcem do parku lub lasu oraz wspólne spędzanie wakacji typu biwakowego. Uważam, że korzyści są wtedy obobne.

IV. Ludzie, którzy nie wiedzą sami co zrobić z wolnym czasem, powinni szukać recepty na rekreację w klubach i innych organizacjach profesjonalnie zajmujących się wypoczynkiem. Teza ta oczywiście stawia owym jednostkom organizacyjnym odpowiednie wymagania.

Ad 4. Ważnym czynnikiem rekreacji jest sen. Jego zaburzenia są czułym wskaźnikiem dyskomfortu psychicznego. W tej sytuacji szczególnej wymowy nabiera fakt, że w krajach o wysokiej cywilizacji szerzą się różnego rodzaju zakłócenia snu. Badania sondażowe, dokonywane w USA, wykazały, że 50% ludności tamtejszych miast cierpi okresowo na bezsenność. Zdrowy człowiek przesypia w sumie 1/3 swego życia i bezsenność zabija go znacznie prędzej niż brak jedzenia. Doświadczenia robione na ochotnikach wykazały, że tolerancja na niewyspanie jest co prawda bardzo indywidualna, tym niemniej jednak u większości ludzi po trzech dobach niespania pojawiają się stany psychopatologiczne, a po 4 dobach wszyscy zaczynają zachowywać nie nienormalnie. Występują halucynacje, zamąca się świadomość, tok i treść wypowiedzi ulegają zaburzeniu, pojawia się depresja. Po wielodobowym, autentycznym niespaniu z reguły rozwija się choroba psychiczna (tzw. sleep deprivation psychosis).

Ludzie podświadomie orientują się w wadze snu, stąd ogrom-

na kariera środków nasennych. W Wielkiej Brytanii, w latach 50-tych, 20% wszystkich leków zapisanych przez Państwową Służbę Zdrowia stanowiły środki bezpośrednio lub pośrednio nasenne. Od tego czasu produkcja tego typu tabletek wzrosła niepomieranie.

Przedmiotem moich dalszych rozważań nie będzie jednak rozmaitość odpowiednich specyfików i ich klasyfikacja, a przeciwnie, propozycja ostrego odcięcia się od nich.

Lata 1965—74 przyniosły bardzo wiele cennych odkryć w dziedzinie poznania istoty snu. Przyczyniły się do tego przede wszystkim badania dokonywane na zamówienia kosmonautyki, która to nauka żywo interesuje się problemem szybkiej i skutecznej rekreacji kosmonautów. Badania te wykazały, że dawne poglądy o jednolitości zjawiska snu okazały się fałszywe. Przede wszystkim eksperymenty elektroencefalograficzne wykazały, że sen składa się z kilku zharmonizowanych ze sobą funkcji fizjologicznych, mających różne uwarunkowanie zarówno anatomiczne, jak i biologiczne. Dziś wiemy, że obok jawy i prawdziwego, głębokiego snu, prowadzącego do odnowy procesów biochemicznych w komórkach mózgu, istnieje jeszcze „trzeci stan”, inaczej zwany paradoksalną fazą snu. Stan ten jest równie niezbędny dla pełni zdrowia psychicznego jak i pozostałe, choć przeżywanie go trudno określić mianem wypoczynku. Okresy snu paradoksalnego u dorosłych ludzi powtarzają się rytmicznie około 5 razy w ciągu nocy, mniej więcej co 1,5 godziny, trwając za każdym razem 10—20 minut. W fazach paradoksalnych bardzo intensywnie przeżywamy marzenia senne. W czasie ich trwania dochodzi do przyspieszenia akcji serca (nieraz ponad 100 uderzeń na minutę), wahań w ciśnieniu krwi, przyspieszenia i spłycenia oddechu, szybkich ruchów gałkami ocznymi, spadku napięcia mięśni utrzymujących pionową postawę ciała oraz do aktywizacji hormonów przysadkowych i nadnercza. Zjawiskom tym towarzyszą bardzo emocjonalnie przeżywane marzenia senne, odbierane z pełnym poczuciem realności; obudzeni ludzie relacjonują najpierw swój sen jako rzeczywistość. Dla lekarzy jest rzeczą niezmiernie istotną, że w tej fazie aktywizuje się szereg psychosomatycznych schorzeń (choroba wieńcowa, niekiedy powstają zawaly), u wrzodowców nasila się hypersekrecja i nadmierna ruchliwość mięśni żołądka, co powoduje tzw. nocne bóle, a astmatycy i rozedmowcy dostają napadów duszności. Aktywizują się również niektóre formy padaczki, często występuje objaw zgrzytania zębami. We śnie paradoksalnym natomiast nie występują: lęk nocny, moczenie, mówienie przez sen, somnambulizm i chrapanie.

Jak to już wcześniej zaznaczyłem, marzenia senne zdają się stanowić między innymi niezbędną formę odreagowywania przez człowieka (w sposób symboliczny, magiczny i oderwany) tych urazów psychicznych, jakich doznał on w życiu realnym. Prawdopodobnie we śnie paradoksalnym urabiana jest także, w sposób zakodowany, postawa człowieka wobec tych decyzji, które podjąć będzie musiał po przejściu w stan jawy. Stąd wniossek wskazujący na niesłyszanaą wagę faz paradoksalnych snu dla zdrowia człowieka. Obraz faz paradoksalnych snu przybrać może dużo mniej wstrząsający charakter, jeżeli urazy psychiczne zostały odreagowane prawidłowo na jawie. Wszystko wskazywać się zdaje na potrzebę unikania wszelkich środków, które mogłyby wygaszać czy tłumić ten nasz „trzeci stan świadomości”, skoro jest on tak bardzo pożyteczny dla zdrowia. Tymczasem większość używanych powszechnie leków nasennych tłumi zarówno czas trwania, jak i periodyczność występowania snu paradoksalnego. Używając ich, prawdopodobnie pozbywamy się naturalnej możliwości prawidłowego odreagowania trudności życiowych — inaczej mówiąc — odrzucamy jeden z najlepszych mechanizmów obronnych przed naporem negatywnych bodźców emocjonalnych. I choć po odpowiednich lekach sen pojawia się i trwa dostatecznie długo, nie daje on nam rzeczywistego wypoczynku, a wprost przeciwnie, budzimy się zmęczeni, w napięciu i lęku. Nie pojmując o co chodzi, następnym razem bierzemy większe dawki lub sięgamy po nowy preparat, otwierając w ten sposób błędne koło. Rozwój farmakologii, przemysł farmaceutyczny dostarczający coraz to nowych nasennych syntetyków, krzykliwa reklama tych specyfików, łatwość ich otrzymania mijają się z pierwotnym celem, jakim było zdrowie psychiczne i fizyczne człowieka. Leki, które miały pomóc, popychają na niebezpieczne manowce.

Doświadczenie wskazuje, że większość przypadków bezsenności daje się opanować bez leków nasennych. W prostych przypadkach zmiana trybu życia, odżywiania się, przecięcie narastającej sytuacji konfliktowej — często po prostu przez podjęcie odkładanej stale decyzji, mniej agresywne podejście do swoich problemów życiowych. W innych wypadkach trzeba sięgnąć po poradę lekarską — psychiatry lub psychologa. Dysponują oni całym szeregiem metod psychoterapeutycznych, dzięki którym można osiągnąć dobry sen bez leków. Wszystkie powyższe uwagi nie oznaczają oczywiście potępienia leków nasennych w ogóle, a mają oznaczać, że powinno się ich używać pod ścisłą kontrolą lekarza. W niektórych bowiem wypadkach (jak. np. przy zagrażającym zawale, pęknięciu wrzodu żołądka itp.) przytłumienie

na pewien okres czasu fazy paradoksalnej jest niezbędne. Istnieją także i psychologiczne wskazania wobec leków nasennych. O ich podaniu, a zwłaszcza o wyborze odpowiedniego specyfiku, decydować może tylko lekarz a nie sam pacjent lub — jak się to często zdarza — kolega, sąsiad czy krewny.

Ad 5. Istotną formę wypoczynku przynoszą ze sobą wolne soboty. Ich regeneracyjne działanie nie budzi wątpliwości. Jedyna trudność polega na tym, jak wykorzystać czas nagle wygotowany, tym bardziej, że nie ma w Polsce tradycji odpoczynku typu weekendowego. Otóż wydaje się, że dla tego rodzaju czasów recepta jest dosyć prosta. Wszystko, byle nie wódka, papierosy i wielogodzinna gra w karty. Ludność z wielkich miast instynktownie wędruje na tereny leśne i wodne, ludność wiejska lub małych miasteczek podróżuje do dużych miast, aby robić zakupy, odwiedza muzea, jedzie do teatru. Nie jest też wcale źle, jeżeli wolną sobotę poświęca się na pranie, sprzątanie, malowanie i różne przeróbki w mieszkaniu. W ten sposób zrzuca się z siebie męczący ciężar zalegających zadań, które wykonać i tak kiedyś trzeba, a w tym czasie można je zrobić spokojnie a nie kosztem snu lub przyjemności. Wolne soboty mają również inną, niesłychanie ważną funkcję społeczną, której lekceważyć nie wolno. Integrują one rodzinę. Jest to cotygodniowa okazja dla dzieci, aby mogły nacieszyć się matką i ojcem, jest to okazja dla męża i żony, aby mogli spędzić czas razem, choćby nawet po to, by przedyskutować sprawy budżetu, wychowania dzieci itp.

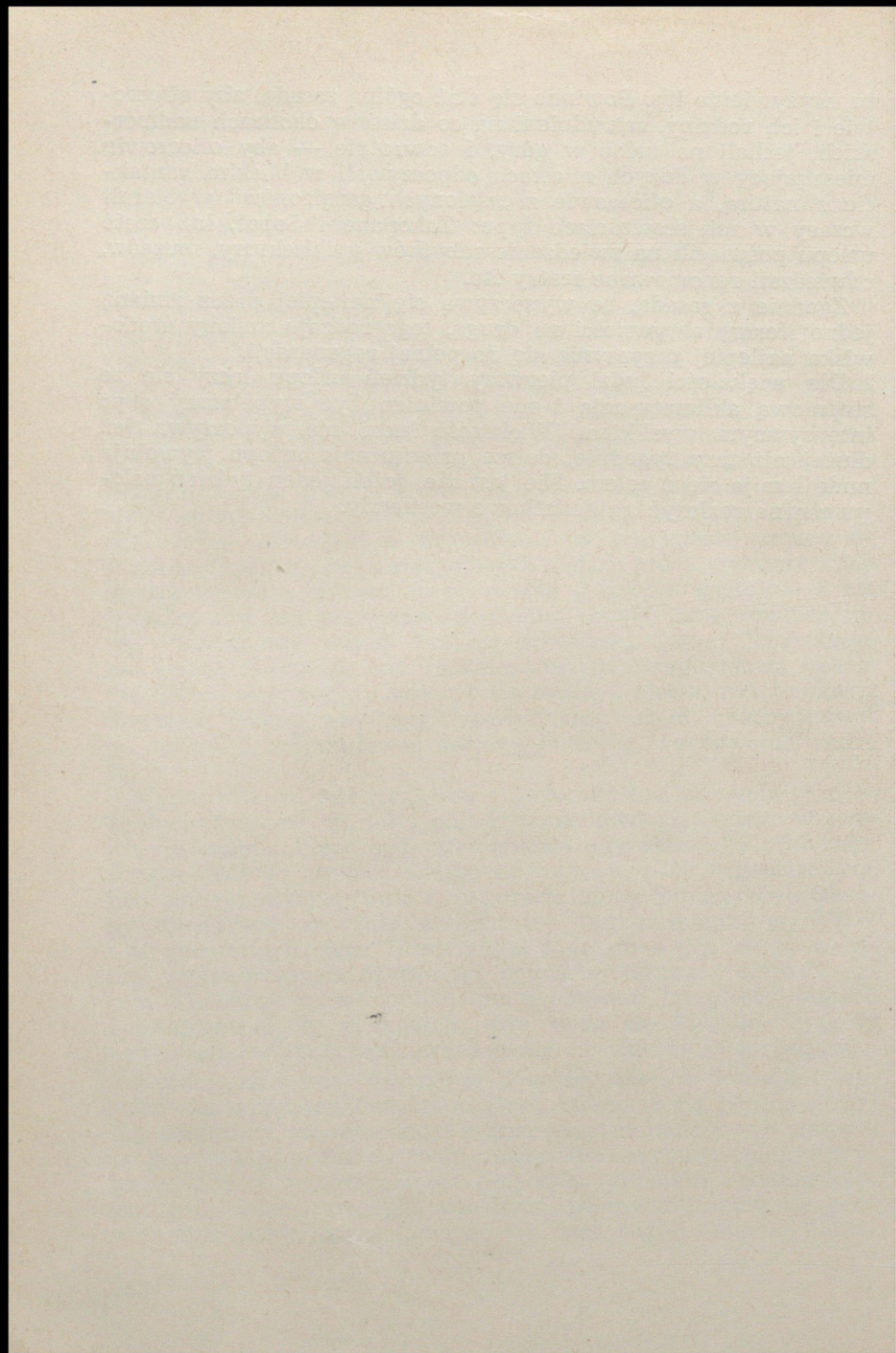
Wypoczynkowi miesięcznemu poświęcono bardzo wiele prac — zarówno naukowych, jak i popularnonaukowych. Dlatego w swoich rozważaniach nie będę szczegółowo omawiać tego problemu. Pragnę jedynie zwrócić uwagę na duży wysiłek organizacyjny, jaki podjęło w tej sprawie w ostatnich latach Ministerstwo Obrony Narodowej, znacznie zwiększając liczbę miejsc w WDW i w sanatoriach oraz rozszerzając i urozmaicając akcję czasów zaplanowanych. Możliwości corocznej rekreacji wzrosły zatem wielokrotnie, w porównaniu z okresem lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, szczególnie gdy doda się do tego wyjazdy nad ciepłe morza, organizowane przez cywilne biura turystyczne.

Kuracjusze i czasowicze, w doborze miejsca kuracji i wypoczynku winni możliwie najczęściej kierować się poradą lekarską. Niektórzy, nawet młodzi ludzie, mogą narazić swoje zdrowie na poważne zagrożenie, jeżeli niewłaściwie wybiorą miejsce wyjazdu. Zależy to od różnych utajonych anomalii endokrynologicznych, układu krążenia, trawienia, pewnych stanów alergicznych itd., które mogą ujawniać się przy nagłej zmianie klima-

tu, wyżywienia itp. Powinno się stać ogólną zasadą, aby oficerowie i ich rodziny, zatrudnieni na co dzień w okolicach nadmorskich, jechali na urlop w góry, i odwrotnie — aby oficerowie mieszkający w dużych miastach odpoczywali w bliskim kontakcie z naturą, a oficerowie z „zielonych garnizonów” wybierali wczasy w miejscowościach typu: Zakopane i Sopot, lub część urlopu poświęcili na zwiedzanie zabytków architektury, muzeów, odwiedzali renomowane teatry itp.

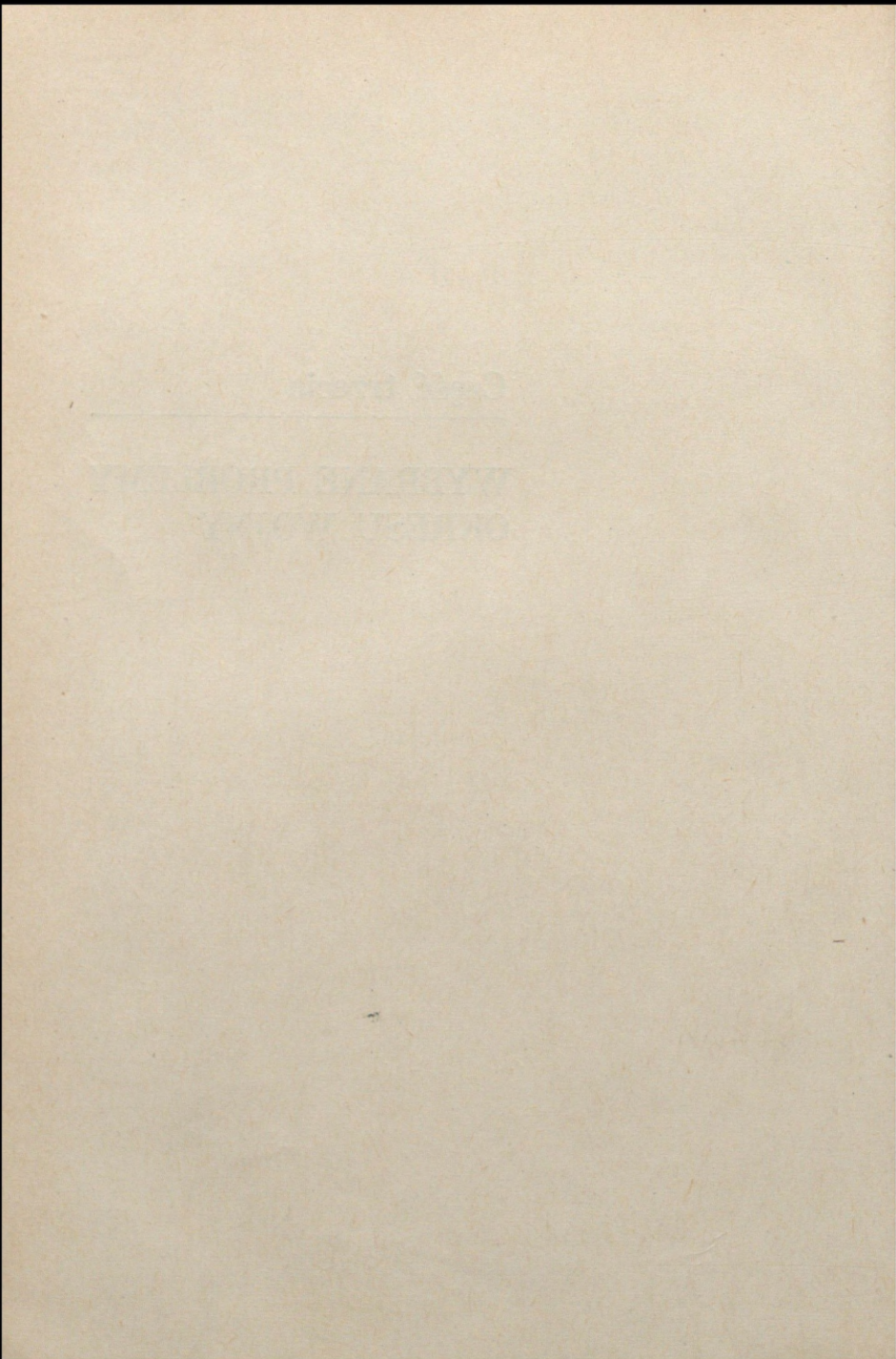
Zgodnie z zasadą, że wypoczywa się najlepiej przez zmianę jednej formy aktywności na drugą, tego rodzaju zmiany środowiska najlepiej przyczynią się do pełnej regeneracji.

Dla większości ludzi pierwszy tydzień urlopu łączy się ze stopniową aklimatyzacją i nie powinien być wypełniony zbyt intensywnym wysiłkiem. Większość ludzi nie wypoczywa też dłużej niż trzy tygodnie, dalsze przedłużanie urlopu wywołuje nudę i mija się z celem. Nie jest źle, jeżeli jeden tydzień urlopu można rozłożyć na dodatkowe weekendy.



Część trzecia

WYBRANE PROBLEMY
OKRESU WOJNY



ROZDZIAŁ I

„NERWICE WOJENNE”

1. DANE OGÓLNE

Zarówno u żołnierzy biorących bezpośredni udział w działaniach bojowych, jak i wśród żołnierzy oraz ludności cywilnej narażonej na naloty bombowe, nękanej ogniem artyleryjskim, a także wśród żołnierzy oczekujących wyjazdu na front, szczególnie często należy oczekiwać wystąpienia tzw. nerwic wojennych. Źródłem ich są nie tylko silne napięcia emocjonalne (strach przed utratą życia lub zranieniem, dostaniem się do niewoli), ale i zmęczenie długotrwałym napięciem uwagi, czujnością, brakiem snu, łączące się ze skrajnym wyczerpaniem fizycznym (długotrwałe walki, brak wypoczynku, niezaspokojone pragnienie, głód) oraz cierpieniami fizycznymi po odniesionych urazach. Pewne znaczenie ma także czynnik konstytucjonalny: nierównoważenie psychiczne, przebycie w przeszłości (w życiu cywilnym) epizodów nerwicowych, urazów układu nerwowego oraz stan indywidualnej wytrzymałości fizycznej, morale żołnierskie, chęć walki, zdyscyplinowanie, stopień społecznego i politycznego uświadomienia, zaufanie do dowódców i towarzyszy broni, nastrój w oddziale wojskowym, dotychczasowe sukcesy lub klęski oddziału. Zwłaszcza narastające zmęczenie, upadek morale, upadek nastroju oddziału (tzw. cafard, wg autorów francuskich), wykruszenie się liczebnego stanu jednostki wojskowej wskutek pojawienia się wielu przypadków „nerwic” mogą być ważną wskazówką dla dowódców co do konieczności złuzowania oddziału bądź udzielenia urlopów wypoczynkowych niektórym żołnierzom. Obraz kliniczny „nerwic wojennych” jest ogromnie barwny. Stąd duże trudności klasyfikacyjne, narastające jeszcze bardziej z powodu dużych różnic w poglądach poszczególnych autorów na nerwice. Z punktu widzenia praktyki życiowej podzielić można je w sposób podany w tabelach: 7 i 8.

Nerwice wojenne występujące u poszczególnych żołnierzy

Pogranicze: Zmęczenie, fizjologiczna reakcja lękowa	
1. Zespół wyczerpania walką	
2. Stany lękowe o różnym nasileniu	
3. Nerwice o obrazie odpowiadającym powszechnie przyjętym postaciom psycho- nerwic, tzn.:	neurastenii psychastenii nerwicy natręctw nerwicy oczekiwania depresji nerwicowej histerii
4. Zespoły nerwicowe „nawarstwione” u osobników z różnego rodzaju chorobami ośrodkowego układu nerwowego	
5. Rzekome zespoły nerwicowe uwarunkowane organicznie, np. po wstrząśnieniu mózgu	
Pogranicze: Psychozy reaktywne	

Nerwice występujące zespołowo (kolektywnie)

1. Upadek nastroju i pesymizm ogarniający całe armie („cafard” wg autorów fran- cuskich)
2. Stany masowej rezygnacji z walki, powodujące zanik oporu wobec nieprzyja- ciela, poddawanie się bez wystrzału nieprzyjacielowi, typowe dla dużych klęsk
3. Panika
4. Stany zbiorowego podniecenia, prowadzące do masowej rzezi, rabunku, po- gromu, bezsensownych niśczeń mienia
5. „Choroba drutów kolczastych” wśród jeńców

Jak widać z powyższych tabel, nerwice wojenne zasadniczo podzielić można na dwie duże grupy: te nerwice, które występują u poszczególnych żołnierzy, i te, które „udzielają się” od razu całym grupom społecznym. Dla służby medycznej najistotniejsze znaczenie mają te pierwsze, dla aparatu politycznego

i dowódczego — drugie. Obie jednak postacie w sposób istotny przyczyniają się do obniżenia wartości walczących oddziałów, w związku z czym konieczna jest znajomość ich obrazu klinicznego i dynamiki rozwoju, zarówno ze strony lekarzy, jak i dowódców.

2. NERWICE U POSZCZEGÓLNYCH ŻOŁNIERZY

Najbardziej typową dla pola walki jest nerwica, której robocza nazwa brzmi: zespół wyczerpania walką (zww), odpowiednio w językach: rosyjskim, angielskim i francuskim — syndrom istoszczenia bajom, combat exhaustion, l'épuisement au combat.

Zww w różnym nasileniu — o czym będzie jeszcze mowa — obserwowano po przedłużających się ciężkich bojach nawet u żołnierzy chętnych do walki, doświadczonych i dobrze przeszkolonych. Głównym czynnikiem patogenetycznym jest nie tyle strach przed śmiercią lub okaleczeniem, ile ogromny wysiłek fizyczny i ogromne napięcie emocjonalne, nieustanne napięcie uwagi, długotrwała czujność, niemożność wypoczynku i wyspania się, trudność w zaspokajaniu głodu z przyczyn obiektywnych (trudności w aprowizacji) i subiektywnych (utrata apetytu), trudność w zaspokajaniu pragnienia. Obok tego, w sposób przewlekły i męczący działa fakt nieustannego wystawiania się na niebezpieczeństwo (ciągły, huraganowy ogień pocisków, działanie podmuchu), widok i jęki rannych lub ginących kolegów. Aktywny udział w zadaniach bojowych, oczekiwanie w napięciu rozkazu od przełożonego, obowiązek i chęć dokładnego wykonania poleconego zadania, którym często towarzyszy maksymalny wysiłek fizyczny (walki w górach, na pustyni) lub emocjonalny (walki w powietrzu, walki na morzu) — wszystko to prowadzi do pojawienia się opisanego zespołu. Zespół ten, po przekroczeniu pewnej „osobistej” granicy wytrzymałości, rozwinąć się może u każdego, a czynnik konstytucjonalny lub przebyte w życiu cywilnym stany nerwicowe mają raczej względny wpływ na pojawienie się czy szybkość wystąpienia tego zespołu. U żołnierzy starszych wiekiem objawy zww pojawiały się wcześniej. Ogólnie jednak rzecz biorąc, osobnicy zrównoważeni w okresie przedbitewnym i o wyższym morale żołnierskim, świadomi celów walki, dłużej wytrzymywali trudy walki niż osobnicy chwiejni, zaleknieni już w okresie przedbitewnym. Ale nie ma tu reguły. Zdarzało się, że wielu niezrównoważonych osobników doskonale znosiło długotrwałe trudy bitwy, podczas gdy ochotnicy, uprzednio zrównoważeni, wcześniej zawodzili w walce. Wynikałoby

z tego, że stan zrównoważenia psychicznego (co łączy się zwykle ze stanem dobrego fizycznego samopoczucia) jest względnym gwarantem uniknięcia zww. Decyduje o nim zatem nasilenie walk i ich przedłużanie się. Jak można było się tego spodziewać, zww pojawia się najczęściej i zaczyna się najwcześniej w jednostkach z najwyższym wskaźnikiem strat. Autorzy amerykańscy przytaczają takie przykłady, kiedy mniej więcej 65% pierwotnego składu jednostek wojskowych „wykruszyło się” w końcu 40 dnia bitwy z powodu zww, zaś pomiędzy 110—120 dniem nieustannych walk trzeba było z tego powodu wycofać prawie 100% żołnierzy z pierwszej linii frontu.

Należy podkreślić, że nierzadko zww rozwijał się u żołnierzy nie w toku samej walki, lecz dopiero z chwilą, gdy wycofano — dla złuzowania — oddział prowadzący już przez dłuższy czas walkę. Akt udziału w walce stanowił w tym wypadku tak silny czynnik pobudzający, że żołnierz w czasie jej trwania był zdolny w pełni zachować swą zdolność bojową, a załamywał się dopiero po wycofaniu się z walki.

Charakter objawów indywidualnych i rozwój objawów w zespole wyczerpania walką jest stereotypowy. Ilustruje go tabela 9.

Kolejność występowania objawów psychicznych w zww ma charakter wyraźnej gradacji i odpowiada mniej więcej kolejności ich ugrupowania w podanej tabeli (1, 2, 3). W związku z tym wielu autorów rozróżniało okresy w rozwoju zespołu ww. Spośród kilku proponowanych podziałów zww najbardziej ilustratywnym, ze względu na swą prostotę, wydaje się podział podany przez Bartmeiera i jego współpracowników. Według nich w rozwoju zespołu wyczerpania walką odróżnić można trzy okresy: I okres wstępny, II okres zaznaczonej dezorganizacji psychiki, III okres zupełnej dezorganizacji psychiki. Okresy te omówimy kolejno.

I okres. Dla okresu wstępnego najbardziej typowe były objawy napięcia emocjonalnego (wg tabeli). Początkowo niemal wszyscy żołnierze skarżyli się na uporczywe zmęczenie. Wkrótce dołączała się do tego lękliwość pod postacią uczucia niedostosowania, następnie: obawy przed podjęciem jakiegokolwiek zadania, poczucie niebezpieczeństwa, tendencje do odosobnienia się i lęk przed tłumem. Osobnicy w tym stanie obawiali się wyjść z zajmowanego pomieszczenia czy kryjóWKi. Zachowanie ich stało się dziwaczne, nieadekwatne do sytuacji. Jedni robili się drażliwi, wybuchiwi, skłonni do bitki, krzykliwi w rozmowie, inni posępni i milczący, niektórzy nieoczekiwanie rozbawieni i bez powodu ciągle śmiejący się. Znamienne było, że najmniejszy niespodziewany hałas podrywał ich gwałtownie na nogi.

Objawy zespołu wyczerpania walką

A. OBJAWY PSYCHICZNE	
1. Napięcie emocjonalne i związane z nim objawy:	— bezsenność — lękliwość — niepokój — drażliwość — drżenie
2. Zaburzenia emocjonalne innej natury:	— apatia — depresja
3. Zaburzenia uwagi i toku myślenia:	— niemożność skupienia uwagi — zaburzenia pamięci — objaw ciągłego rozpamiętywania własnej choroby — zahamowanie — rozkojarzenie
B. OBJAWY CIELESNE	
	— bóle głowy — zawroty głowy — duszność — bicie serca — ból w klatce piersiowej — zaburzenia żołądkowo-jelitowe — zaburzenia w oddawaniu moczu — bóle w karku — osłabienie
	— objawy cielesne typu histerycznego

Wszyscy mieli świadomość chorobliwie zmienionego samopoczucia („coś się z nami dzieje”, „nie panuję nad sobą”). Żołnierze bronili się przed tymi stanami w różny sposób — jedni szukając dla siebie zajęć, drudzy pijąc na umór. Prawie wszyscy mieli zaburzenia snu. Z trudem zasypiali, z łatwością się budzili, męczyły ich przykre sny, których treścią była bitwa. Gdy stan lękowy się zmniejszał, miały one coraz mniej przerażający charakter, a w miarę powracania do zdrowia, zanikały. Tym psychicznym objawom towarzyszyły z reguły objawy wegetatywne. Przede wszystkim pocenie się, zwłaszcza rąk i stóp, oraz drżenie rąk i powiek. Objawy te były stałe, wzmagwały się jednak wyraźnie pod wpływem kawy, papierosów oraz nasilania się lęku.

Wielu chorych skarżyło się na męczące uczucie drżenia w żołądku. W okresie wstępnym często występowały bóle głowy. Były dwóch rodzajów: niezależne od postawy ciała i zależne od postawy ciała.

Ból głowy niezależny od pozycji ciała to przewlekły ból zawsze w tej samej okolicy czaszki, mający najczęściej charakter ucisku, znoszony na ogół łatwo. Zazwyczaj istniał on jeszcze przed walką, a w czasie walki ulegał nasileniu.

Bóle głowy zależne od postawy ciała miały charakter napadowy i wędrowały zwykle z jednej okolicy głowy do drugiej. Przed walką bóle te nie występowały, wyraźnie łączyły się z ciężkim stanem napięcia emocjonalnego. Ten rodzaj bólów występował w dwóch postaciach. Po pierwsze, jako ciągły ból w czole, za gałkami ocznymi, w karku i kręgach szyjnych. Ból ten znikał w pozycji leżącej, nie występował więc po obudzeniu się. Szczególnie dokuczliwie dawał znać o sobie po południu i wieczorem, zazwyczaj wystarczało się położyć, aby znikł. Po drugie, jako ból pulsujący, zgodnie z rytmem tętna, częsty po obudzeniu, głównie w potylicy i karku. Ból ten malał w pozycji stojącej, a nasilał się w pozycji leżącej.

Oprócz bólów głowy żołnierze dosyć często skarżyli się na tzw. tkliwość głowy. Polegała ona na niemożności noszenia cegółkolwiek na głowie. Hełm wydawał się nieznośnym ciężarem, najmniejsze dotknięcie drażniło boleśnie. Często chorzy skarżyli się, że czują jakby ucisk obręczy na głowie.

W pierwszym okresie wyczerpania walką żołnierze jeszcze nie ubywali z szeregów. W zależności od ogólnej sytuacji walczyli nadal szereg dni, a nawet tygodni lub miesięcy, to znaczy do czasu, gdy jakiś dodatkowy uraz powodował pogorszenie się stanu psychicznego.

II okres. W drugim okresie wyczerpania walką żołnierze z reguły tracili zdolność do dalszego udziału w bitwie. Ich zachowanie się i wypowiedzi tak dalece odbiegały od normy psychicznej, że zwracały uwagę kolegów i dowódców i powodowały odesłanie ich z linii frontu do punktów medycznych. Objawy drugiego okresu zww cechuje duża różnorodność i znaczne nasilenie. Pod względem emocjonalnym chorzy przedstawiają obraz głębszej depresji lub apatii (p. 2 tablicy). Towarzyszy temu ogólne zahamowanie psychomotoryczne, utrudniające wykonywanie rozkazów, a nawet jakichkolwiek czynów. Chorzy wyraźnie odosobniają się, szukają samotności, mają lękliwy i zagnębiony wyraz twarzy. W postaci depresyjnej często występuje objaw „biadolenia” i narzekania, kontrastujący ostro z męską sylwetką chorego. W postaci apatycznej stwierdza się wyraźne

„spłaszczenie afektu”, z utratą aktywności bojowej, brakiem zainteresowania kolegami, jedzeniem, rozrywkami. Dochodzi nawet do tego, że żołnierz przestaje otwierać listy, które otrzymuje z domu. W pododdziale zdany jest całkowicie na inicjatywę kolegów, ponieważ nie potrafi samodzielnie ani myśleć, ani postępować. Stwierdza się tendencje do napadowych stanów przymglenia świadomości z zaznaczoną dezorientacją, złą zbornością ruchów, wadliwymi sądami itp. Niekiedy na podstawie obrazu klinicznego można sądzić, że ma się do czynienia z rozpoczynającą się schizofrenią. W drugim okresie zww występują zaburzenia cielesne, np.: silne drżenie, biegunka, uporczywe wymioty, stałe bóle i zawroty głowy, ból w karku, bóle w okolicy serca, zaburzenia w oddawaniu moczu, ogólne osłabienie. Ten ostatni objaw nie polega jedynie na odczuwaniu słabości, lecz obrazuje trwały stan rzeczywisty. Stwierdzono to doświadczalnie, obserwując chorych z zww w szpitalach, w okresie gdy wykazywali jeszcze pełen obraz chorobowy. Chorzy z zww mężczyli się podczas różnych gier sportowych, prac fizycznych itp. dużo szybciej niż zdrowi żołnierze lub chorzy na inne choroby, mimo iż dokładne badania nie wykazywały zaburzeń ze strony ich układu krążenia i układu ruchowego.

III okres. Przejście między II i III okresem zww jest właściwie nieuchwytnie. III okres cechuje bardzo duże nasilenie objawów psychopatologicznych, świadczących o głębokich zaburzeniach czynności nerwowych. Chory w III okresie jest niespokojny, podniecony, wyraźnie zdezorientowany, często zaczepny, wypowiedzi jego są niedorzeczne, rozkojarzone. Zdarzają się niespodziewane ucieczki w pole, mimo ostrzału. Innym razem chorzy zapadają w osłupienie. U wszystkich niemal stwierdza się drżenie, szczególnie rąk i głowy. Często spotyka się wymioty, biegunkę, bóle w karku i krzyżu. Statystyki amerykańskie podają, że tylko około 4% chorych wykazywało objawy hysterii, np. afonię (bezgłos), amnezję, jękanie, kamptokormię³⁷.

Ogólne zasady leczenia. W pewnym sensie leczenie zww rozpoczyna się już w punktach medycznych, często bowiem zapewnienie kilkugodzinnego odpoczynku, napojenie gorącą kawą, podanie prymitywnych środków uspokajających, we wstępnym okresie zww działa leczniczo.

Oczywiście olbrzymią większość chorych przesyłano na dalsze etapy ewakuacji, przy czym zasadniczym punktem zbiorczym dla chorych z zww był w armiach anglosaskich tzw. exhaustion center. Była to placówka na szczeblu medycznym. Sta-

³⁷ Objaw polegający na trwałym przyjęciu zgiętej postawy tułowia.

nowiła ona bądź samodzielny punkt medyczny, bądź też była oddziałem któregoś ze szpitali ewakuacyjnych. Czas pobytu chorych przewidywano na 7—9 dni, w praktyce jednak okres ten przedłużał się do kilku tygodni, zwłaszcza gdy napływ chorych był mały lub zaistniały trudności ewakuacyjne. Zadaniem exhaustion center było wstępne przebadanie psychiatryczne chorych, dokładna ich selekcja, postawienie diagnozy i pierwsze zabiegi lecznicze.

Jak wynika ze statystyki, w czasie II wojny światowej około 80% żołnierzy wracało do czynnej służby wojskowej, a z tego około 40% do służby frontowej. Najwięcej nadziei rokowały przypadki uchwycone w okresie wstępnym, gdzie kilkudniowy wypoczynek w cieple i spokoju, poza linią frontu, przywracał żołnierzom siły oraz równowagę psychiczną i umożliwiał powrót na linię walki. Sporo nadziei na wyzdrowienie rokowali także chorzy, których skierowano na punkty medyczne w II okresie. Większość z nich wracała do służby w ciągu 2—3 miesięcy. Niektóre osoby, które uległy raz lub kilka razy „wyczerpaniu walką”, zdają się zawodzić szybciej w następnych, przedłużających się bojach.

Inną postacią nerwicy, stosunkowo często spotykaną na polu walki, jest nerwica lękowa, nazywana dalej stanem lękowym.

Stany lękowe występują w postaci łagodnej i ciężkiej. Łagodnym stanom lękowym ulegają osobnicy skłonni do takich reakcji jeszcze przed służbą wojskową. O ile początkowo siłą woli i rozsądku przewyciężali strach, to w miarę jak nasila się groza współczesnego boju, załamują się. Pojawia się drżenie, słabość kończyn dolnych; żołnierz czuje się oszołomiony, słysząc strzały drży, pojawiają się nudności, wymioty, biegunka. Ogarnia go chęć ucieczki. W niektórych wypadkach ulegający temu stanowi ma zwężone pole świadomości. Zdarzają się wtedy bezsensowne ucieczki w częściowym zamroczeniu, krótkotrwałe osłupienie. Inny typ reakcji to całkowita utrata kontroli nad emocjami. Chory żołnierz zachowuje się wówczas jak chore dziecko — jęczy, płacze, łka, krzyczy.

Gdy ostra faza łagodnego stanu lękowego przemija (a na ogół trwa krótko), pozostaje drżenie kończyn, niepokój, bezsenność, brak apetytu. Chory jest nadmiernie ruchliwy, na oczekiwany, głośny dźwięk wzdyga się. Na odgłos ognia artyleryjskiego budzi się w nim na nowo strach, i mimo że jest w danej chwili z dala od miejsca walki, stara się ukryć. Nawet w okresie uspokojenia nadal pozostaje wrażliwość na głośne dźwięki. Sen jest bardzo niespokojny, marzenia senne za treść mają bitwę, niebezpieczeństwo; chory wykonuje w czasie snu ruchy krycia się

przed niebezpieczeństwem, krzyczy. Po przebyciu łagodnego stanu lękowego chorzy nie są od razu zdolni do powrotu w szeregi walczących, mimo że pozornie zachowują się dorzecznie. Skarżą się na bóle i zawroty głowy, złe sny i bezsenność, lekkie drżenie rąk, brak apetytu. Zdolność do boju powraca dopiero po tygodniach. Czasem wystarcza przetrzymanie tych osób na bliskim punkcie ewakuacji. Przy ponawiających się stanach lękowych, utrzymujących się czasem po przejściu ostrego okresu depresji, można ich przenieść do jednostek tyłowych.

Ciężkie stany lękowe na wojnie przypominają ostrą psychozę, przeważnie o typie schizofrenii. Chorzy często nie odzywają się w ogóle, czasem po nagabywaniach, jakając się, przy równoczesnym nasileniu drżenia, wyrzucają z siebie jakieś słowo. Widać jednak, że są przytomni, obserwują bowiem otoczenie, czasem gdy się im poda kartkę, starają się coś na niej napisać. Trwając w tym stanie prawie bez ruchu, od czasu do czasu wyrzucają jakiś okrzyk, czasem wykonują kilka gestów, których sensu trudno się domyślić. Nagły, ostry dźwięk wywołuje w nich przerażenie i nasila drżenie ciała. Reakcja ta może się pojawiać nawet pod wpływem bodźców mniej silnych, np. podczas nagłego trzasku zapalanej zapalniczki. W szpitalu układają się na łóżku skuleni na boku, leżąc tak całymi dniami. Czasem nagle zrywają się, biegają po sali. Jakkolwiek nie okazują żadnej inicjatywy, aby usiąść lub wstać, to jednak gdy poda im się jedzenie, papierosy lub prowadzi do ubikacji, zachowują się sprawnie. Bez pomocy potrafią się ubierać. Gdy chory uspokaja się, co zwykle następuje po 2 dniach leczenia, wypowiada krótkie zdania, ale czyni to tonem niepewnym, przypominając swą bezradnością przestraszone dziecko. Stan ten powoli ustępuje w ciągu 4—6 tygodni. Chorzy chodzą przygarbieni, posuwają nogami, ręce im zwisają, twarz jest mało mimiczna, mówią szeptem. Jeszcze reagują przerażeniem i grozą na błahe bodźce. Niekiedy reakcja lękowa może mieć przebieg cięższy, pod postacią osłupienia. Do reguły należy kilkumiesięczny przebieg leczenia w zakładach leczniczych na dalekich tyłach.

Zwz oraz stany lękowe łagodne i ciężkie różnią przede wszystkim „nerwicę wojenną” od nerwic spotykanych w życiu cywilnym. W czasie wojny najczęściej występują zespoły mieszane, neurasteniczno-histeryczne, odpowiadające nerwicom o obrazie najbardziej znanych postaci (neurastenii, hysterii i innych). W zespołach histerycznych, powstałych po kontuzjach, często występuje głuchota i niemota histeryczna, cofająca się poprzez jękanie; często powstają bezwłady, przykurcze, drgawki połączone ze znieczuleniem powierzchni ciała. Do objawów wege-

tatywnych, najczęściej towarzyszących nerwicom, należą zaburzenia układu krążenia (przyspieszona akcja serca, napadowe bicie serca, przelotne skoki ciśnienia krwi, ból przedsercowy), zaburzenia przewodu pokarmowego (ból brzucha, biegunki, nudności, wymioty), częstomocz, a nawet moczenie nocne, niekiedy napady duszności. Z każdą z wymienionych postaci, nerwic wojennych, mogą kojarzyć się takie różnorodne objawy ruchowe, jak te, które opisywaliśmy przy stanach lękowych (drżenie, twarz uboga mimicznie, chód z powolnym przesuwaniem dolnych kończyn po podłodze, postawa skulona na boku, nadwrażliwość dźwiękowa) i przy reakcjach histerycznych (niemota, jąkanie, zaburzenia chodu, głuchota, bóle nie poddające się żadnemu leczeniu itd.).

3. NERWICE KOLEKTYWNE

Najbardziej niebezpieczną formą tego typu nerwic jest panika. Pod pojęciem tym rozumiemy nagły wybuch silnego, zbiorowego strachu, charakteryzujący się krótszym lub dłuższym przymgleniem świadomości, powodującym nagle ucieczki, wywołane rzeczywistym lub urojonym niebezpieczeństwem, w każdym jednak wypadku znacznie przesadzonym.

Działanie ludzkie ma charakter celowy, gdy świadomość, rozum i wola należycie hamują działania instynktowne. W wypadku zaskoczenia przez nieprzyjaciela skuteczne przeciwdziałanie może być zorganizowane tylko przy zachowaniu tej jedności psychicznej. W wypadku fatalnym — np. przy nagle powstałej groźbie utraty życia i wolności — cała ta celowa organizacja psychiczna może ulec zaburzeniu. Działania ludzkie przestają być w pełni świadome, celowe, obliczone, a stają się działaniami instynktownymi, niejako bezwarunkowo-odruchowymi. Zbiorowisko żołnierskie zostaje opanowane w żywiołowy sposób jedną myślą — jak najszybszego oddalenia się od miejsca, gdzie zjawiła się nagle groźba utraty życia.

Panika jest jednym z ostrych objawów upadku ducha bojowego. Szczególnie często zjawia się wśród wojsk, które prowadzą działania wojenne bez powodzenia (nie stanowi to jednak reguły), a zwłaszcza gdy znajdują się one w nieustannym zetknięciu z nieprzyjacielem i są przemęczone. Hamond, oprócz narastającego zmęczenia, podkreśla w czynnikach sprzyjających powstawaniu paniki na wojnie nadużywanie alkoholu, nagroma-

dzenie przykrych doznań emocjonalnych, osłabienie zwartości środowiska żołnierskiego wskutek utraty „kolektywnego ducha”. Okres przygotowujący do występowania paniki to okres neurastenizacji powstały wskutek przewlekłego zmęczenia; w miarę utrzymywania się zagrażającej i wyczerpującej sytuacji powoduje on realizację stosunków neurofizjologicznych, stwarzających gotowość do wybuchu reakcji o charakterze hysterycznym. Wynikiem tego jest ożywienie fantazji, łatwość ulegania plotce, wyolbrzymianie niebezpieczeństwa, łatwość ulegania popłochowi i zbiorowej sugestii. Gdy na tak przygotowane „podłoże” zadziała nagły bodziec — najczęściej słuchowy lub wzrokowy (ogień nieprzyjacielski, pojawienie się czołgów, nalot) — skojarzony z impulsem strachu, może wystąpić reakcja niewspółmierna do istotnie zagrażającego niebezpieczeństwa.

Zjawisko paniki jest od dawna przedmiotem badań psychiatrów i psychologów wojskowych. Panika jest bowiem czynnikiem, który w sposób nagły pokrzyżować może plany dowództwa i przekreślić niejedno — zdawałoby się całkowicie pewne — zamierzenie operacyjne. Zwłaszcza we współczesnej wojnie, kiedy to strony walczące mogą sięgnąć po środki masowej zagłady, a losy wojska w dużo większym niż dawniej stopniu zależą od chwilowych emocjonalnie mas ludzkich cywilnego zaplecza, zagadnienie przewidywania i zwalczania reakcji panicznych staje się dla wojska problemem o pierwszorzędny znaczeniu.

Wydaje się, że najłatwiej zrozumieć można mechanizm powstawania dynamiki rozwoju paniki, wychodząc z założeń psychologii społecznej. W świetle tej psychologii panika jest reakcją — w zasadzie już psychopatologiczną — tłumy na bodziec o charakterze lękotwórczym. Należy przy tym podkreślić, że tłum jest tu ściśle określonym pojęciem i nie każde zgrupowanie ludzi można określić tym mianem. Obserwacja zbiorowisk ludzkich pozwoliła podzielić je na zgrupowania o mniej lub więcej złożonej strukturze.

Najbardziej prymitywnym zbiorowiskiem ludzkim jest **zbiorowisko**. Rozumiemy przez nie luźny zbiór przypadkowo zebranych jednostek ludzkich. Poszczególne osoby nie są powiązane ze sobą emocjonalnie ani też w żaden inny sposób. Na obserwowane przez siebie zjawisko reagują indywidualnie, dlatego zachowanie ich wykazuje dużą różnorodność zależną od temperamentu, wychowania, wykształcenia, wiedzy itp.

Przykładem bardziej złożonego zbiorowiska ludzkiego może być **audytorium** w teatrze. Poszczególne jednostki przybyły tu kierowane wspólnym zainteresowaniem, a nie w drodze przypadku. Ich wzajemny kontakt emocjonalny jest jednak bardzo

luźny, w zasadzie jedni są drugim całkiem obcy. Stąd, mimo że do wszystkich zebranych przemawiają te same treści i że akto-ry sugerują je z jednakową siłą, w jednakowy sposób, reakcja na te sugestie jest bardzo rozmaita. Szczególnie okazywanie żywszych uczuć jest tu krępowane pewnymi niepisanymi, ale ściśle przestrzegаныmi konwencjami.

Tłum jest zbiorowiskiem ludzkim jeszcze bardziej skomplikowanym od audytorium i znacznie się różni od niego. Przede wszystkim podkreślić należy niesłuchanie silną więź emocjonalną, która spaja wchodzących w skład tłumy ludzi jak gdyby w jedną osobę. W tej sytuacji reakcje na sugestie osób przewodzących mają charakter żywiołowy, są niczym nie skrępowane i — co ważniejsze — u wszystkich osób przebiegają jednakowo. Ładunek emocjonalny przeżywanych sytuacji ma ogromną siłę; prymitywne uczucie wszechwładnie panuje nad postępowaniem człowieka. Poszczególni ludzie w tłumie przypominają zahipnotyzowanych; ich pole świadomości jest wyraźnie zwężone, bez reszty poddają się sugestii przywódców i — odrzucając krytycyzm — starają się naśladować bardziej aktywnych sąsiadów. Przywódcami lub reprezentantami tłumy mogą stać się zupełnie przypadkowi, bliżej nieznanymi ludzie, byleby tylko ich apele odpowiadały aktualnym gustom zebranych, a ich wybitnie aktywna postawa gwarantowała odpowiednią dynamikę działania.

Najwyższą formę zbiorowisk ludzkich stanowią różne **zdyscyplinowane grupy organizacji militarnych, paramilitarnych itp.** Różnią się one zasadniczo od tłumy następującymi cechami:

1. Na ich czele stoi dowódca, będący człowiekiem narzuconym grupie przez prawo, bez oglądania się na życzenia podwładnych.
2. Między poszczególnymi członkami grupy istnieje więź emocjonalna oparta na długotrwałym kontakcie koleżeńskim i wspólnocie interesów, a nie na jednorazowym wybuchu afektu.
3. Sugestie dowódcy mają moc rozkazów i wykonywane są często wbrew emocjonalnym tendencjom podwładnych. Mają one charakter mocy zarządzeń prawnych, a nie demagogicznych haseł.

Innymi słowy, postępowanie zorganizowanej grupy społecznej (a w tym i pododdziału wojskowego) oparte jest na przesłankach przede wszystkim racjonalnych, a nie uczuciowych. Więź emocjonalna, która się wytwarza między członkami grupy oraz grupą i przywódcą, opiera się raczej na uczuciowości wyższej i wzmocniona jest wypracowaną dyscypliną. Zorganizowana grupa tym się różni od tłumy, że ulegając rozkazom swego dowódcy jest w stanie działać wbrew prymitywnym uczuciom, które oddziałują w tym samym czasie na poszczególnych

członków tej grupy, np. wbrew lękowi, nienawiści, uniesieniu itp.

Granice między wymienionymi rodzajami zbiorowisk ludzkich są bardzo chwiejne, z tym że każde zbiorowisko może stać się w sprzyjających warunkach tłumem. Przy tym należy podkreślić, że dla grup zorganizowanych, takich jak np. pododdziały wojskowe, przedzierzgnięcie się w tłum oznacza degradację i kjarzy się zawsze z upadkiem autorytetu dowódcy.

Jakie warunki muszą być spełnione, żeby jakiegokolwiek zbiorowisko ludzkie przekształciło się w tłum?

Podstawowym warunkiem uformowania się jakiegokolwiek zbiorowiska ludzkiego w tłum jest istnienie w psychice poszczególnych jego uczestników, uprzednio zakorzenionych, uświadomionych lub nieuświadomionych uprzedzeń, niechęci, lęków lub obaw. W przypadku interesującego nas zagadnienia paniki kanwą dla uformowania się tłumu jest ukrywany, lecz od dawna istniejący lęk (np. przed całkowitą zagładą za pomocą nowej broni, przed zdradą, przed dostaniem się w ręce okrutnego przeciwnika).

Drugim ważnym warunkiem jest pojawienie się kogoś, kto swym zachowaniem porwie do działania emocjonalnie przygotowane środowisko ludzkie. Czasem jest to reprezentant środowiska, czasem przywódca, który świadomie wybrał odpowiedni moment do opanowania tłumu, czasem — zwłaszcza w przypadku paniki — jest to przypadkowa osoba, która w ten czy inny sposób zdobywa się pierwsza na głośne wypowiedzenie tego, co nurtuje wszystkich od dawna. Według nomenklatury psychologii tłumu osoba taka podaje apel, czyli wzywa tłum do działania. Uprzednie emocjonalne przygotowanie tłumu powoduje, że apel ten przyrównać można do iskry padającej na zbiornik z benzyną. Zebrani ludzie bezkrytycznie i natychmiast reagują wybuchem afektu, pobudzając się wzajemnie do czynu. W rzadkich przypadkach pobudką do działania tłumu może stać się jakiś całkiem przypadkowy dźwięk, sygnał wywołujący trwogę.

Ludzi działających w tłumie charakteryzuje jednolitość reakcji, przy czym zachowanie ich jest zasadniczo różne od naturalnego, indywidualnego zachowania się. Zjawisko to analizowano wszechstronnie. Klasyk psychologii tłumu, Le Bon, mówi: *człowiek w tłumie nie jest sobą, a upodabnia się do mas*. Inny znakomity autor, Allport twierdzi, że człowiek w tłumie jest jeszcze bardziej sobą (*he is himself more so*). Te pozornie sprzeczne twierdzenia nie są jednak w gruncie rzeczy przeciwstawne. Człowiek w tłumie zachowuje się co prawda zupełnie inaczej niż

na co dzień, jednakże jednocześnie jest bardziej zbliżony do swej własnej, nie maskowanej struktury. W tłumie dochodzi do odhamowania popędów i skłonności trzymanych w normalnych warunkach na wodzy. Zdjęta zostaje kontrola społeczna, nakładająca zwykle liczne hamulce natury etycznej i poddająca nasze postępowanie analizie i opinii społeczeństwa. Człowiek w tłumie przestaje liczyć się z prawem i oceną publiczną, gdyż spodziewa się, że odpowiedzialność za własną działalność podzieli z dużą zbiorowością. Sądzi, że czyny jego, nawet te najbardziej karygodne, ujdą mu bezkarnie, gdyż wszyscy naokoło robią to samo. Poza tym tak dalece jest owładnięty jednym, prymitywnym uczuciem, że pole jego świadomości ulega znacznemu zawężeniu i w związku z tym rozeznanie dokonywanych czynów jest faktycznie bardzo ograniczone.

W zależności od emocji, które kierują tłumem, zachowanie jego bywa różne. W wypadku działania pod wpływem nienawiści, wściekłości, dochodzi do linczu i pogromu; w wypadku gniewu — do masowych demonstracji; w radosnym podnieceniu — do różnego rodzaju bachanaliów, spontanicznych zabaw ulicznych itp.; w wypadku trwogi nadchodzi panika.

Nie ma potrzeby udowadniać, jak wielkie znaczenie dla wojska ma zjawisko paniki. Przekształcenie karnych i świadomych oddziałów w ogarnięty trwogą, bezmyślnie szalejący tłum może w jednej sekundzie przekreślić taktyczne, a nawet operacyjne plany dowódców. Szczególnie współczesna wojna, w której środki używane do walki budzą grozę, stwarza liczne sytuacje sprzyjające reakcjom panicznym. Ponadto należy pamiętać, że w dzisiejszej dobie przeciwnik nastawia się na łamanie morale żołnierskiego za pomocą szczególnie perfidnych chwytów psychologicznych. Sposób ten nie tylko obniża ogólną zdolność żołnierza do walki, ale czyni go przy tym podatnym na panikę.

Nie możemy dokładnie przewidzieć reakcji ludności na działania prowadzone za pomocą środków masowego obez władniania lub na poczynania nieprzyjaciela, mające na celu tworzenie barier radiacyjnych, obejmujących obszary poszczególnych państw. Intuicyjnie rzecz biorąc wydaje się, że możliwość powstania paniki w takich wypadkach, obejmującej całe grupy ludności i poszczególne oddziały, jest znaczna. Dlatego w przygotowaniach armii i zaplecza ludzkiego do obrony mieści się również wypracowanie metod zapobiegania panice i opanowanie jej, gdy już wybuchnie.

Zdaniem większości specjalistów szczególny nacisk powinno się kłaść na profilaktykę tego zjawiska. Po pierwsze dlatego, że jest to dużo „rentowniejsze”, a po drugie — ma realniejsze pod-

stawy. Istnieje bowiem, zwłaszcza w wojsku, dużo różnych sposobów takiego pokierowania masami ludzkimi, aby stały się one mniej podatne na panikę. Co zaś dotyczy możliwości opanowania już rozwiniętej reakcji panicznej, to są one zawsze dość wątpliwe, a poza tym w każdym konkretnym wypadku muszą być inne. Nie ma tu żadnych reguł; rezultat akcji zależy od wyczucia i taktu osoby, która przeciwdziała rozszalałym tłumom.

Zasadniczym środkiem gruntownego przeciwdziałania panice w pododdziałach wojskowych jest wychowanie żołnierza w duchu silnej i świadomej dyscypliny. Niezbędnym atrybutem osiągnięcia tego rodzaju stopnia dyscypliny jest przede wszystkim wyrobienie u podwładnych pełnego zaufania do dowódców. Dla tego należy usilnie dbać o wysokie kwalifikacje dowódców, szczególnie niższych szczebli, których kontakt z żołnierzami jest najbardziej bezpośredni. Zdolność wytwarzania we własnym pododdziale właściwej atmosfery powinna być najwyższej punktowana w ocenie poszczególnych dowódców. Można by ją okresowo oceniać za pomocą testów socjometrycznych, np. testów J. L. Moreno.

Wysoki autorytet dowódcy decyduje w każdej sytuacji o zachowaniu się żołnierzy, gdyż, w chwili narastającej trwogi zawsze w pierwszym odruchu zwrócą wzrok na swych przełożonych, a spokojna i przytomna postawa tych ostatnich natychmiast może stłumić w zarodku wszelkie objawy paniki. Za drugi czynnik, mający znaczenie zapobiegawcze, należy uznać takie opracowanie programu szkolenia, by żołnierz często i nieoczekiwanie znajdował się w sytuacji pełnej grozy. Innymi słowy, program szkolenia powinien przewidywać ćwiczebne wytwarzanie sytuacji wywołujących panikę. Przykładem tego typu ćwiczeń może być budzenie śpiących żołnierzy przeraźliwymi okrzykami: „Uciekajcie! Pali się!”, przy jednoczesnym rozniecaniu za oknami potężnych płomieni. Zadaniem poszczególnych dowódców będzie w tej sytuacji wyprowadzenie pododdziału z miejsca zakwaterowania — w ładzie i porządku oraz pod bronią. W razie paniki można sytuację omówić z żołnierzami, opierając się o konkretny przykład i wyzyskując na przyszłość atut zawstydzenia żołnierzy.

Zbigniew Paleski w swojej pracy pt. *Panika na współczesnym polu walki* wylicza następujące posunięcia zapobiegające panice, na które wpływ ma bezpośredni dowódca:

1. *Nieskupianie, w sytuacjach niebezpiecznych, dużych ilości ludzi na niewielkiej przestrzeni.*
2. *Uniemożliwienie swobodnego dojścia do fortyfikacji, rejoy-*

nów umocnionych i innych miejsc zapewniających względne bezpieczeństwo.

3. Uniemożliwienie (w przypadku spieszonego działania) wolnego używania środków komunikacyjnych (samochodów, helikopterów, łodzi itp.) w czasie ucieczki.

4. Przygotowanie lub chociażby uwzględnienie możliwości stosowania specjalnych przeszkód fizycznych i innych ³⁸.

Natomiast w wypadku paniki autor proponuje sposoby, które mogą być skuteczne w momencie powstawania paniki, i inne, które należy stosować już w toku jej rozwinięcia.

W okresie powstawania paniki dowódca powinien, zdaniem Paleskiego, oddziaływać na pojedynczych żołnierzy poprzez:

1. Szybką i zdecydowaną reakcję na pierwsze symptomy panicznego lęku.

2. Zwrócenie uwagi na żołnierza, który zdradza objawy silnego strachu. Czasami wystarcza tylko obecność przy nim, wywołanie jego imienia i nazwiska lub dodanie mu w jakiś inny sposób otuchy.

3. Szybkie wydanie jakiegokolwiek nowego rozkazu. Może to być tylko „padnij” lub „schowaj się”. Chodzi tu o odwrócenie uwagi żołnierza oraz wywołanie przekonania o mniejszym zagrożeniu.

4. „Zdjęcie” żołnierza, ujawniającego silny strach, ze stanowiska, a w każdym razie z pola widzenia i słyszenia innych.

5. Posłużenie się innymi osobami w celu fizycznego obezwładnienia takiego żołnierza. W ten sposób oddziałuje się również na tych, którzy wspólnie z dowódcą interweniują.

6. Użycie przykładowe broni. Pierwsze próby powinny polegać tylko na wywołaniu przekonania o zdecydowanej postawie jej rzeczywistego użycia.

W okresie pełnej paniki, kiedy żołnierze całymi grupami bezładnie opuszczają swoje stanowiska, dowódca powinien zdecydowanie przedsięwziąć:

1. Szybkie przejęcie funkcji, od których zależy postępowanie i sytuacja żołnierzy (np. zajęcie miejsca za kierownicą, gdy kierowca próbuje pod wpływem paniki zawracać i uciekać).

2. Zastosowanie przeszkód fizycznych oraz niedopuszczenie ludzi do przejść, drzwi itp. (a nawet zamknięcie tych przejść). Chodzi tu, ogólnie mówiąc, o uniemożliwienie wykonania ulegającym panice gwałtownych ruchów i biegu.

³⁸ Z. Paleski, *Panika na współczesnym polu walki*, „Przegląd Wojsk Lądowych”, nr 8/1969, s. 143—145.

3. Zdecydowane działanie (samemu lub z tymi, którzy nie ulegli panice), zapobiegające poruszeniu się pozostałych. W działaniu tym można postąpić się gwałtowną gestykulacją oraz ostrym komenderowaniem słownym lub nawet krzykiem, przy użyciu wzmacniaczy (jeśli znajdują się „pod ręką”).

4. Zastosowanie środków gwałtowniejszych od tych, które wywołały panikę, z użyciem broni włącznie.

5. Rozproszenie (rozbicie) grupy na różne kierunki i różne działania. Chodzi o to, aby się one nie kumulowały.

6. Oczekiwanie na ustąpienie najsilniejszego zamroczenia i na wyładowanie paniki w fizycznym wysiłku (w miarę możliwości jak najmniej szkodliwym) i natychmiastowe meldowanie o tym przełożonym.

Po przejściu w pewnym sensie „ostrego stanu” panika pozostawia po sobie objawy nerwicowe, utrzymujące się przez czas krótszy lub dłuższy. Żołnierz (lub oddział), który uległ kilkakrotnie panice, traci na wartości bojowej, powstaje w nim rodzaj „lęklivego oczekiwania”. Zwężenie pola świadomości, łatwość ulegania wzajemnemu sugestywnemu oddziaływaniu, tak znamienne dla działania popędowego, wyjaśniają stany masowego podniecenia, obserwowane niekiedy wśród wojsk zwyciężających, a prowadzące do bezsensownych zniszczeń, grabieży, pogromów ludności itd. Oczywiście, „odhamowujące” działanie alkoholu ma w tym swój udział. Stan depresji, zły nastrój oddziałów w czasie przewlekających się działań bojowych, zwłaszcza w wojnie pozycyjnej, rozprzestrzeniający się na całe fronty, jest wyrazem chronicznego zmęczenia układu nerwowego — masowej neurastenizacji. Tego samego pochodzenia jest zespół nerwicowy spostrzegany wśród jeńców przebywających w obozach. Temu zespołowi nerwicowemu jeszcze w czasie I wojny światowej nadano nazwę „choroby drutów kolczastych”.

Zespół nerwicowy rozwija się wśród jeńców, którzy przebywają przez dłuższy czas w niewoli. Stałe życie w gromadzie („na oczach wszystkich”), na niewielkiej przestrzeni życiowej, spanie na kilkupiętrowej pryczy, głód, obawa o los rodziny, szykany wroga — wszystko to prowadzi do stanu chronicznego rozdrażnienia i wskutek konfliktów „sąsiedzkich” o byle drobnostkę, do wyładowywania emocji przez ordynarne słownictwo. W tych warunkach, gdy nurt zdarzeń płynie powoli, obniża się krytycyzm i waga zjawisk. Plotka, treść marzenia sennego czy wróżba, wiadomości wyczytane między wierszami gazety czy listu, nekrolog w gazecie — wystarczają, by rozbudzić wyobraźnię, budować daleko idące prognozy, burzyć fronty, niszczyć miast, a w obozie jeńców podnosić nastrój lub zdruzgotać pesymiz-

mem. Walka o uzupełnienie racji żywnościowych ujawnia jeszcze inne cechy osobiste, które rozbudowały się w ciężkich warunkach niewoli: chciwość, egoizm, podejrzliwość. Sytuacja wyczerpująca psychikę, trwająca latami, w szczególny sposób wpływa na sferę uczuciową. Jeniec reaguje w sposób niewydolny zarówno na zdarzenia radosne, jak i smutne, może snuć różne przypuszczenia na temat losu swych bliskich, bez adekwatnego wzruszenia. Rozwija się rodzaj astenii uczuciowej i to w tym samym czasie, gdy np. drobnostka może wywołać ostre podniecenie. Temu stanowi przewlekłej neurastenii towarzyszy szereg objawów ze strony wegetatywnego układu nerwowego (powiększenie umiarkowane tarczycy, bicie serca, wzmożenie dermatografizmu, wzmożone pocenie rąk, zaburzenia żołądkowo-jelitowe).

ROZDZIAŁ II

PSYCHOLOGICZNE I PSYCHOPATOLOGICZNE PROBLEMY SPOŁECZNOŚCI CYWILNEJ, ZAANGAŻOWANEJ W NOWOCZESNIE PROWADZONĄ WOJNĘ

Problemy omawiane w niniejszym rozdziale dotyczą kręgu szerszego niż wojsko. Współczesna myśl wojskowa zakłada, że nowoczesny konflikt nie ograniczy się wyłącznie do armii, ale obejmie całe społeczeństwo.

Według dawnych założeń socjotechniki — nauki zajmującej się praktycznym oddziaływaniem na masowe wzory postaw i zachowań ludzkich w oparciu o teoretyczne osiągnięcia socjologii — wojna jest tzw. wydarzeniem sporadycznym. Pojęcie to oznacza zjawisko społeczne, co do którego brak jest wykrystalizowanego, zbiorowego doświadczenia, informującego o sposobach sprawnego zachowania się w jego obliczu. Adam Podgórski w książce pt. „Zasady socjotechniki” pisze na ten temat następująco: W społecznym zachowaniu zbiorczym są pewne fakty, które pojawiają się na tyle często, że wykrystalizowanie się opinii społecznej na ten temat jest możliwe i łatwe. Należą tu wypadki takie jak (...) przyuczenie człowieka do zawodu, wybór do władz (...), uczenie się języków obcych, rozwody, kupno, sprzedaż, organizacja opieki nad chorymi, wypoczynek itp. Dla wszystkich tych i innych sposobów zachowania istnieją pewne społeczne formy i przepisy dotyczące tego, jak, kiedy, gdzie i w jakiej formie należy tych czynności dokonywać. Na tym m.in. polega ład życia zbiorowego, że cały ów wielki nurt zachowań jest uchwycony w schematy regulujące. Jednakże nowe wydarzenia społeczne wykraczają poza zakres normalnego doświadczenia jednostki i pokolenia. W wypadkach takich jak trzęsienie ziemi... czy wojna, brak zinstytucjonalizowanych sposobów zachowania się, informacji, co należy czynić w tych zwykle niespodziewanych sytuacjach; brak żywej społecznej pamięci, zaradności zbiorowej, która mogłaby się wyrobić na podstawie uprzednich doświadczeń.

W nowoczesnych, dobrze zorganizowanych państwach bierze się pod uwagę ewentualność wielkich klęsk żywiołowych i zniszczeń spowodowanych wojną, przygotowuje się również środki zapobieżenia najbardziej tragicznym następstwom. M.in. istnieją instytucje, które z jednej strony stale (teoretycznie) badają problematykę współczesnego pola walki, a z drugiej starają się odpowiednio przygotować cały naród do ewentualności przyjęcia wszelkich jej działań bez zaskoczenia, tak aby wspomniany wyżej ład społeczny nie mógł być w żadnym stopniu zakłócony, bez względu na to, co nastąpi; aby element „sporadyczności” przestał się liczyć.

Do instytucji takich należy przede wszystkim wojsko, które przez swe wyspecjalizowane służby bada aktualne założenia strategiczne i operacyjne przeciwnika i opracowuje metody odpowiedniego kontrdziałania, zapewniające bezpieczeństwo narodowi. Ponadto do instytucji tych należą liczne organizacje pośrednio związane z wojskiem, jak np. Liga Obrony Kraju, PCK czy Kluby Oficerów Rezerwy, które doświadczenia wojskowe przekazują całemu społeczeństwu, przyczyniając się przez to do podniesienia bojowości całego narodu.

1. PSYCHOPATOLOGICZNE ASPEKTY WSPÓŁCZESNEGO POLA WALKI

Mówiąc o psychopatologicznych aspektach pola walki, zastanowić się musimy przede wszystkim nad istotnymi jego cechami. Ogólnie rzecz biorąc scharakteryzować je można — w największym skrócie — następująco:

1. Będzie to bezkompromisowy konflikt dwóch przeciwstawnych, ideowo-moralnych, społeczno-politycznych i ekonomicznych systemów.
2. Będzie to konflikt zakładający obustronne użycie środków niszczących, o niespotykanej dotąd sile rażenia.
3. Będzie to konflikt o nienotowanym do tej pory nasyceniu pola walki sprzętem wojennym i środkami technicznymi.
4. Nieprzyjaciół będzie się starał, zwłaszcza w pierwszym okresie wojny, zaskoczyć przeciwnika tajemnicami technicznymi, nieznana broń lub nieznana technika walki.
5. Będzie to konflikt o wielkiej dynamice działań, przy stale zmieniających się sytuacjach, podczas których czas i szybkość odgrywać będą niejednokrotnie rolę zasadniczą.
6. Wojna poprzedzona będzie — i kontynuowana — w opar-

ciu o intensywne przygotowania psychologiczne, prowadzone totalnie, bez oglądania się na jakiekolwiek przesłanki etyczne.

7. Przez cały czas istnieć będzie zagrożenie całego zaplecza i stąd wyniknie konieczność jego biernej i czynnej obrony.

8. Z wielu powodów, zwłaszcza przy przedłużającej się wojnie, nieprzyjacielowi bardziej może zależeć na niszczeniu bazy przemysłowej i rolniczej zaatakowanego kraju, niż na bezpośrednich starciach z wojskiem.

Patrząc zatem na problematykę współczesnej wojny z ogólnego punktu widzenia, stwierdzić musimy, że do przeszłości należą czasy, kiedy to dwie armie prowadziły ze sobą walkę wzdłuż frontu, odległego od głębokich tyłów. Obecnie front może praktycznie nie istnieć, głębokość działań wojennych może wynosić kilkaset kilometrów. We współczesnej wojnie wygrana w dużej mierze zależy od społeczeństwa cywilnego i to nie tylko od jego zdolności produkcyjnych i organizacyjnych, lecz także i od jego postawy psychicznej. Zintegrowana i świadoma postawa patriotyczna, wola zwycięstwa mają coraz większe znaczenie w epoce wojny totalnej i przy zastosowaniu środków masowego rażenia. Teza ta w zestawieniu z brutalną potęgą techniki wydaje się paradoksalna, potwierdza ją jednak życie, a najlepszym tego przykładem jest wojna w Wietnamie. Pamięta o tym wróg, starając się w swych wysiłkach stawiać przede wszystkim na wojnę psychologiczną. Liczy bowiem na:

1) rozbięcie wewnętrznej jedności narodu z partią i rządem;

2) rozluźnienie więzi z zaprzyjaźnionymi narodami wspólnoty socjalistycznej;

3) wytworzenie przesadnej atmosfery zagrożenia ze strony nieprzyjaciela, niewiary we własne siły oraz w sprawność dowódców i sztabów; niedocenienie zabezpieczenia żołnierzy i ludności cywilnej. Ma to na celu doprowadzenie do uczucia całkowitej bezradności, nieufności i przesadnego krytycyzmu;

4) skłócenie wszystkich ze wszystkimi, z byle jakich powodów.

Te podstawowe zadania wojny psychologicznej, realizowane także w czasie pokoju — rozmaitymi kanałami i sposobami, z których jeden jest perfidniejszy od drugiego — z tym większą zaciekłością kontynuowane będą w czasie wojny. Stąd rzeczowe informowanie o tym fakcie szerokich kręgów ludności, uodpornianie społeczeństwa na jad zakłamanej propagandy, wyjaśnianie potrzeby ścisłego przestrzegania zarządzeń władz państwowych, bez oglądania się na plotki i wyolbrzymianą przez wroga instytucje grozę rzekomych potężnych broni, przewagi technicznej itp., należy do obowiązku wszystkich ludzi, którym leży na sercu spokój i przyszłość naszego narodu.

Studia założeń strategicznych i operacyjnych współczesnej myśli wojskowej, jak również postęp mechanizacji i technizacji wojsk oraz doświadczenia II wojny światowej pozwalają z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć obraz zagrożenia całego narodu w okresie ewentualnej wojny. Do najcięższych obciążeń należeć będą:

1. Konieczność przeprowadzenia licznych i masowych ewakuacji z niektórych ośrodków miejskich.
2. Narażenie na masowe straty w wyniku użycia broni ABC.
3. Obawa przed działaniem tych broni.
4. Prace w bardzo trudnych warunkach fizycznych i psychicznych.
5. Możliwość działania dywersji psychologicznej, na którą łączy się dezinformacja (plotka, włączanie się radiostacji wroga w oryginalne fale własnych radiostacji, rzekome „podziemne” radiostacje, rzekoma „podziemna” prasa itp.).
6. Możliwość dywersji psychozomimetycznej.
7. Ograniczenia ekonomiczne.
8. Długotrwały stan napięcia emocjonalnego i lęku.

Nad powyższą problematyką pragnąłbym zatrzymać się dłużej.

2. PROBLEMY EWAKUACYJNE

Z koniecznością ewakuacji olbrzymich mas ludzkich, rozczłonkowaniem skupisk przemysłowych i podobnymi zjawiskami stykano się już w czasie II wojny światowej. Problem ten musiał rozwiązywać przede wszystkim Związek Radziecki, w końcowej fazie wojny Niemcy, a na mniejszą skalę — także Wielka Brytania i Włochy. Szczególnie ostro jednak problem totalnej ewakuacji stanął przed kierownictwem państw toczących wojnę według współczesnych zasad, w Korei i Wietnamie. Zapoznając się z doświadczeniami tych krajów i analizując założenia ewentualnej, następnej szerokiej konfrontacji zbrojnej, na skalę kontynentu lub świata, musimy przypuścić potrzebę przeprowadzenia dwóch typów ewakuacji:

- a) profilaktycznej,
- b) aktualnej.

Tak profilaktyczna, jak i aktualna ewakuacja może mieć aspekt zarówno ekonomiczno-wojenny, jak i lekarski. Aspekt ekonomiczno-wojenny obejmuje ewakuację zakładów produkcyjnych, obiektów wojskowych itp. Aspekt leczniczy obejmuje ochronę zdrowia obywateli przed szkodliwością działania użytych w woj-

nie broni. Zajmijmy się, dla przykładu, ewakuacją profilaktyczną.

Przez ewakuację profilaktyczną należy rozumieć ewakuację (dokonaną przed spodziewaną agresją) dzieci, młodzieży i wszystkich osób — niepotrzebnych bezpośrednio w produkcji — z terenów najbardziej zagrożonych przypuszczalnym masowym atakiem z powietrza bronią ABC. Teren ewakuacji powinien optymalnie nadawać się do maskowania, będąc jednocześnie obszarem skąpo zalesionym (napalm), oraz spełniać wszystkie warunki dla przyjęcia uciekinierów. Instytucje (np. szkoły) oraz osoby, które mają udać się na ów obszar, powinny go uprzednio poznać. W tym celu należy przeprowadzić konieczne ćwiczenia. Być może wskazane byłoby, podobnie jak to uczyniono w Szwecji, aby każdy blok mieszkalny w mieście, każda szkoła, przedszkole, internat itp. otrzymały w czasie pokoju wydrukowane tablice ze wskazówkami co do terenu i sposobu ewakuacji.

Teren ewakuacji profilaktycznej powinien znajdować się w odpowiedniej odległości od miejsca zagrożenia. Powinny znajdować się tam środki zabezpieczenia przed bronią konwencjonalną i ABC — bunkry itp. Służba zdrowia powinna mieć tam odpowiednio rozwinięte punkty sanitarne. Wydaje się, że z punktu widzenia psychiatrycznego, na takim terenie powinno się zaplanować obiekty dla rekonwalescentów po ostrych, egzogennych zespołach (reaktywnych itp.), przewiezionych z terenu bezpośredniego zagrożenia.

Tereny ewakuacji „aktualnej”, to znaczy organizowanej już w momencie użycia broni ABC, muszą być rozmieszczone bezpośrednio w ośrodkach zagrożonych oraz w najbliższej odległości od tej strefy. Powinny to być z reguły obiekty wkopane w ziemię, np. stare kopalnie, fortyfikacje, bunkry itp. Również w tym wypadku każda osoba zatrudniona w produkcji musi mieć ściśle określony przydział miejsca, z kilkoma wariantami dostania się doń w wypadku pożarów, bombardowań itp.

W przypadkach paniki można spodziewać się, że tłum nie zechce udać się na wyznaczone miejsce, tym bardziej że mogą zaistnieć sytuacje uniemożliwiające dojście do określonych punktów lub wypadki zniszczenia ich. Przewidując taki wariant niektórzy zalecają wystawianie u wylotu miast posterunków władz porządkowych, wzmocnionych służbą zdrowia (jeden lekarz + ekipa średniego personelu gotowa do udzielania pierwszej pomocy), które by w jak najbardziej kateryczny sposób kierowały tłum do określonych miejsc ewakuacji. Mogłyby to być szkoły, magazyny lub inne duże pomieszczenia przekształcone w miejsce strzeżonego azylu. Panika jest formą ostrej reakcji

histeroidalnej i przeważnie wystarczy odpowiednia sugestia, poparta sytuacją sprawiającą wrażenie bezpieczeństwa, aby ustąpiła. Wrażenie to wywołuje już samo zorganizowane działanie, prowadzące do zniesienia stanu zagrożenia.

Zgromadzenie kilkudziesięciu osób, udzielenie im pomocy oraz umiejętne, sugestywne wyjaśnienie im sytuacji prowadzi do ustąpienia zaburzeń psychicznych. Dlatego w podobnych ośrodkach przeciwdziałania panice powinni, obok lekarzy, znaleźć się również odpowiednio przeszkoleni psycholodzy.

Zarówno ewakuacja medyczna, jak i pozamedyczna stwarzają trudności organizacyjne oraz wymagają dużej zręczności i wyćwiczenia odpowiedzialnego za nie personelu. Ewakuacje takie przyczyniają się do licznych urazów psychicznych (rozłąka z rodziną jest szczególnie uciążliwa dla dzieci). Ludzie organizujący ewakuację, zwłaszcza profilaktyczną, powinni brać pod uwagę jej negatywne strony psychologiczne.

Narażenie na masowe straty i obawa przed nimi. Doświadczenia ostatniej wojny przekazują interesujące dane w tej sprawie. Streścić je można bardzo krótko: straty na skutek użycia broni masowej zagłady są niewspółmiernie wysokie w wypadku poddania się ludności katastroficznej panice, i niewspółmiernie niskie w wypadku podjęcia przez ludność zorganizowanej obrony. Specjalna komisja amerykańska oceniła, że straty w Hiroszimie i Nagasaki w 60% zależne były od braku zorganizowanej obrony, paniki i nieznajomości broni atomowej. Pierwsze naloty dywanowe na Niemcy przyniosły olbrzymie straty w ludziach i sprzęcie, sparaliżowały na wiele dni życie bombardowanych miast, późniejsze zaś ataki często nie powodowały nawet przerwania produkcji. Przy świetnie zorganizowanej obronie na terytorium Demokratycznej Republiki Wietnamu, Amerykanie nie byli w stanie osłabić jej potencjału wojennego, mimo iż zrzucili na ten kraj więcej ton materiału wybuchowego niż zużyto go na całym świecie w czasie II wojny światowej. Czynniki psychologiczne był tu zatem istotnym orężem w walce z najstraszliwszą bronią.

Praca w trudnych warunkach. Warunki, w jakich odbywać się będzie w wypadku wojny produkcja, można w pewnym stopniu wyobrazić sobie na podstawie doświadczeń ostatnich lat II wojny światowej, jak i działań wojennych w Korei, a zwłaszcza w Wietnamie. Rozproszenie fabryk i przeniesienie ich do pomieszczeń prymitywnych, w wielu wypadkach pieczar, bunkrów, podziemi itp., daleko posunęta feminizacja załogi, wydłużenie czasu pracy, konieczność stosowania środków zastępczych, atmosfera ciągłego zagrożenia nalotem lub dywersją, brak spe-

cialistów, złe warunki bytowania poza pracą, niepokój o pozostawione gdzieś rodziny — to tylko część czynników przewlekłe traumatyzujących psychikę. Wieloletnia praca w tych warunkach wymaga wielkiej mobilizacji emocjonalnej i intelektualnej.

3. DYWERSJA PSYCHOLOGICZNA

Rozbijanie moralne społeczeństwa, wytwarzanie nastroju panikarskiego, niewiary w zwycięstwo i perfidne podburzanie przeciwko przywódcom leży u podstaw planowo prowadzonej wojny psychologicznej. Należy pamiętać, że nasi wrogowie mają w tej dziedzinie wieloletnie doświadczenie i zupełny brak skrupułów.

Działalność takich instytucji jak „Wolna Europa”, „Radio Kolonia” należy traktować jedynie jako jedno z ogniw łańcucha różnego rodzaju metod i sposobów działania. Co zaś dotyczy audycji radiowych, szczególną wagę przywiązuje się do nadawania ich w czasie wojny w sposób do złudzenia przypominający programy rodzimych stacji określonego państwa. Metodę tę wypracowali właściwie Brytyjczycy w czasie II wojny światowej i wprowadzili w życie pod kryptonimem: „Operacja Gustaw—Zygryd”. Zasadą działania było nadawanie programu w języku niemieckim w taki sposób, że słuchacze odnosili wrażenie, iż nadaje go niemiecka stacja patriotyczna, pozostająca w opozycji do hitleryzmu; 99% wiadomości było prawdziwych, ale ich treść była właściwie negatywna dla aliantów. „W imię dobra Niemiec” — pod hasłem tym nadawano tak sformułowane dane, że pozornie podrywały autorytet władz hitlerowskich; wskazywały na korupcję, złe prowadzenie się żon żołnierzy walczących na frontach, niedostatki ekonomiczne, beznadziejność sytuacji wojennej itp. Od czasu do czasu przemycano tam jednak ów 1 procent wiadomości fałszywych.

W roku 1944 niektóre stacje dysponujące spikerami mówiącymi głosem do złudzenia podobnym do głosu spikera radiostacji Kolonia, przejmowały program tej radiostacji w momencie, gdy wyłączała się ona podczas nalotu, i nadawały wiadomości dezorganizujące ochronę. Powyższą metodę dywersji psychologicznej stosowali Izraelczycy w czasie ostatniej wojny izraelsko-arabskiej. Wydaje się, że tego rodzaju dywersja psychologiczna szczególnie efektywnie oddziałuje na nieświadomych odbiorców, ponieważ sprawia wrażenie wiadomości nadawanych przez „swoich”, budzi zaufanie przez — wydawałoby się — odrzucenie tendencji-ności.

Podobnie niebezpiecznym i chętnie stosowanym chwytem jest plotka produkowana przez zręcznych agentów, zwielokrotniona przez osoby nastawione tendencyjnie i z kolei „konsumowana” przez naiwnych. Działa ona z jeszcze większą siłą, ponieważ przekazywana jest przez rodzinę, przyjaciół, osoby zaufane, rozchodzi się z szybkością błyskawicy i wraca, często zniekształcona, ale zawsze z tym samym „jądrem” rzekomej prawdy. Podobną rolę spełniają różnego rodzaju „tajne” pisemka, odezwy, ulotki, rzekomo drukowane przez opozycyjne siły w kraju.

Mimo całej perfidii metody te są mało skuteczne, jeżeli trafiają na bardzo skonsolidowane społeczeństwo. Stąd konieczność bardzo uważnego i poważnego traktowania zabiegów propagandowych wobec własnego kraju, tak w okresie pokojowym, jak i wojennym. Każdy obywatel winien mieć pełne zaufanie do określonych oficjalnych informacji prasy, radia i telewizji. Musi być wychowany w odporności na plotkę.

Jeśli chodzi o środki masowego przekazu, telewizja jest w takich sytuacjach bardziej przydatna niż radio i prasa. Telewizja ma bowiem bardziej bezpośredni kontakt z komentatorem niż radiosłuchacz ze spikerem lub czytelnik z autorem. Głos spikera, pióro autora można dość łatwo „podrobić”, możliwości sprawdzenia ad hoc ich autentyczności są znikome. Natomiast w przypadku telewizji, wizualny kontakt w zasadzie wyklucza możliwość przedstawienia fałszywej osoby. Większa jest także sugestywność wypowiedzi telewizyjnej, dlatego współcześni przywódcy tak chętnie występują w telewizji. W telewizji odpowiedni dobór tematyki i ludzi ma niesłychanie ważne znaczenie polityczne.

4. DYWERSJA PSYCHOZOMIMETYCZNA

Możliwościom i sposobom zastosowania środków psychozomimetycznych na wojnie, oraz obrony przeciwko nim, poświęcony jest specjalny rozdział. W tym miejscu chciałbym jedynie zwrócić uwagę na szerszy problem możliwości zastosowania trucizn chemicznych do walki w ogóle. W tym względzie istnieją spore doświadczenia z „poligonu” wietnamskiego.

Według oświadczenia ogłoszonego przez Północno-Wietnamską Agencję Informacyjną, tylko w 1963 r. Amerykanie przeprowadzili 200 operacji, w których użyli środków trujących. Rozmiary wojny chemicznej w Wietnamie mogą charakteryzować również publikowane w prasie dane o wydatkach Pentagonu na te cele. Otóż w roku budżetowym 1963/64 wydatki na

różnego rodzaju środki trujące, wykorzystywane w działaniach wojennych w Wietnamie Południowym, wynosiły 607 000 dolarów, w roku 1964/65 około 800 000 dolarów, a w roku 1965, w ciągu trzech pierwszych miesięcy wynosiły już 1 021 746 dolarów.

Stany Zjednoczone do niedawna nie ratyfikowały międzynarodowej konwencji zakazującej stosowania broni chemicznej. Od dawna prowadziły przygotowania do ewentualnej wojny, w której broń ta zostałaby użyta na szeroką skalę. Amerykańskie koła wojskowe uważały broń chemiczną i biologiczną za kompleksowy środek rażenia siły żywej, określany nowym, nie stosowanym przedtem terminem: „broń toksyczna”.

Oprócz środków defoliacyjnych³⁹, w marcu 1965 r. Amerykanie zaczęli stosować na szeroką skalę środki trujące, przeznaczone do rażenia ludzi. Oficjalne koła naukowe i polityczne Stanów Zjednoczonych próbują uzasadnić użycie tych środków twierdząc, że nie zagrażają one życiu, działają jedynie obojętniająco, oraz że takie środki jak chloroacetofenon (szyfr: „CN”) i adamsyt (szyfr: „DN”) są stosowane przez policję amerykańską. W Wietnamie po raz pierwszy faktycznie zastosowano środki o znacznie większej skuteczności bojowej.

Prasa amerykańska sugerowała, że prowadzi się przygotowania do rozszerzenia arsenału środków trujących. Zachodnia prasa specjalistyczna wielokrotnie donosiła o pracach prowadzonych od szeregu lat — z pozytywnymi wynikami — nad otrzymaniem licznych obojętniających środków trujących (incapacitating chemical agents), które mogłyby znaleźć szerokie zastosowanie, między innymi w takich sytuacjach bojowych jak np. działania wojenne w Wietnamie.

Do środków obojętniających zalicza się między innymi tzw. środki psychochemiczne, powodujące u ludzi czasową niezdolność fizyczną (temporary physical disability), na przykład: przemijający paraliż, ślepotę, głuchotę, zaburzenia mowy itp., oraz czasowe zaburzenia psychiczne (temporary mental aberration), takie jak: strach, rozdrażnienie, halucynacje, osłabienie zdolności koncentracji, obojętność w stosunku do otoczenia i tym podobne objawy uniemożliwiające wykonywanie czynności bojowych.

Od marca 1958 r. postęp prac nad rozwojem tych środków spowodował, że rozpatruje się je jako środki szczególnie przydatne na terytorium obcych państw w celu obojętnienia i eliminacji przeciwnika, nie naruszając zdolności do pracy ogółu ludności. Użycie tych środków, zdaniem rzeczników wojny

³⁹ Środki niszczące ulistnienie drzew.

chemicznej, powinno spowodować mniej ofiar śmiertelnych, okaleczonych i niezdolnych do pracy niż użycie jakichkolwiek innych środków rażenia.

Na razie brak jest w prasie wyczerpujących danych o środkach trujących stosowanych przez wojska amerykańskie w Wietnamie Południowym. Pomimo jednak oficjalnych stwierdzeń strony amerykańskiej o rzekomej nieszkodliwości używanych obecnie środków powodują one liczne zatrucia u ludzi.

Szerokie zastosowanie środków trujących przez lotnictwo amerykańskie, w okresie od 7 do 20 czerwca 1965 r., spowodowało zatrucie (różnego stopnia) u około 30 000 osób cywilnych, z których wiele zmarło. Istnieją podobne dane, mówiące o użyciu przez Amerykanów środków trujących 8 września 1965 r. w okręgu Ben Cat.

Radziecki dziennik „Krasnaja Zwiezda” 23 października 1965 roku opublikował dane o stosowaniu przez Amerykanów środków trujących występujących pod nowymi szyframi: „CZ” i „BZ”. Amerykanie, prócz lotnictwa, do stosowania środków trujących wykorzystują specjalny sprzęt wojsk lądowych.

W amerykańskiej wojnie chemicznej w Wietnamie Południowym uczestniczyły, co prawda pośrednio, również inne państwa należące do NATO. Dziennik „Daily Mail” w marcu 1965 r. donosił, że środek „CS”, stosowany przez wojska amerykańskie i południowowietnamskie, dostarczony został przez W. Brytanię. Ten sam dziennik 24 marca 1965 r. donosił, że w brytyjskim ośrodku naukowo-badawczym w Porton (hrabstwie Wiltshire), opracowującym metody i środki prowadzenia wojny chemicznej wypróbowano nowy środek trujący, który może obezwładniać ludzi na 24 godziny, bez trwałej szkody dla zdrowia. Podobno ze środkiem tym przeprowadzono pomyślne doświadczenia na zwierzętach. Według danych opublikowanych 13 listopada 1965 r. przez wojskową prasę radziecką, filie znanej zachodnioniemieckiej chemicznej spółki akcyjnej „Farbenfabriken Bayer” dostarczały armii Stanów Zjednoczonych niektórych swoich środków trujących w celu wykorzystania ich w Wietnamie.

Anthony Harrigan w artykule opublikowanym w październiku 1964 r. na łamach „Revue Militaire Générale”, poruszając problemy wojny chemicznej w Wietnamie, stwierdza: (...) *wojna partyzancka nie kosztuje drogo, z wyjątkiem życia ludzkiego (...)* Jednak Stany Zjednoczone nie mogą pozwolić sobie na takie wydatkowanie życia ludzkiego. Żołnierz — obywatel amerykański jest zbyt wart wiele, aby go poświęcić (...). Dalej autor stwierdza: (...) *walczymy w warunkach podyktowanych przez wroga i w sposób, jaki jemu odpowiada. Nie wykorzystujemy*

tego, co jest naszą realną siłą: produkcji broni, która może skutecznie przeciwstawić się bardzo licznemu nieprzyjacielowi. Najlepszym sposobem osiągnięcia przez USA swoich militarnych celów w południowo-wschodniej Azji byłoby oparcie się na wojnie chemicznej (...). Autor podkreśla przewagę Amerykanów w powietrzu, traktując ją jako warunek korzystny w wojnie chemicznej.

Zagadnienia dotyczące doskonalenia broni chemicznej oraz gotowości jej użycia przez siły zbrojne Stanów Zjednoczonych były niejednokrotnie omawiane na forum Kongresu i różnych organów państwowych. Wskaźnikiem rozwoju prac związanych z rozwojem broni chemicznej i biologicznej w Stanach Zjednoczonych może być wzrost, przyznawanych na te cele przez Kongres, środków finansowych. Wydatki ogólne na te cele w roku budżetowym 1959/60 wynosiły 13,3 mln dol., w 1963 r. — 145 mln dolarów (tj. wzrosły około 11 razy), a w latach siedemdziesiątych osiągnęły 200 mln dolarów (tj. wzrosły w ciągu 15 lat piętnastokrotnie).

5. REAKCJE PSYCHOPATOLOGICZNE NA STRATY SPOWODOWANE WOJNA

Opisane wcześniej, niesłychane obciążenia psychiki znajdują odbicie w nasileniu się reakcji psychopatologicznych u uczestników współcześnie prowadzonych wojen.

Aż do pierwszej wojny światowej służba zdrowia, zarówno cywilna, jak i wojskowa, praktycznie nie musiała liczyć się z problemem rozpoznawania, ewakuacji oraz leczenia chorych psychicznie. Wypadki tego rodzaju zachorowań stanowiły nieistotny margines działania służby zdrowia. Z zagadnieniem masowego występowania zaburzeń psychicznych, wywołanych działaniami wojennymi, zetknięto się po raz pierwszy pod koniec I wojny światowej i to niemal wyłącznie w szeregach armii („nerwice wojenne”, „choroba koleczastych drutów” — tzw. *cafard* wg autorów francuskich, panika ogarniająca całe armie itd.).

Dopiero w czasie II wojny światowej opanowanie chorób psychicznych stało się (przynajmniej w armiach Zachodu) jednym z kluczowych zadań medycyny wojskowej, a od momentu stosowania nalotów dywanowych i napadów atomowych — także i cywilnej służby zdrowia. W czasie pierwszych nalotów dywanowych straty w ludziach spowodowane paniką (w Niemczech — represja ze strony oddziałów porządkowych) były co najmniej równe stratom bezpośrednim, a straty ludzkie w Hiroszynie —

jak już wspomniałem — dałyby się znacznie zmniejszyć, gdyby ludność była na takie zagrożenie przygotowana i zachowała się w sposób opanowany.

Statystyki niemieckie, amerykańskie i brytyjskie wykazują, że w czasie II wojny światowej, podobnie jak i w pierwszej, odsetki endogennych chorób psychicznych (schizofrenia, cyklofrenia, paranoja) nie zmieniły się. Jednakże odsetek nerwic, ostrych psychoz egzogennych, a także różnego rodzaju encefalopatii, narkomanii itp., wzrósł w sposób kolosalny. Do tego doszły przemijające, ostre reakcje psychopatologiczne, występujące w zbiorowiskach ludzkich (pod postacią paniki, bezsensownych wędrówek, załamań nastroju itp.), być może niegroźne dla pojedynczych osób, ale rozbijające plany produkcyjne, dezorganizujące transport, administrację itp. Specyfika ewentualnej, współczesnej wojny wskazuje na konieczność liczenia się z możliwością dalszego nasilania się wymienionych zjawisk.

Jest rzeczą oczywistą, że zarówno obraz kliniczny, jak i częstota zaburzeń psychicznych, występujących w okresie wojny, zależą nie tylko od działania negatywnych stressów pola walki, ale i od odporności samego człowieka, poddanego tym bodźcom. A szczególnie:

- 1) od odporności fizycznej i psychicznej społeczeństwa;
- 2) od psychologicznego przygotowania społeczeństwa do działań wojennych tego typu;
- 3) od sprawności organizacyjnej systemów obrony kraju;
- 4) od rodzaju użytych sił i środków przez nieprzyjaciela;
- 5) od długotrwałości działań wojennych.

Przykład działań wojennych w Wietnamie świadczy o tym, jak kolosalne znaczenie mają pierwsze trzy czynniki, nieprzypadkowo wymienione na początku. Znaczenie należytej odporności psychicznej i fizycznej jest samo przez się zrozumiałe. Zrozumiałe jest również, że długotrwałość działań wojennych będzie miała znaczny wpływ na wzrost różnego rodzaju zaburzeń psychicznych, z którymi zetknie się służba zdrowia w czasie wojny. W początkowym okresie należy oczekiwać masowych, ostrych zespołów nerwicowych i psychotycznych, przy przeciągających się zaś działaniach wojennych, rozmaitych zespołów astenicznych lub histerycznych oraz przewlekłych stanów lękowo-depresyjno-urojeniowych. Typowym ostrym odczynem lękowym, z którym trzeba się liczyć w wypadku zaskoczenia nieprzygotowanych mas ludzkich sytuacją prawdziwego lub urojonego niebezpieczeństwa, jest panika. Była już ona przedmiotem rozważań w poprzednich rozdziałach.

Należy przypuszczać, że pierwszy okres wojenny obfitować

może w ostre, reaktywne stany osłupieniowe, zespoły histeryczne typu konwersyjnego, stany ciężkich depresji lub apatii. Ponadto każdy kolejny atak bronią masowego rażenia — konwencjonalną lub atomową — pozostawi po sobie tysiące ludzi z różnego typu zaburzeniami pourazowymi. W razie zastosowania środków obezwładniających psychicznie, szpitale psychiatryczne mogą okresowo zapełniać się chorymi z psychozą eksperymentalną.

Wymienione tutaj ostre zaburzenia psychiczne, aczkolwiek groźne dla ładu społecznego i tworzące okresowo trudne problemy organizacyjne, nie są w gruncie rzeczy tak niebezpieczne dla człowieka, jak przewlekłe nerwice, narastające w sposób podstępny z miesiąca na miesiąc i podkopujące jego zdrowie na całe lata.

Wśród nerwic typowo wojennych na pierwszy plan wysuwa się zespół wyczerpania walką. Rozpoznany w zasadzie przez psychiatrów wojskowych u żołnierzy walczących na froncie, w czasie II wojny światowej obserwowany był przez psychiatrów cywilnych także i u ludności cywilnej, pracującej w niehumanitarnych warunkach, pod ogniem bomb i ostrzału artyleryjskiego — w fabrykach i innych obiektach.

Co zaś dotyczy nerwic występujących u żołnierzy zespół wyczerpania walką stanowił, obok stanów lękowych, olbrzymią większość rozpoznań.

ŚRODKI PSYCHOZOTWÓRCZE I ICH ZNACZENIE DLA WOJSKA

1. WIADOMOŚCI WSTĘPNE

Na podstawie dość licznych wypowiedzi specjalistów z zakresu chemii i toksykologii bojowej można sądzić, że broń chemiczna w postaci bojowych środków trujących (BST) przeżywa obecnie swój renesans⁴⁰.

U podstaw tych wypowiedzi leży przekonanie o wyższości broni chemicznej nad innymi środkami walki. Niektórzy teoretycy RFN twierdzą, że bojowe środki trujące przewyższają nie tylko broń konwencjonalną, ale nawet broń jądrową, zarówno pod względem czysto militarnym, jak również ekonomicznym i politycznym. BST działają bowiem niszcząco lub porażająco wyłącznie na siłę żywą, oszczędzając bazę materialną przeciwnika; można je masowo produkować w oparciu o wysoko rozwiniętą syntezę chemiczną, są tanie, wygodne w taktycznym zastosowaniu różnymi metodami zapewniającymi zaskoczenie przeciwnika; w najnowszych swoich postaciach odznaczają się istotnym walorem „humanitarności”, ponieważ obezwładniają ludzi tylko czasowo i bez złych następstw.

Ta ostatnia właściwość odnosi się zwłaszcza do najnowszej grupy bojowych środków trujących, określanych przez Amerykanów nazwą „psychogazy”, stanowiących najnowsze osiągnięcie chemii bojowej, obok wysokotoksycznych trucizn nerwowych.

W literaturze światowej określa się nazwy tych substancji bardzo różnie. Oto kilka najczęściej używanych terminów: *środki psychotyczne, psychodyleptyczne, psychoto- lub psychozomimetyczne, pobudzające fantazję, halucynogeny, psychoja- itp.*

Nieścisłe zresztą określenie „psychogazy”, używane w wojskowej obcej i rodzimej literaturze, dotyczy najnowszej grupy

⁴⁰ Już po oddaniu książki do druku większość państw podpisała międzynarodową konwencję o zaprzestaniu używania broni chemicznych. Tym niemniej jednak postanowiliśmy zachować rozdział o środkach psychozotwórczych, choćby ze względu na jego teoretyczne znaczenie.

związków chemicznych, przygotowywanych dla celów wojny, a odznaczających się wybiórczym działaniem na ośrodkowy układ nerwowy człowieka. Wśród tych substancji, lansowanych dla celów wojny, wyróżnia się dwie grupy:

- środki obezwładniające psychicznie, wywołujące zaburzenia psychiczne — właściwe środki psychochemiczne (SPsCH);

- środki obezwładniające fizycznie, prowadzące do niewydolności fizycznej przez zakłócenie czynności psychoruchowej ośrodkowego układu nerwowego.

Wydaje się, że bezpośrednim bodźcem do podjęcia pracy nad przygotowaniem środków psychozotwórczych dla celów wojennych były wyniki prac i badań nad dwuetyloamidem kwasu lizergowego (LSD-25). Pierwszym aktem świadczącym o zainteresowaniu nimi i wiązaniu określonych nadziei ze związkami o działaniu psychozomimetycznym — jako środkami walki, był raport Szefa Wojsk Chemicznych armii Stanów Zjednoczonych — generała Stubbsa, złożony w Komisji Senatu USA, w czerwcu 1959 roku. Już w tym raporcie podkreślono szereg walorów, jakimi mają odznaczać się substancje podobne w działaniu do LSD, a odpowiednio przygotowane do użycia w walczakach. I tak:

- substancje te nie niszczą siły żywej, lecz tylko czasowo wytrącają ją z walki;

- ich skuteczne (bojowe) stężenia są minimalne, co zapewniło mały ich rozchód przy wykonaniu ataku i stanowi istotny walor ekonomiczny;

- są one trudno wykrywalne zarówno organoleptycznie, jak i metodami indykacji chemicznej;

- mogą one znaleźć zastosowanie przy użyciu środków ogniowych (pociski, bomby chemiczne), dymotwórczych (fugasy, fumatory, świece dymne) oraz specjalnych, naziemnych lub lotniczych generatorów;

- mnogość technicznych sposobów zastosowania wiąże się z tym, że są to substancje stałe, o wysokiej temperaturze wrzenia, łatwe do przekształcania w aerozole;

- nadają się do dywersji chemicznej i mogą być użyte do zatrucia (np. źródeł wody) i powodowania tą drogą zatrucia doustnych; od momentu ich wtargnięcia do organizmu do czasu uwidocznienia się ich działania, istnieje dość długi bezobjawowy okres utajenia, co komplikuje rozpoznanie i opóźnia przedsięwzięcie obronne i lecznicze — w ten sposób zwiększa się zaskoczenie przeciwnika;

- mogą być stosowane w różnych recepturach, powodując nieprzewidziane skutki;

— wywołują długotrwały i złożony okres objawowy (od kilku do kilkunastu godzin), przebiegający w postaci psychozy;

— zagrożenie sił własnych ich działaniem jest minimalne, ponieważ etatowe środki indywidualnej i zbiorowej ochrony przeciwichemicznej na ogół dostatecznie bronią przed nimi.

Niemiecki autor, Hahn, stwierdza, że prawda o nowych środkach wojny chemicznej (w tym i o psychogazach) leży między przesadnym entuzjazmem niektórych specjalistów, a błędnym niedocenianiem innych.

Rotschild (Stany Zjednoczone) uważa broń chemiczną w najnowszych jej postaciach za „najbardziej humanitarną”, bo albo zabija natychmiast, oszczędzając cierpień (związki fosforoorganiczne, V-gazy) albo nie zabija w ogóle, a tylko czasowo obezwładnia psychicznie lub fizycznie (psychogazy). Dzieli on środki psychochemiczne na obezwładniające w drodze zaburzeń psychicznych (mental aberrations) oraz takie, które powodują niewydolność fizyczną (physical disability). Autor ten przewiduje, że substancje z grupy obezwładniających będą stosowane w postaci aerozoli, o średnicy cząsteczki rzędu pojedynczych mikronów. Do użycia ich mogą służyć bomby lotnicze, pociski artyleryjskie i raketowe, generatory aerozoli naziemne, powietrzne i okrętowe, wreszcie dywersyjne metody zastosowania.

Gye-Jacquot (Francja) podkreśla, że bez względu na to, czy najnowsze postacie BST znajdują praktyczne zastosowanie na wojnie, czy nie, już samo przygotowanie ich do użycia przyczyni się do pojawienia się w wojskach przeciwnika korzystnej atmosfery strachu przed nimi.

Wśród różnych, ze zrozumiałych względów dość skąpych i ogólnikowych, doniesień znajdują się dane o aplikowaniu — w celach doświadczalnych — psychozomimetycznych środków ochotnikom, dla uzyskania danych o ewentualnych skutkach stosowania bojowego tych środków. Nie ulega wątpliwości, że żołnierze znajdujący się pod wpływem działania takich substancji, jak: LSD, psylocybina, preparaty JB, sernyl czy tym podobne, nie są zdolni do wykonywania normalnych czynności podczas walki. Szczególnie uniemożliwione zostaje wykonywanie precyzyjnych czynności w technice bojowej, dowodzeniu itp. Niektórzy podkreślają, że nawet w sytuacjach, kiedy nie uda się zaskoczenie atakiem chemicznym, samo wielogodzinne przebywanie w masce przeciwgazowej spowoduje określony stan psychicznego i fizycznego znużenia i przyczyni się do obniżenia sprawności bojowej.

Ziubin i Łysakow przytaczają opinię z „Truppenpraxis” na temat zastosowania-BST o działaniu psychozotwórczym:

...przy zastosowaniu psychochemicznych ST, zatruci będą wyglądać zupełnie normalnie, często nieprawidłowe reakcje człowieka będą spostrzegane zbyt późno. Jako przykład można sobie wyobrazić decydujący moment walki obronnej, kiedy oficerowie sztabu dywizji zostaną poddani działaniu tych środków. Wystarczy przecież w decydującym momencie wyprowadzić z szeregu poszczególnych dowódców. Nie doceniać tego rodzaju broni — to popełniać duży błąd...

Wymienieni autorzy radzieccy przytaczają także dane o faktach nakłaniania w Stanach Zjednoczonych dowódców wojsk interwencyjnych w Wietnamie do stosowania BST psychozotwórczych.

Co do samych środków psychozotwórczych, to stosunkowo niewiele do nas dociera informacji o wojennym aspekcie ich stosowania. Jest to zrozumiałe, choć nie musi świadczyć o sukcesach poszukiwań.

Z substancji badanych w ośrodkach zachodnich wymienia się: LSD, psylocybinę, meskalinę, mefedrynę, dwuetylotryptaminę, bufoteninę, szereg związków syntetyzowanych cyklopropylowych i cyklobutyłowych eterów N-metylo-3-hydroksypiperydynowych, związki wywodzące się z grupy kwasów benzyłowych, substancje podobne do tremoriny („gaz strachu”), imino-dwu-propionitryl (IDPN), sernyl, preparaty Abooda oznaczone JB, z kolejnymi numerami syntezy. Matušek i Tomeček wspominają o związkach łączących działanie drażniące lub łzawiące z psychozotwórczym.

Według licznych autorów, poszukiwania związków czasowo obezwładniających fizycznie lub psychicznie, dla celów wojny, idą w trzech zasadniczych kierunkach: pierwszy dotyczy jadów naturalnych, roślinnych lub zwierzęcych (LSD, psylocybina, bufotenina, meskalina, muskaryna, adrenochrom itp.), drugi polega na próbach syntezy analogów toksyn bakteryjnych, o działaniu obezwładniającym system nerwowy (np. jad kiełbasiany), wreszcie trzeci opiera się na syntezie związków nie mających odpowiedników w przyrodzie (preparaty JB, sernyl). Ten ostatni kierunek poszukiwań psychozomimetycznych środków bojowych opiera się głównie na rozbudowanym na Zachodzie przemśle chemicznym i farmaceutycznym, szczególnie w dziale substancji mających wpływ na układ nerwowy i sferę psychiczną. Okazało się, że szereg leków psychotropowych, znajdujących szerokie zastosowanie lecznicze w psychiatrii, ma działanie psychogenne, np. pochodne amfetaminy, benaktyzyna, imipramina, megaphen, szereg pochodnych fenotiazyny, butyrofenonów i wiele innych.

Aczkolwiek nie odkryto dotąd istoty mechanizmów działania psychozotwórczego, ten dział farmakologii, w oparciu o nauki pokrewne i obraz kliniczny, rozwijał się do niedawna nadzwyczaj burzliwie. Godny ubolewania jest fakt, że na marginesie badań, które zbliżają ludzkość do poznania istoty chorób psychicznych, a co za tym idzie zapobiegania im i skutecznego leczenia — znajdują się siły, które te badania starają się wyzyskać dla celów wojny.

Środki wywołujące różnego rodzaju przemijające zaburzenia psychiczne znane są ludzkości od niepamiętnych czasów. Niektóre z nich używane były już tysiąc lat temu celem polepszenia nastroju, usprawnienia czynności umysłowych, inne celem uzyskania ekstazy (religijnej, erotycznej czy wróżebnej), a jeszcze inne do wprowadzenia się w odurzenie, pozwalające zapomnieć o otaczającym świecie. Należą do nich: alkohol etylowy, opium, haszysz, kokaina, różne związki kofeinopodobne oraz wyciągi z kaktusów meksykańskich (np. meskalina, peyotl). Są to środki pochodzenia roślinnego, których działanie, znane początkowo jedynie zamkniętemu kręgowi wtajemniczonych, wykorzystywane było przez szamanów, wróżki, wiedźmy, kapłanów itp. do wywołania u siebie lub u „wiernych” stanów podniecenia religijnego.

2. REAKCJA LUDZI NA ŚRODKI PSYCHOZOTWÓRCZE (PT)

Mimo że do tej pory nie zdarzyło się spotkać człowieka odpornego na działanie środków psychozotwórczych, to jednak można stwierdzić, iż przebieg zatrucia u poszczególnych ludzi jest ogromnie różnorodny. Zależy on nie tylko od rodzaju i dawek PT (co byłoby zupełnie naturalne), lecz również od sposobu jego podania (doustnie, przez wstrzyknięcie lub wziewnie), albo od osobowości człowieka, jego aktualnego stanu fizycznego i psychicznego, treningu, przyzwyczajenia, diety itp. (patrz tabela 6). Szczególnie ważne dla wojska są te ostatnie czynniki. Jak wskazują doświadczenia, odpowiednie przygotowanie fizyczne i psychiczne osobnika przed podaniem mu środka psychozotwórczego ma kolosalne znaczenie dla przebiegu eksperymentalnej psychozy. Ludzie, którzy przed wstrzyknięciem LSD-25 lub psylocybiny nastawiają się na zwalczanie zaburzeń psychicznych, dość długo zachowują krytyczną postawę wobec pojawiających się omamów, złudzeń, wahań nastroju, zakłóceń toku myślowego, a nawet w pewnym stopniu potrafią sterować zaburzeniami świadomości. Natomiast osobnicy skłonni do biernego, a zwłaszcza aktywnego ulegania pojawiającym się zakłóceniom psychicz-

Czynniki określające działanie środka psychozotwórczego

I. RODZAJ ŚRODKA DZIAŁAJĄCEGO:	
Meskalina	proste stany majaczeniowe
Imipramina	
Nortryptylina	
Adrenochrom	stany majaczeniowe z pewnymi elementami
LSD-25	schizofrenii, świadomość zachowana
Psylocybina	
Związki JB	stany majaczeniowe z ciężkimi zaburzeniami
Butoksamina	świadomości
Benaktyzyna	
Haszysz	
Rezerpina	depresje
Pochodne fenotiazyny	zaburzenia czynności ruchowej (motoryki)
Pochodne butyrofenonu	
Środki antyparkinsoniczne	
II. DAWKA ŚRODKA DZIAŁAJĄCEGO (na kg wagi ciała):	
przekroczenie średnich dawek środków PT prowadzi do objawów ciężkiego zatrucia, ze zniesieniem świadomości	
III. KONSTYTUCJA:	
a) najbardziej odporni:	osoby z silnym intelektem, zamknięci w sobie, negatywnie nastawieni do wszelkich używek
b) najbardziej podatni:	histeroidzi, psychopaci innej natury, lękliwi, chętnie poddający się używkom
Ogólna zasada:	seans psychozomimetyczny przedstawia osobowość w karykaturze
IV. AKTUALNY STAN ORGANIZMU:	
zmęczenie, niewyspanie, głód, frustracja — zwiększają podatność na środki PT	
V. PRZYZWYCZAJENIE:	
im częściej powtarza się seansy, tym środków działa słabiej i obraz psychopatologiczny jest uboższy	

nym, reagują w eksperymencie bardzo bujną i barwną psychozą. Ludzie uprzedzeni o tym, co ma ich spotkać, i darzący eksperymentatora zaufaniem, znoszą zabieg spokojnie, natomiast nie uprzedzeni reagują panicznym lękiem i zdolni są do zupełnie nieproporcjonalnych czynów.

Ze względu na konieczność metodycznego ujęcia zagadnienia, postaramy się opisać obraz podobnego eksperymentu u przeciętnego człowieka, bez uwzględnienia indywidualnych odchyleń.

Zasadniczo każda sztucznie wywołana psychoza przebiega według pewnego schematu, który opisany został przez H. Leunera jako „podstawowy zespół psychotoksyczny”. Składają się nań następujące fazy:

- 1) okres utajenia,
- 2) okres zaburzeń wegetatywnych,
- 3) okres zwiadowczy,
- 4) okres snopodobny (onejroidalny),
- 5) okres rozwiniętej psychozy,
- 6) okres ciężkiego splątania,
- 7) okres cofania się zaburzeń psychicznych.

Ad. 1. Okres utajenia jest to czas, który upływa od momentu wprowadzenia środka do organizmu do momentu wystąpienia pierwszych objawów chorobowych. Jest on najkrótszy po dożylnym podaniu, najdłuższy po doustnym. Przy dożylnym wstrzyknięciu mieści się on w granicach sekund, przy wziewnym (aerozole) — w granicach 2—5 minut, przy domięśniowym — w granicach 5—30 minut, a po doustnym — w granicach 20—100 minut. Na polu walki w rachubę wchodzi oczywiście tylko dwie drogi: wziewna i doustna. W obu wypadkach ewentualna interwencja zapobiegawczo-lecznicza ma duże szanse na złagodzenie przebiegu psychozy.

Ad. 2. Zanim wystąpią pierwsze bardziej widoczne zaburzenia psychiczne, pojawiają się najpierw zaburzenia ze strony układu wegetatywnego. Charakteryzują się one biciem serca, nudnościami, wzrostem ciśnienia krwi, przyspieszeniem tętna, rozszerzeniem źrenic, zaburzeniami ciepłoty ciała, nadmiernym poceniem się. Towarzyszy temu złe samopoczucie, rozbicie, uczucie osłabienia, wewnętrzne drżenie. Zaburzenia wegetatywne zwykle trwają krótko, od kilku do kilkunastu minut, po czym ulegają bardzo znacznemu złagodzeniu, tak że przestają być odczuwane przez osobę zatrutą środkiem psychotropowym (PT), a niekiedy ustępują całkowicie. Po ich ustąpieniu lub pod koniec fazy wegetatywnej pojawiają się pierwsze objawy psychopatologiczne.

Ad. 3. Przejście od stanu normalnego w psychozę odbywa się

stopniowo. Przy średnich dawkach trwać może nawet do 2 godzin, przy silnym zatruciu — kilkanaście minut. Stosunkowo długi czas trwania tej fazy ma istotne znaczenie dla wojska, gdyż zorientowani co do możliwości zatrucia osobnicy mogą w tym czasie uświadomić sobie, co się z nimi dzieje, powiadomić przełożonych, zabezpieczyć cenny sprzęt przed zniszczeniem, zatrzymać pojazd i zamaskować go oraz sięgnąć po środki odtru-
wające.

Okres zwiadowczy nazywany bywa również stanem wstępnego oszołomienia. W tym czasie dochodzi przeważnie do wzmożenia samopoczucia, przyspieszenia mowy, wzmożonej reaktywności uczuciowej, nieznacznego rozerwania spójności skojarzeń, chwilejności nastroju. Świadomość pozostaje w pełni zachowana.

Ad. 4. Stan onejroidalny (snopodobny) cechuje wyraźna dezintegracja psychiki i pojawienie się pewnych nowych jakości psychicznych, a właściwie psychopatologicznych — omamów, urojeń, swoistej orientacji co do miejsca, czasu, otoczenia itp. W tym okresie osobnik zatruty środkiem PT wpada w stan daleko posuniętej obojętności, wyzwala się spod wpływów otaczającego środowiska i zamyka w kręgu własnego, oderwanego od rzeczywistości świata. Pojawiają się złudzenia i omamy, przeważnie wzrokowe, przy tym często kolorowe, niekiedy także słuchowe, dotykowe, węchowe i inne. Czas jakby zatrzymuje się w miejscu lub pędzi z ogromną szybkością naprzód. Przedmioty otaczające zniekształcają się w przedziwny, mistyczny sposób, kolory nabierają niezwykłych odcieni. Logiczne myślenie zostaje znacznie ograniczone, aczkolwiek pod wpływem bardzo silnych bodźców może przejściowo zostać dość dobrze opanowane. Świadomość ulega coraz większemu zmętnieniu w miarę narastania głębokości oszołomienia. Obraz ten przypomina stany, które przeżywamy w marzeniach sennych (stąd nazwa).

Ad. 5. W stanie rozwiniętej psychozy kontakt z zatrutym zostaje zupełnie zerwany. Świadomość bywa przymglona, a okresowo całkowicie zniesiona. Z zachowania i samorzutnych wypowiedzi możemy orientować się o bogatych doznaniach psychicznych, na które składają się urojenia, omamy, niepokój, lęk, nadmierne podniecenie lub depresja.

Ad. 6. Stan ciężkiego splątania występuje jedynie przy zatruciach bardzo dużymi dawkami. Dochodzi wówczas do całkowitego opanowania doznaniem psychopatologicznym, bez najmniejszego krytycznego wglądu w rzeczywistą sytuację, często przy całkowicie zniesionej świadomości.

Ad. 7. Powrót do normy odbywa się stopniowo, w ciągu kilku do kilkudziesięciu godzin. W zasadzie przeżycia doznane w sta-

nach głębokiego zatrucia są pamiętane, komentowane i sprawiają wrażenie przeżytego snu o wstrząsającej treści. Objawy przeżyte w głębszych zatruciach, bywają pokryte niepamięcią. Dla lekarzy klinicystów najważniejsze są okresy: 3 i 7, a także 4, ponieważ w czasie ich trwania można dokonywać pewnych zabiegów rozpoznawczych i leczniczych. Dla lekarzy eksperymentatorów i dowódców wojskowych liczą się właściwie tylko okresy 5 i 6, w których osobnik zatruty środkiem PT wykazuje wyraźne objawy psychozy.

Wydaje nam się konieczne — dla uściślenia informacji — dokładniejsze przedstawienie tego, co dzieje się z osobnikiem zatrutym środkiem PT, w zakresie:

- 1) świadomości
- 2) toku myślenia
- 3) uczuciowości
- 4) spostrzegania (tabela 11).

Tabela 11

Podstawowe zaburzenia psychiczne po środkach psychozotwórczych (PT)

I
1. Zmiany w zakresie świadomości 2. Zaburzenia toku myślowego: a) brak zdolności utrzymania kierunku myślenia b) ubóstwo myśli c) utrata zdolności całościowego ujmowania sytuacji d) niemożność uchwycenia sensu rozmowy e) mistyczno-magiczne interpretacje zjawisk 3. Zaburzenia sfery uczuciowej: a) wahania nastroju, od błogostanu do skrajnego przygnębienia b) ambiwalencja (występowanie 2 sprzecznych uczuć jednocześnie) c) lęk d) wyobcowanie, aż do stępienia uczuciowego e) inne stany emocjonalne 4. Nastawienie urojeniowe lub (rzadko) rzeczywiste urojenia (pojawiają się u osób uprzednio już urojeniowo nastawionych) 5. Zaburzenia w zakresie napędu psychoruchowego: a) osłupienie b) pobudzenie psychoruchowe c) negatywizm d) „tiki” i tym podobne przymusowe czynności (np. śmiech, kołysanie się)

6. Zaburzenia postrzegania:

- wzrokowego:
 - a) iluzje
 - b) powidoki
 - c) halucynacje prymitywne lub złożone, w dynamicznym ruchu
- słuchowego:
 - a) nadwrażliwość na bodźce słuchowe
 - b) proste omamy
 - c) złożone omamy
 - d) szum w uszach
 - e) synestezje (błędne odczucie źródła głosu)
- smakowego, węchowego:
 - a) iluzje
 - b) omamy
- dotykowego i uczucia głębokiego:
 - a) omamy dotykowe
 - b) zaburzenia poczucia schematu własnego ciała
- poczucia czasu i przestrzeni:
 - a) brak wycucia czasu
 - b) zatrzymanie się czasu
 - c) przeniesienie się w wieczność, przyszłość lub przeszłość
 - d) wymiary i kształty otoczenia zmienne, zniekształcone

7. Zaburzenia w zakresie seksu:

W zasadzie obniżenie libido, jedynie po kokainie podwyższenie, szczególnie u kobiet

Ad. 1. W zakresie świadomości obserwujemy, zwłaszcza w okresie snopodobnym, narastające uspokojenie ruchowe, bierność, oderwanie się od otaczającego świata i silne związanie się z aktualnymi przeżyciami psychotycznymi, aczkolwiek orientacja i prawidłowa ocena oraz wrażliwość na bodźce z zewnątrz pozostają w znacznym stopniu zachowane. W okresie szczytowego działania trucizny udaje się jedynie na krótki czas utrzymać kontakt z badanym. Wkrótce bowiem z powrotem podporządkowuje on uwagę swym podobnym do snu przeżyciom. W czasie eksperymentu stale stwierdza się duże wahania pola świadomości, od całkowitej jasności aż do znacznego stopnia przymglenia. Szczególnie krótkie, intensywne i nasilone są fazy zaburzenia świadomości po haszyszu; badany bardzo boleśnie odczuwa przejście z psychozy w stan świadomości i odwrotnie. Bardziej zatarte są te odczucia po meskalinie, a najslabiej występują po LSD-25, kiedy psychoza stanowi właściwie pewną

zwartą całość. Zaburzenia świadomości przejawiają się różnie. Mamy tu do czynienia zarówno z ilościowymi, jak i jakościowymi zmianami.

Zmiany ilościowe. Przymglenie lub rozjaśnienie świadomości przebiega zupełnie niezależnie od innych zaburzeń psychopatologicznych. Zaburzenia świadomości wcale nie muszą pociągać za sobą zaburzeń ze strony intelektu, uczuć i woli. Na większy lub mniejszy stopień zaburzeń świadomości mają wpływ:

- Rodzaj środka działającego. Najsilniej zmieniają świadomość pochodne atropinowe: JB-329 i JB-336 — już po 10—15 mg. Na drugim miejscu pod tym względem znajduje się butoxamina, na trzecim haszysz. Najmniej obniża świadomość meksalina.

- Dawka (oczywiście w przeliczeniu na kilogram wagi).

- Konstytucja organizmu (podobnie jak z tolerancją alkoholu). Chodzi tu głównie o wrodzone zdolności sterowania własną świadomością. Są osobnicy, którzy bez oporu poddają się zaburzeniom świadomości, i inni, którzy aktywnie (i przeważnie skutecznie, w pewnych jednak granicach) bronią się przed procesem mętnienia świadomości — niektórzy wręcz czynią to po mistrzowsku. Szczególnie dotyczy to ludzi o wysokim poziomie intelektualnym, zdolnych do racjonalnego postępowania. Niektórzy badani samorzutnie dążą do ponownego pogłębienia zaburzeń świadomości.

- Przyzwyczajenie. Im częściej powtarzają się zatrucia, tym środek działa słabiej, obraz psychopatologiczny jest uboższy. Szczególnie coraz słabsze są zaburzenia świadomości.

Czynności psychiczne ulegają znacznym modyfikacjom pod wpływem zmian świadomości. Obraz realnych postrzeżeń staje się coraz bardziej bez wyrazu i zamaskowany. Rozpadają się one na izolowane, „wykorzenione” obiekty. Utrata zdolności ujmowania zjawisk całościowo rozciąga się także na próby intelektualnego, całościowego ujęcia bieżących przeżyć i spontanicznych lub narzuconych wyobrażeń (np. próbując sobie wyobrazić psa, widzi się tylko nogę; samochód — tylko koła itp.).

To samo dotyczy toku myślowego — utracona jest zdolność kierunkowego myślenia i utrzymania stałej linii myślenia. Aczkolwiek poszczególne zdania są logiczne i jasne, traci się zdolność łączenia poszczególnych elementów w łańcuchy. Ta utrata funkcji integrowania zostaje kompensowana powstawianiem nowych całości. Powstaje nowa „rzeczywistość” bardziej absolutna, oparta na nie skrepowanej formie widzenia.

W czasie rozwiniętej psychozy stwierdza się również znaczne

zaburzenia koncentracji uwagi. Poczucie osobowości jest z reguły zmaćone, aż do całkowitej depersonalizacji (pozbawienie poczucia własnej osobowości): „stoję tu i przyglądam się sobie”, „komiczne, to tak, jak bym przestał być sobą”. Świat zewnętrzny staje się nierzeczywisty.

Ad. 2. Zaburzenia toku myślowego. Najczęściej spotykane objawy to:

1. Brak zdolności utrzymania kierunku myślenia.
2. Rozpad myśli.
3. Utrata zdolności całościowego ujmowania sytuacji.
4. Niemożność uchwycenia sensu rozmowy.

Po małych dawkach lub we wstępnej fazie występują trudności w formułowaniu zdań, kłopoty ze znalezieniem właściwego słowa. Po dużych dawkach i na szczycie psychozy obserwuje się odwrotne zjawiska — reakcje słowne ulegają przedłużeniu, trudność sprawia zmiana tematu, przy tym wszystkim następuje zaburzenie myślenia. Myśli rwą się tak, że badani wydają się być zupełnie rozkojarzeni. Istnieje tu podobieństwo do myślenia w zmęczeniu, w marzeniach na jawie i we śnie, charakterystyczne dla schizofreników. U niektórych ludzi pojawiają się urojenia, głównie wielkościowe, samoponizeniowe lub prześladowcze.

Myślenie logiczne, abstrakcyjne jest utrudnione w stanie oszłamienia LSD-25, psylocybiną i meskaliną, aczkolwiek przy zastosowaniu średnich dawek, ogólnie rzecz biorąc — utrzymane, choć realizowane z pewnym trudem. Przy badaniu testowym część werbalna (słowna) ulega większemu upośledzeniu niż niewerbalna.

Ad. 3. Wpływ na sferę uczuciową. Wszystkie środki oszłamiające wpływają na sferę uczuciową. Jednak przy powtarzaniu eksperymentów u tej samej osoby lub przy przewlekłym używaniu psychozomimetyków okazuje się, że u żadnej z tych osób nie ma zwichnięcia nastroju w jakims specyficznym kierunku. Przeważnie pojawiają się przeciwstawne nastroje, zarówno w toku tego samego eksperymentu, jak i w kolejnych eksperymentach. Na przykład, wzmożone samopoczucie i błogostan (euforia) występują obok przygnębienia i depresji. Zwykle początkowo po wszystkich tych środkach nastrój jest euforyczny. Nierzadko zdarzają się stany euforii z przymusowym śmiechem, który jest wręcz męczący. Pod koniec eksperymentu często pojawia się obniżone samopoczucie połączone z lękiem, uczuciem pustki, przekonaniem o małej wartości i myślami samobójczymi.

W zatruciu LSD i meskalinowym opisano wielką liczbę bardzo różnorodnych stanów emocjonalnych: „miętko-sentymentalny, słoneczno-ciepły, pasywnie błogi, dysforyczny” i tym podo-

ne. Uczucia i nastroje pojawiają się bez powodu i działają nieadekwatnie. Obserwowano występowanie nastroju upojeniowego oraz niepokoju ruchowego, bezproduktywnej ruchliwości, podniecenia, z drugiej zaś strony badani wydają się zubożniali, bez napędu życiowego, kontakt ulega zerwaniu, można nawet mówić o wyobcowaniu. Zjawisko to jest jądrem depersonalizacji, czyli oderwania się od własnej osobowości.

Ad. 4. Zaburzenia spostrzegania otaczającego świata. Należą one do najczęściej spotykanych objawów w przebiegu zatrucia środkami psychozomimetycznymi, w tym głównie psylocybiną, LSD-25, meskaliną i adrenochromem. Najczęściej już w okresie stanów zwiastujących pojawiają się iluzje, czyli złudzenia, polegające na opacznym spostrzeganiu rzeczy. Na przykład płame na suficie badany widzi jako brodatego mężczyznę, wieszak na ubrania przekształca się w niedźwiedzia, plusk kropli spadającej z kranu jest odbierany jako wystrzał z pistoletu itp.

W okresie snopodobnym i rozwiniętej psychozy u wielu osób pojawiają się omamy, czyli halucynacje, polegające na spostrzeganiu rzeczy i zjawisk w danej chwili w rzeczywistości nie istniejących. Na przykład, badany widzi w pokoju tysiące fruujących motyli, słyszy dźwięk klaksonu samochodowego, czuje zapach fiołków, odczuwa w ustach smak chininy, czuje przechodzący przez mięśnie prąd elektryczny itd. Zarówno iluzje, jak i omamy mogą dotyczyć wszystkich zmysłów.

Często omamy rozwijają się z poprzedzających je złudzeń. Halucynacje wzrokowe łatwiej powstają przy zamkniętych oczach. Niekiedy 3 rodzaje różnych wizji biegają jednocześnie obok siebie, czasem łączą się w jedną projekcję, a czasem rozdzielają. Iluzje i omamy wzrokowe są barwne. Wnętrze pokoju nabiera mistycznego kształtu (głównie po psylocybinie), na przykład szafa staje się żywą istotą.

Zaburzenia słuchowe polegają bądź to na pojawieniu się nadmiernej wrażliwości na dźwięki (dla przykładu — szuranie nogami po podłodze wydaje się hukiem przejeżdżającej lokomotywy), bądź to na wystąpieniu złudzeń słuchowych (np. dźwięk przelatującego samolotu wydaje się grającą orkiestrą), albo omamów słuchowych (słyszenie dzwonków, poszczególnych tonów, mowy nie istniejących ludzi we własnym lub obcym języku itp.).

Iluzje oraz omamy smakowe i węchowe zdarzają się rzadko. Natomiast bardzo często występują zaburzenia spostrzegania, tzw. czucia głębokiego z kości, mięśni i stawów, oraz zaburzenia odczucia schematu własnego ciała; członki wtedy zaczynają mieć inne wymiary, należą do kogo innego, ma się wrażenie, że zmieniają nas w owada, mężczyzna zmienia się w kobietę, po-

szczególne narządy wydają się być naładowane elektrycznością. U prawie wszystkich badanych po podaniu psylocybiny i LSD-25 opisywano tzw. synestezję polegającą na tym, że rzeczywiste bodźce słuchowe wywołują omamy wzrokowe. Na przykład, pukanie w szafę wywołuje szare kręgi przed oczami; im głośniejsze pukanie, tym wyraźniejszy obraz.

Do zaburzeń spostrzegania zalicza się również tzw. przeżycia mistyczno-kosmiczne. Zwłaszcza po dużych dawkach LSD-25 badani mówią, że „wcielają się w kosmos”, mają wyraźne wrażenie wędrowania we wszechświecie, „wzniesienia się człowieka na stopień nowego, innego bytu”, przeżywają różne metafizyczne sytuacje (np. przenikają przez ściany itp.). Poczucie czasu jest zmienione.

Wszystkim wyżej opisanym zaburzeniom psychicznym towarzyszą mniej lub więcej zaznaczone objawy cielesne, neurologiczne, takie jak:

- 1) zaburzenia wegetatywne opisane w tekście,
- 2) zaburzenia równowagi i chodu,
- 3) zaburzenia mowy,
- 4) oczopląs (głównie po bufoteninie),
- 5) ruchy przymusowe typu płasawiczego,
- 6) pismo faliste i niepewne,
- 7) zapaści (po dużych dawkach).

Opisane zaburzenia należy rozumieć jako objawy modelowe, występujące najczęściej u osób poddanych eksperymentowi. W rzeczywistości spotykamy się z wielką różnorodnością przebiegu zatrucia środkami psychozomimetycznymi. Zależy on od indywidualności osobnika poddanego eksperymentowi, od jego aktualnego stanu psychicznego i fizycznego, od sposobu podania środka, ogólnej atmosfery środowiska i wielu innych przyczyn. Czynniki wpływające na przebieg zatrucia środkami PT określa tabela 12.

Jak wynika z tej tabeli, istnieją ludzie bardziej i mniej odporni na działanie środków PT. Do bardzo odpornych należą ludzie silni charakterologicznie, inteligentni, zamknięci w sobie i negatywnie nastawieni do wszelkich używek (alkohol, papierosy itp.). Do mało odpornych należą różnego rodzaju psychopaci, ludzie chwiejni, lękliwi i podatni na wszelkie używki. Duże znaczenie ma również nastawienie psychologiczne przed zatruciem. Generalnie rzecz biorąc, podanie PT bez uprzedzenia, wywołuje — niezależnie od działania środka — silną reakcję paniczną, podbarwiającą przebieg eksperymentu gwałtownym lękiem i niepokojem, zaostrażającą cały obraz choroby. Odwrotnie, dokładne

przygotowanie osoby poddanej eksperymentowi, a zwłaszcza jej negatywne nastawienie do mających się ujawnić objawów, powoduje dość długotrwałe, skuteczne przeciwstawienie się zaburzeniom świadomości. Głód, niewyspanie, zmęczenie, zły stan psychiczny w ogóle, niezadowolenie z życia zwiększają podatność na środki PT. Każde następne przebycie zatrucia znoszone jest na ogół bardzo spokojnie.

Małe i średnie dawki, zarówno pochodnych fenotiazynowych, jak i butyrofenonowych, powodują zaburzenia czynności ruchowych człowieka, bez upośledzenia czynności psychicznych. Duże, a zwłaszcza bardzo duże dawki mogą, obok zmian w układzie ruchowym, podobnie jak środki PT, wywołać psychozy eksperymentalne, przebiegające z silnymi zaburzeniami świadomości.

Zaburzenia czynności ruchowych polegają głównie na wzmożeniu napięcia mięśniowego, upośledzeniu koordynacji ruchów, opóźnionego refleksu oraz wystąpieniu pewnych przymusowych czynności. Osobnik zatruty może sprawiać wrażenie porażonego, gdyż nie reaguje właściwymi ruchami nawet na agresję przeciwko sobie. Kończyny jego stają się jakby drewniane, mowa niewyraźna, zamazana, nawet obroty gałki ocznej sprawiają wielką trudność. Może również wystąpić przymus dreptania, biegania tyłem, patrzenia w górę, bezprzyczynowego, męczącego śmiechu, przymusowe skrety głową, tułowiem itp. Stany takie trwają do kilkunastu godzin, a przy zatruciu przewlekłym (np. po doustnym pobraniu środka), nawet jeszcze kilka dni po odstawieniu środka obezwładniającego. Są one tym bardziej męczące, że przebiegają przy zachowanej w pełni świadomości. Celem lepszego zorientowania się w przebiegu psychozy wywołanej środkiem psychozomimetycznym, podajemy opis jednego z zabiegów, dokonanych w celach leczniczych, w jednej z zagranicznych klinik psychiatrycznych.

Badany był mężczyzną 22-letnim, przebywającym w klinice z powodu homoseksualizmu, poza tym zdrowym fizycznie i psychicznie. Przed eksperymentem grał z trzema innymi pacjentami w karty. Na rozegranie 1 licytacji „tysiąca” zużywali średnio 8—10 minut. Przed wstrzyknięciem środka psychozotwórczego rozwiązywał proste działania arytmetyczne dodając, odejmując, mnożąc i dzieląc w zakresie 100 bezbłędnie i natychmiastowo.

Został poinformowany, że po otrzymaniu leku, przez czas około 4 godzin, organizm jego może wykazywać różne zaburzenia psychiczne, które następnie miną bez śladu. Do zabiegu przystąpił nieco zaniepokojny, ale bez oporu.

Przebieg eksperymentu:

Godzina 8.20: wstrzyknięto domięśniowo 9 mg psylocybiny. Następnie badany udał się do gabinetu lekarskiego, rozłożył pościel na kozetce lekarskiej, położył się, zapalił papierosa. Nawiązał rozmowę na banalne tematy.	okres utajenia: 25 minut
Godzina 8.45: Badany oświadczył, że ma zawroty głowy i nudności. Poprosił o jakieś naczynie, gdyż obawia się, że może wymiotować. Skóra na twarzy zaróżowiła się, tętno przyspieszyło się do 120 uderzeń na minutę (wyjściowe 80 uderzeń na minutę). Po siedmiu dalszych minutach wystąpiły dreszcze, źrenice poszerzyły się wyraźnie, pojawiła się suchość w ustach, pobolewanie w skroniach, lekki niepokój ruchowy. Nastroj wyraźnie obniżony, wyraz twarzy przygnębiony i nieco wystraszony.	okres wegetatywny: 15 minut
Godzina 9.00: Badany przestał skarżyć się na nudności, zawroty i bóle głowy oraz suchość w ustach. Nastroj wyraźnie poprawił się; badany ożywiony, wesoły, często śmieje się, mówi chętnie, szybko, nie całkiem dorzecznie.	okres zwiadowczy: 50 minut euforia
Mówi: O, jaki pan doktor ma dziwny nos — jak u słonia i fioletowy. To pewnie już to wariactwo, co to miało być po zastrzyku. Na pytania odpowiada dorzecznie, kontakt dobry, orientacja zachowana, rozmowę z lekarzem daje się utrzymać, aczkolwiek badany mówi wyjątkowo szybko i wykazuje tendencję do przerzucania się z tematu na temat.	iluzje wzrokowe przyspieszenie toku myślowego
Godzina 9.50: Kontakt z badanymi coraz gorszy. Zadane pytania powtarza po kilka razy, sprawiając wrażenie, że nie rozumie ich znaczenia. Czasami rozpoczyna odpowiedź, przerywając w pół zdania. Okresami śmieje się bez przerwy, przez kilkanaście minut.	okres snopodobny: 90 minut
Pytany, dlaczego się śmieje, wzrusza ramionami i znów się śmieje. Mowa jego staje się niewyraźna, ruchy bezładne. Proste polecenia wykonuje. Liczenie w granicach 20 wykonuje poprawnie, aczkolwiek po długim namyśle i kilku prośbach o powtórzenie zadania.	zaburzenia mowy
Okresami pobudzony ruchowo: wstaje wtedy z kozetki, chodzi przez chwilę jak pijany i kładzie się z powrotem.	pobudzenie ruchowe, zła koordynacja ruchów

Proszony, aby zagrał w karty, siada, z trudem rozdaje karty, myląc się przy tym; licytacja nie zostaje zrealizowana, gdyż stale się myli, „wychodzi” nie we właściwym kolorze, gubi karty, zapomina, o co mu właściwie chodzi.	rozproszenie uwagi
Od czasu do czasu patrzy w jeden punkt na ścianie, od czasu do czasu śmieje się bez powodu. Pytany, co widzi na ścianie, mówi: „niech pan nie żartuje, to nie ściana, to łąka. Krowy, jak mamuty, kwiaty czerwone”.	omamy wzrokowe
Samorzutnie wyraża zdziwienie, że lekarz jest taki mały i kolorowy, „jak zabaweczka”. Z tajemniczą miną zagląda parę razy pod kozetkę, szuka czegoś rękoma.	mikropsja — widzenie w pomniejszeniu
Okolo godz. 11.00 przeżywa 15-minutowy stan depresji: płacze, zakrywa się koldrą, nie chce odpowiadać na pytania. Następnie robi się euforyczny, usiłuje chodzić, pali papierosy, śmieje się głośno.	wahania nastroju
Godzina 11.20: Badany, pobudzony ruchowo, chce wychodzić z pokoju, śmieje się, mówi bez logicznego związku, otwiera szafę, przesuwając kozetkę, usiłuje coś rysować, robi takie ruchy, jakby zbierał drobne przedmioty ze stołu i krył je w kieszeniach. Kontakt z lekarzem zupełnie zerwany.	okres rozwiniętej psychozy: 40 minut (zniesienie świadomości)
Godzina 12.00: Badany zupełnie uspokoił się, prosi o papierosa. Jest zmęczony, odpowiada chętnie na pytania. Kontakt słowny z lekarzem przywrócony. Opowiada, że w ciągu ostatnich kilku dni (zaburzenia poczucia czasu) po wstrzyknięciu „leku” poczuł się przeniesiony na inną planetę, gdzie były same piękne łąki, na których pasły się zwierzęta pilnowane przez nagich mężczyzn. Pasterze rozrzucały złote pieniądze, które on zbierał. Obecność lekarza wyczuwał cały czas obok siebie, ale lekarz wydawał mu się mały i „po prostu kolorowy”. Nie wszystko dobrze pamięta, wiele rzeczy zamazuje mu się tak, jakby to były przeżycia we śnie. Nie pamięta, że grał w karty. Niektóre przeżycia były przykre, ale na ogół wspomina eksperyment jako bardzo przyjemny sen.	okres stopniowego powrotu do normalności

3. PRZEGLĄD ŚRODKÓW PSYCHOCHEMICZNYCH (SPsCH) I ICH WŁAŚCIWOŚCI

Główną grupę SPsCH stanowią właściwe środki psychozotwórcze, tj. związki chemiczne powodujące obezwładnienie, przez wywołanie zaburzeń psychicznych. Substancje te należą do środków działających na sferę psychiczną ośrodkowego układu ner-

wowego, produkowanych obecnie — w ogromnej liczbie rodzajów i odmian — przez światowy przemysł farmaceutyczny.

Klasyfikacja SPsCH jest bardzo trudna i niezależnie od podstawy, na jakiej przeprowadza się podział, zawsze nieścisła i o charakterze bardziej dydaktycznym niż naukowym. Nawet przyjęty podział tych środków na obejmujące psychicznie i obejmujące fizycznie jest znacznym uproszczeniem zagadnienia, ponieważ przy ośrodkowym, mózgowym działaniu trujących zaburzenia psychiczne wiążą się i wzajemnie warunkują z zaburzeniami nerwowo-mięśniowego aparatu ruchowego.

Dalszą trudność we wprowadzeniu jakiejś klasyfikacji SPsCH stanowi nadzwyczaj burzliwy rozwój produkcji tych środków w przeciągu ostatniego dwudziestolecia (otrzymuje się je ze źródeł naturalnych: z roślin, z małży morskich, ze skóry ryb podzwrotnikowych oraz w drodze syntezy chemicznej).

Największe, jak się zdaje, znaczenie praktyczne (nawet z punktu widzenia możliwości wykorzystania w czasie wojny) ma podział środków psychozotwórczych, jaki zaproponował Leuner, a którego podstawę stanowi rodzaj i przebieg wywoływanej psychozy. Będą to:

a. Środki psychozotwórcze pierwszego rzędu — związki odznaczające się bardzo niskimi dawkami, skutecznymi przy jednoczesnej dużej ich rozpiętości w czasie, oraz zdolnością wywołowania schizofrenopodobnego obrazu psychotycznego, z obfitością omamów, głównie wzrokowych, przy małym stopniu zaburzeń świadomości i pamięci. Do tej grupy zalicza się: LSD-25, psylocybinę, meskalinę, haszysz, bufoteninę i inne związki pokrewne serotoninie.

b. Środki psychozotwórcze drugiego rzędu — odznaczające się małym zróżnicowaniem dawek skutecznych i większym dawkowaniem dla wywołania psychozy, która przebiega z większymi zaburzeniami świadomości i pamięci a słabiej wyrażonym zespołem omamów wzrokowych. Do tej grupy należą: związki JB, ololiuqui, butoksamina i niektóre związki podobne chemicznie do LSD-25.

A oto przegląd najważniejszych i najlepiej przebadanych środków o działaniu psychozotwórczym:

LSD-25 (lyzergamid, delysid) jest chyba najbardziej badanym i poznanym środkiem z omawianej grupy. Wywodzi się ze składników grzybka sporyszu, będącego źródłem wielu substancji o działaniu leczniczym. LSD-25 został wykryty w sporyszu przypadkowo przez Stolla, w 1938 roku, a częściowo zsyntetyzowany laboratoryjnie przez Stolla i Hofmanna w 1943 r. W rok później

koncern Mercka zdolny był do produkcji 2 kg dziennie czystej substancji wyjściowej do syntezy LSD-25. W postaci użytkowej ten silny środek psychozotwórczy jest białym krystalicznym proszkiem bez smaku i zapachu, dobrze rozpuszczającym się w wodzie. Dawki powodujące wystąpienie stanu psychotycznego podobnego do schizofrenii wahają się dla ludzi w granicach od 20 do 1000 gamma (gamma — 1/1000 miligrama, czyli 1/1 000 000 grama). Środek ten wywołuje zaburzenia toku myślowego, afektu i spostrzegania oraz rozszczepienie osobowości (depersonalizację). Bardzo charakterystyczne w przebiegu psychozy są bogate omamy wzrokowe.

Psylocybina jest substancją krystaliczną, wyodrębnioną z grzybków południowoamerykańskich *Psilocybes (mexicana, aztecorum, cubensis)* lub otrzymywaną drogą syntetyczną. Dawki od 4—10 mg po ok. 15-minutowym okresie utajenia wywołują zaburzenia psychiczne w postaci stanu upojenia z euforią, omamami wzrokowymi i zaburzeniami odczucia schematu budowy własnego ciała. Odmiana psylocybiny — psylocyna posiada także właściwości psychozotwórcze.

Meskalina jest otrzymywana z kaktusów meksykańskich i jest jednym z czynnych farmakologicznie alkaloidów peyotlu, bardzo rozpowszechnionego w Ameryce środka narkotycznego. Meskalina jest związkiem pokrewnym chemicznie adrenalinie oraz lekiem pobudzającym OUN (ośrodkowy układ nerwowy), znanym pod nazwą środków dopingujących. Meskalina wzmacnia wydzielanie adrenaliny w ustroju, powoduje występowanie omamów wzrokowych, pobudzenia psychoruchowego, euforii, błogostanu, gadatliwości, skłonności do zwierzeń itp. Dawki od 5—10 mg na kilo wagi ciała, podane drogą doustną lub w zastrzyku podskórnym czy domięśniowym, prowadzą do rozwinięcia się obrazu psychotycznego, który trwa do 8 godzin.

Bufotenina została wyizolowana z niektórych gatunków muchochorów oraz rośliny *Piptadenia peregrina*. Jest też czynnym składnikiem południowoamerykańskich tytoni *Cohoba*, znajduje się również w wydzielinie gruczołów skórnych ropuchy. W śladowych ilościach znaleziono ją także w moczu ludzkim. Działanie psychozotwórcze bufoteniny przejawia się po podaniu dożylnym dawki 8—16 mg. Polega ono na występowaniu elementarnych omamów wzrokowych oraz zakłóceniu toku myślowego na tle dość burzliwych objawów wegetatywnych (duszność, wzmożone pocenie się, nudności, zaczerwienienie skóry twarzy, oczopląs itp.). Bufotenina jest podobna chemicznie do serotoniny i należy do większej grupy związków syntetyzowanych lub po-

chodzenia naturalnego, a odznaczających się bardziej lub mniej wyraźnym działaniem psychozotwórczym (np.: T-9, DMT, U-6056 i inne).

Harmina (banisteryna, telepathin, harmalina) występuje w rucie stepowej (*Peganum harmala*) i w większych dawkach wywołuje omamy wzrokowe, stan zamroczenia i inne objawy psychotyczne, obok zaburzeń ruchowych i wegetatywnych. Harmina, podobnie jak szereg innych alkaloidów indolowych (taberantyna, rezerpina), wykazuje podobieństwo pod względem budowy chemicznej do tak silnych środków psychozotwórczych jak LSD-25 i psylocybina.

Kannabinol i kannabidiol są czynnymi składnikami haszyszsu z konopi indyjskich i marihuany (haszyszsu meksykańskiego). Półsyntetyczny lub syntetyzowany produkt zawierający psychozotwórcze składniki służy do sporządzania specjalnych, odurzających papierosów („Marihuana”, „Rosemarie”). Po wypaleniu takiego papierosa występują następujące objawy: błogostan i pobudzenie psychoruchowe, omamy wzrokowe, zakłócenia toku myślowego, poczucie nierealności i lekkości.

Adrenochrom i adrenolutyna, wywodzące się z ustrojowego neurochromonu adrenaliny, powstają w organizmie w określonych warunkach. W okresie między 1954 a 1959 r. prowadzono wielostronne badania nad tymi substancjami w oparciu o teorię, że adrenochrom i podobne do niego związki powstające w ustroju są czynnikami powodującymi choroby psychiczne, szczególnie schizofrenię. Podstawą tej teorii było stwierdzenie wzrostu poziomu adrenochromu we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym u schizofreników oraz u zdrowych ludzi znajdujących się w stanie doświadczalnej psychozy, np. po wstrzyknięciu LSD-25. Jeden z badaczy wyraził opinię, że adrenochrom daje najsilniej ze wszystkich innych środków psychozotwórczych wyrażony ostry zespół pseudoschizofreniczny. Dawki tego związku, od 5—50 mg, podane w drodze wstrzyknięcia podskórnego lub dożylnego, powodują rozwinięcie się stanu psychotycznego bez zaburzeń świadomości, natomiast z charakterystycznym dla schizofrenii brakiem poczucia choroby, nastawieniem urojeniowym, zaburzeniami toku myślowego, bardzo obfitymi omamami, agresywnym nastawieniem do otoczenia lub ze stanem depresji psychicznej.

Z innych środków o działaniu psychozotwórczym, budzących zainteresowanie kół wojskowych, należy wymienić kilka związków syntetycznych albo w ogóle nie spotykanych w naturze, albo będących sztucznymi analogami składników tkanek roślinnych i zwierzęcych. Należą tu takie związki chemiczne, jak:

Syntetyczne preparaty JB, czyli tzw. związki Abooda, które sporządzono w ramach prac poszukiwawczych nad nowymi lekami, podobnymi w działaniu do atropiny. Prace nad tą grupą substancji chemicznych rozpoczęto w 1954 r. Silnym działaniem psychozotwórczym odznaczają się: preparat JB-336, JB-318 i szeregi innych. Złożony z dwóch związków tej grupy, ditran znalazł zastosowanie lecznicze w depresjach. Preparaty JB w dawkach do 25 mg wywołują stany zaburzeń świadomości i pamięci. Występujące w przebiegu psychozy doświadczalnej omamy wzrokowe tak wpływają na zachowanie się osób poddanych doświadczeniom, że niektórzy porównują ten stan z alkoholowym majaczeniem drzennym (delirium tremens).

Sernyl (Phencyclidine, PCP) jest syntetycznym związkiem psychozotwórczym w postaci bezbarwnego proszku rozpuszczalnego w wodzie. Obok słabego działania znieczulającego, w dawkach rzędu pojedynczych miligramów, wywołuje przejściowe stany psychotyczne z oznakami depersonalizacji, zaburzeniami poczucia schematu ciała, uczuciem izolacji od otoczenia, obcości, lub wrogi i agresywnym nastawieniem do otaczających osób.

Butoksamina jest także środkiem sztucznie syntetyzowanym i przypadkowo odkrytym podczas prac nad lekami przeciwbólowymi i znieczulającymi. W dawkach 25—50 mg, podana podskórnie lub w nieco większych dawkach doustnych, wywołuje bogate omamy wzrokowe, stan euforyczny i odczucia podobne do występujących po meskalinie lub LSD-25. Przy większych dawkach może wywołać zaburzenia świadomości, niekiedy bardzo głębokie.

Adrenoksyl jest produktem handlowym, syntetycznym, wywodzącym się z wytwarzanego w ustroju, a omówionego wyżej adrenochromu.

W piśmiennictwie specjalistycznym można znaleźć wzmianki o psychozotwórczym działaniu **dibenaminy**, która jest związkiem z grupy iperytów azotowych o działaniu przeciwrakowym i bardzo wysokiej toksyczności.

Do psychozotwórczych preparatów pochodnych fenotiazyny, które stanowią dzisiaj bardzo liczną grupę leków stosowanych w klinice psychiatrycznej dla leczenia chorób psychicznych, należy związek oznaczony RP-7360. Objawy psychotyczne występujące po tym środku przypominają zespół po ditranie (z grupy wyżej omówionych preparatów JB). Poza tym związek RP-7360 może służyć jako przykład trudności wyraźnego rozgraniczenia SPsCH o działaniu obezwładniającym psychicznie od obezwład-

niającego fizycznie przez powodowanie zaburzeń czynności aparatu nerwowo-mięśniowego. Pochodne fenotiazyny bowiem zaliczają się na ogół do tej grupy SPsCH.

Jeśli chodzi o SPsCH obezwładniające fizycznie, to wprowadzenie jakiegś klasyfikacji chemicznej czy farmakologicznej tych potencjalnych środków walki chemicznej jest jeszcze bardziej skomplikowane niż w poprzednio omówionej grupie środków psychozotwórczych. Wynika to zarówno ze zbyt skąpych informacji na temat takich środków kwalifikowanych do celów wojennych, jak też z mnogości związków znanych farmakologom, które mogłyby tu wchodzić w rachubę.

Przykładem środków obezwładniania fizycznego nerwowo-ruchowego mogą być wspomniane wyżej pochodne fenotiazyny, które odznaczają się bardzo szerokim wachlarzem działania farmakologicznego, głównie na OUN. Związki fenotiazynowe zalicza się do leków usprawniających działalność sfery psychicznej mózgowia, stąd ich zastosowanie lecznicze w psychiatrii. Obok działania ośrodkowego odznaczają się one słabym działaniem znieczulającym i przeciwwstrząsowym. W większych dawkach wywołują stan osłupienia z różnymi zaburzeniami ruchowymi (katatonii, zespół drgawkowy itp.). Podobnie jak pochodne fenotiazyny, duże zainteresowanie budzą ostatnio substancje z grupy butyrofenonów, które obok zastosowania leczniczego (m.in. mogą także służyć do przerywania stanów psychotycznych po środkach psychozotwórczych), przy zastosowaniu większych dawek mogą wywoływać objawy uniemożliwiające człowiekowi normalne działanie.

Wśród związków mogących reprezentować grupę środków obezwładniających fizycznie wymienia się substancje powodujące wystąpienie zespołu drżenia mięśniowego z ruchami mimowolnymi, płasawiczymi, dużym osłabieniem siły mięśniowej, niemożnością utrzymania pionowej pozycji ciała i równowagi przy chodzeniu. Taki zespół porażenia nerwowo-mięśniowego nie pozwoli zatrudnim na wykonywanie normalnych czynności. **Tremorin i IDPN** są przykładem w ten właśnie sposób działających środków, przygotowywanych z myślą o wykorzystaniu ich podczas wojny. Tremorin w niektórych publikacjach nazywano „gazem strachu”. Substancja ta, nawet przy aplikowaniu naskórnym w dawce 5—10 mg, powoduje u zwierząt doświadczalnych drżenie mięśniowe, silne zwężenie źrenic, obfity ślinotok oraz wystąpienie okresu drgawkowego z niemożnością utrzymania naturalnej postawy, chwiejnością przy chodzeniu, dużą ilością współruchów, ruchów mimowolnych i innych zaburzeń paraliżujących normalną czynność ruchową.

Podobnie do tremorinu działa IDPN, substancja zawierająca w strukturze cząsteczki chemicznej rodnik cyjanowy (CN), którego obecność przyczynia się do powstawania nieodwracalnych zmian w organizmie, a szczególnie w OUN, oraz poważnego zagrożenia życia podczas zatrucia.

Na zakończenie należy dodać, że dla celów wojennych można przygotowywać jeszcze inne substancje o zasadniczo podobnych właściwościach i działaniu na organizm. Jednakże informacje o nich, ze zrozumiałych względów, utrzymywane są w ścisłej tajemnicy.

Tabela 13

Dawkowanie podstawowych środków psychozomimetycznych

- | |
|--|
| 1. Siarczan meskaliny — ca 0,01 g/kg wagi, średnio — 0,5—2 g na dawkę |
| 2. LSD-25: 1 gamma/kg wagi — duże różnice indywidualne, zwykle 10—700 mikrogramów na dawkę |
| 3. Psylocybina dla dorosłych: 9—15 mg na dawkę |
| 4. Pochodne „atropinowe” Abooda: 3—25 mg na dawkę — podskórnie lub domięśniowo |
| 5. Bufotenina: 2—8 mg na dawkę |
| 6. Tryptamina: 0,7—1,0 mg/kg wagi, dożylnie |
| 7. Adrenochrom: 5—50 mg na dawkę, podskórnie lub dożylnie |

**4. TAKTYCZNO-TECHNICZNE ZAGADNIENIA
BOJOWEGO STOSOWANIA ŚRODKÓW PSYCHOZOTWÓRCZYCH**

Fizyczny stan skupienia większości znanych SPsCH oraz inne właściwości fizykochemiczne tych substancji, a także dane o toksyczności, drogach przenikania do organizmu i sposobie działania farmakologicznego pozwalają na wysnuwanie pewnych wniosków co do techniki stosowania tych środków podczas wojny.

Fakt, że są to przeważnie ciała stałe, krystaliczne lub produkowane w postaci proszku, skłania do przypuszczenia, że jedną z metod wykonania napadu chemicznego SPsCH może być technika aerozolowa, polegająca na wytworzeniu stałej (dym) lub ciekłej (mgła) zawiesiny substancji w powietrzu. Technika aerozolowa umożliwia wykonanie podstawowej formy napadu chemicznego, jaką jest skażenie powietrza przez wytworzenie tzw. obłoku chemicznego. Dla tej klasycznej formy napadu podstawowe znaczenie mają warunki meteorologiczne (prędkość

i kierunek wiatru, powietrzne prądy konwekcji i inwersji, wilgotność i temperatura) oraz ukształtowanie terenu.

Drogą zatrucia, tj. drogą przedostania się SPsCH do ustroju, w przypadku stosowania aerozoli, jest przede wszystkim droga oddechowa oraz częściowo resorpcja z powierzchni błon śluzowych górnych dróg oddechowych i spojówek oczu. W piśmiennictwie można spotkać opisy doświadczalnych psychoz wywołanych przez zakraplanie niektórych środków psychozotwórczych do worka spojówkowego. Ilustracją możliwości stosowania aerozoli SPsCH może być także historia odkrycia LSD, w wyniku zatrucia — z objawami psychotycznymi — które wystąpiło u badaczy wskutek wdychania pyłu ze sporyszu.

Aerozole mogą być wytwarzane za pomocą różnych środków i metod technicznych — od prostych świec dymnych, generatorów dymotwórczych, fugasów oraz specjalnych naziemnych i lotniczych instalacji, aż do wykorzystania do tego celu różnych rodzajów broni ogniowej, takiej jak: pociski artyleryjskie i raketowe, bomby, miny itp. Współczesne środki przenoszenia zapewniają dowolny zasięg, dużą celność oraz spełnienie zasadniczego warunku powodzenia, jakim jest zaskoczenie przeciwnika. Istnieją przy tym duże możliwości stosowania kombinacji, zarówno różnych rodzajów broni, jak i środków psychochemicznych.

Bardzo małe dawki lub stężenia SPsCH oraz skuteczność przy wykorzystaniu różnych dróg przenikania do ustroju, nie wyłączając drogi doustnej, umożliwiają stosowanie tych trucizn w działaniach dywersyjnych na tyłach wojsk operacyjnych na obszarze kraju. Teoretycznie 1/2 kg LSD powinno wystarczyć dla spowodowania stanu psychotycznego u 100 000 ludzi.

Należy się liczyć z możliwością skażenia źródeł wody i produktów żywnościowych, szczególnie takich, które nie są poddawane obróbce termicznej. Wykrycie skażenia będzie utrudniał fakt, że substancje te są przeważnie pozbawione smaku, zapachu lub charakterystycznego zabarwienia. W odniesieniu do takich form użycia SPsCH, określone znaczenie ma ich rozpuszczalność w wodzie lub różnych rozpuszczalnikach organicznych.

W artykułach omawiających perspektywę wykorzystania SPsCH o działaniu psychicznie obezwładniającym podkreśla się zdolność wywołania przez niektóre z nich stanu psychotycznego w sposób skryty, przez dłuższy czas niezauważalny dla otoczenia, a nawet nie uświadamiany sobie przez zatrutego. Pozornie normalne wykonywanie czynności może w warunkach takiego zatrucia przynieść trudne do przewidzenia i nieodwracalne skut-

ki. Należy brać pod uwagę możliwość podawania takich substancji skrytym sposobem nawet pojedynczym ludziom dla uniemożliwienia działalności kierowniczej, dowódczej, produkcyjnej czy też przy obsłudze aparatury, pojazdów itd.

Liczne, przedstawione wyżej, techniczne sposoby wykorzystania SPsCH podczas działań wojennych decydują, jak się wydaje, o możliwości użycia ich w różnych formach walki, tak w warunkach polowych i działaniach wojsk operacyjnych, jak i poza strefą frontową na terytorium kraju. Niemniej przesłanki napadu chemicznego w rejonie taktycznych działań ogólnowojskowych są nieco inne niż w odniesieniu do użycia ich w głębi kraju, a szczególnie w dużych, gęsto zaludnionych ośrodkach miejskich, administracyjnych i przemysłowych. Tym bardziej istotną sprawą staje się zarówno zapoznanie stanu osobowego wojsk i ogółu ludności z nowymi perspektywami wojny chemicznej, jak i uwzględnienie omawianych perspektyw w ramach przedsięwzięć obrony przeciwchemicznej.

W rejonach działań wojsk operacyjnych nagły, zaskakujący napad chemiczny, przeprowadzony środkami artyleryjskimi przez włączenie serii pocisków chemicznych ze SPsCH, może się okazać skuteczny i przyczynić się do załamania natarcia czy innej formy działań zaczepnych. Szczególnie korzystne może okazać się wykonanie ataku przeciwko ugrupowaniom skupionym na stosunkowo niedużych odcinkach, np. na podstawach wyjściowych, przed przeszkodami wodnymi, podczas organizowania przeprawy, na odcinkach dróg w trudnym terenie, w sytuowaniach obronnych, rejonach koncentracji, węzłach komunikacyjnych itp. Korzystne może okazać się zastosowanie SPsCH przeciwko małym ugrupowaniom, wykonującym określone i ważne zadania bojowe (grupy desantowe, oddziały partyzanckie).

Zachodni entuzjaści SPsCH podkreślają, że substancje te można z powodzeniem stosować na terenie własnym lub sojusznicznym, ponieważ nie naraża się na niebezpieczeństwo ludzi postronnych, własnych obywateli, a także ludności sprzyjającej na terenie przeciwnika.

Przenosząc wyżej opisaną sytuację na teren centralnych ośrodków administracyjnych, produkcyjnych, dyspozycyjnych, programująco-obliczeniowych, zaopatrzeniowych, węzłów łączności czy komunikacji, można sobie wyobrazić stopień zakłócenia i dezorganizacji ich działalności oraz niewydolność na wysokich szczeblach kierownictwa i dowodzenia w wyniku skutecznego użycia broni psychochemicznej.

Środki obezwładniające fizycznie lub psychicznie mogą być na obszarze kraju użyte w sposób masowy dla wywołania pa-

niki, nastroju beznadziejności, załamania morale i woli walki, dezorganizacji działalności obronnej i osłabienia dyscypliny społecznej, niezbędnej w trudnych sytuacjach czasu wojny. Nie można wykluczyć możliwości użycia SPsCH w kombinacji z innymi środkami napadu, zarówno konwencjonalnymi, jak i masowego rażenia.

Organizacyjno-techniczna strona obrony w warunkach stosowania SPsCH raczej nie odbiega od obowiązujących zasad ogólnowojskowej lub terytorialnej obrony przeciwchemicznej.

Właściwości fizykochemiczne SPsCH i wiążące się z tym duże prawdopodobieństwo wykorzystywania ich w postaci aerozoli nasuwają przypuszczenie, że maska przeciwgazowa z filtrem przeciwdymnym pochłaniacza będzie stanowiła dobry środek zabezpieczenia dróg oddechowych i oczu. W warunkach obrony terytorialnej mogą być wykorzystywane przemysłowe maski przeciwpylowe lub środki podręczne w postaci maseczek na nos i usta, sporządzone z wielowarstwowych tamponów z gazy opatrunkowej lub podobnych materiałów. Zwilżenie maseczki zwiększy zdolność zatrzymywania cząsteczek aerozoli.

Ochrona przed skażeniami powstałymi na skutek opadania aerozolu na powierzchnię terenu, obiektów, sprzętu, materiałów, odzieży oraz przed skażeniami wewnętrznych pomieszczeń będzie polegała na przeprowadzeniu ostrożnego odkazania mechanicznego przez zmywanie i splukiwanie strumieniem wody powierzchni skażonych, wycieranie na mokro, wytrzeptywanie itp. Podczas przeprowadzania odkazania należy pamiętać o wysokiej toksyczności SPsCH w sensie zdolności wywoływania zespołu objawowego nawet w bardzo niskich stężeniach lub po minimalnych dawkach wprowadzonych do ustroju. Stąd możliwość zatrucić wtórnych na skutek ponownego zanieczyszczenia powietrza cząsteczkami aerozolu przy nieostrożnym odkazaniu czy udzielaniu pomocy zatrutym. Ekipy udzielające pomocy lub przeprowadzające zabiegi odkazania powinny bezwzględnie pracować w indywidualnych środkach ochronnych. Wydaje się, że nie można wykluczyć możliwości przedostawania się SPsCH do ustroju także innymi drogami (poza wymienionymi — np. z powierzchni uszkodzonej skóry: otarcie, skaleczenie, rana; lub z powierzchni błon śluzowych).

Środki zbiorowej obrony przeciwchemicznej będą całkowicie zabezpieczały siłę żywą przed skutkami napadów z użyciem broni psychochemicznej. Stąd konieczność przygotowywania i wykorzystywania schronów filtro-wentylowanych lub pomieszczeń hermetyzowanych przez organa dowodzenia, zarządzania, węzły łączności, służbę zdrowia itd.

Skuteczność obrony nierozzerwalnie wiąże się z odpowiednio wczesnym rozpoznaniem i uprzedzeniem o napadzie (system obserwacji, rozpoznania, powiadamiania, alarmowania i wykrywania). Przedsięwzięcia te będą się opierać na obowiązujących zasadach obrony przed bronią masowego rażenia wojsk i obszaru kraju.

Natomiast wydaje się, że sprawa wykrywania i identyfikacji użytych SPsCH nie będzie łatwa. Indykacja sposobami chemicznymi lub fizycznymi (analiza widmowa, spektrometria) będzie utrudniona przez fakt, że związki te posiadają bardzo różną i złożoną budowę chemiczną oraz różną wielkość cząsteczki. Poza tym możliwe jest kombinowanie czynnych substancji tej grupy z różnymi domieszkami lub nośnikami maskującymi właściwości podstawowego składnika. Rozpoznanie organoleptyczne jest niemożliwe wobec braku charakterystycznych cech wyglądu (zabarwienia), smaku i zapachu środków, przy wysokiej ich skuteczności psychotoksycznej. Pewne nadzieje wiąże się z możliwościami wykrywania biologicznego lub biochemicznego.

W warunkach skutecznego zastosowania SPsCH sprawą pierwszorzędnej wagi będzie porządkowo-organizacyjne opanowanie sytuacji z szybkim uzupełnieniem powstałych luk personalnych na poszczególnych, odpowiedzialnych stanowiskach i miejscach pracy oraz sprawnym udzieleniu pomocy zatrutym, w celu skrócenia czasu trwania stanu psychotycznego lub niewydolności fizycznej.

Z punktu widzenia możliwości użycia SPsCH do skażenia źródeł wody lub zapasów żywności ważne w systemie obrony jest zorganizowanie szczególnie skrupulatnej kontroli sanitarnej i nadzoru nad produkcją, transportem, magazynowaniem i dystrybucją środków żywnościowych oraz zabezpieczenia źródeł wody (stacje pomp i filtrów, studnie itd.) przed niepożądaną penetracją lub działaniami dywersyjnymi.

5. ZASADY ZAPOBIEGANIA ZATRUCIOM I LECZENIA ŻOŁNIERZY PORAZONYCH ŚRODKAMI MASOWEGO OBEZWŁADNIENIA

Faktu, że nie ma ludzi odpornych na działanie środków psychozotwórczych i porażających układ ruchowy, nie należy rozumieć w sposób fatalistyczny. W chwili obecnej znamy cały szereg sposobów łagodzenia lub przerywania psychoz eksperymentalnych, a badania w tym kierunku stale postępują.

Ogólnie rzecz biorąc, zabiegi profilaktyczne i lecznicze podzielić można na:

- 1) organizacyjno-techniczne
- 2) psychologiczne
- 3) farmakologiczne

Podane poniżej bliższe dane na ten temat zaczerpnięte są z piśmiennictwa światowego — zresztą bardzo skąpo zajmującego się tym zagadnieniem.

A. PROFILAKTYKA ZATRUĆ ŚRODKAMI PSYCHOTWÓRCZYMI

ODDZIAŁYWANIE PSYCHOLOGICZNE I INNE NIEFARMAKOLOGICZNE RODZAJE POSTĘPOWANIA

Jak wskazuje doświadczenie zaczerpnięte z piśmiennictwa zagranicznego, przebieg zatrucia środkami psychozomimetycznymi jest inny u ludzi nie uprzedzonych o możliwości zatrucia i inny u przygotowanych na to.

Ludzie nie uprzedzeni, wprowadzeni znienacka w stan psychozy, reagują panicznie, wobec czego łatwo dojść może do gwałtownych ucieczek, samobójstw, agresji, a poza tym przebieg samej psychozy bywa u tych ludzi z reguły bez porównania ostrzejszy. Świadomość zamąca się wcześniej i głębiej, brak jest świadomości, że to, co się dzieje, jest zjawiskiem przemijającym. Kontakt z otoczeniem ulega zerwaniu nie tylko z powodu narastających zaburzeń, wywołanych zatruciem, ale i z powodu reaktywnie wzbudzonego strachu.

W świetle powyższych rozważań wydaje się konieczne spopularyzowanie wśród żołnierzy przekonania o przemijalności zaburzeń, wywołanych środkami psychozotwórczymi, wyjaśnienie ich działania i wytłumaczenie, że ten, kto się stanowczo psychicznie przeciwstawia psychopatologicznym objawom zatrucia, długo i dość gruntownie może opierać się jego skutkom.

Z punktu widzenia interesu wojska, istotne jest również zaszczepienie żołnierzom przekonania o konieczności natychmiastowego meldowania przełożonemu o pojawiających się zaburzeniach psychicznych (omamach, iluzjach, dziwnych zmianach nastroju, utrudnieniu toku myślowego itd.). Żołnierz, który ma rozeznanie w sytuacji, w miarę możliwości powinien od razu meldować o tym stanie, telefonicznie lub przez radio, przełożonym znajdującym się poza miejscem swego postoju, ponieważ nie można wykluczyć możliwości, że przełożeni znajdujący się w jego pobliżu są już także rażeni środkami psychozotwórczymi i wobec tego mogą być niezdolni do powzięcia właściwej decyzji.

Zalecenie powyższe ma o tyle sens, że okres utajenia i okres zwiadowczy psychozy bywa u różnych ludzi rozmaicie długi.

W związku z tym pewni osobnicy, już po kilku minutach działania na nich psychodysleptykami, są psychotyczni, inni jeszcze po godzinie mogą podejmować logiczne decyzje. Odpowiednio wczesne podanie zapobiegawczych leków osobom, u których psychoza dopiero się zaczyna lub ma zacząć, może uratować ich dla działań bojowych. Poza tym sam fakt natychmiastowego poinformowania wyższych dowódców o fakcie zastosowania środka masowego obezwładniania na danym odcinku frontu, ma oczywiście istotne znaczenie dla prowadzenia dalszych działań wojskowych.

Do zabiegów profilaktycznych należy również zaliczyć przeprowadzenie kierunkowej selekcji żołnierzy do tych pododdziałów, które mogą być szczególnie narażone na kontakt ze środkami masowego obezwładniania. Z pododdziałów takich powinno się usuwać osoby chwiejne emocjonalnie, psychopatyczne, źle tolerujące alkohol, mające skłonności do używek, łatwo poddające się sugestiom, natomiast dobierać jednostki zrównoważone, zdolne do koncentracji, inteligentne w postępowaniu, raczej narzucające swój styl zachowania niż poddające się innym.

ZAPOBIEGAWCZE PODAWANIE LEKÓW

Z klinik cywilnych wiadomo, że nasycenie organizmu dawkami fenactilu (largactil, chloropromazine) i innymi pochodnymi fenotiazynowymi, zmniejsza lub znosi działanie LSD-25 i psylocybiny.

Nie do końca ustalone są wyniki dotyczące niwelującego wpływu niektórych innych leków na środki psychozomimetyczne. Wydaje się, że podanie niamidu w dawkach 250—500 mg na dobę przez 3 tygodnie wzmacnia znacznie odporność organizmu na LSD-25.

Po takiej kuracji trzeba podwyższyć dawkę BST trzy albo i więcej razy. Jest to tym ciekawsze, że niamid podany jednorazowo, zwłaszcza dożylnie, raczej potęguje działanie LSD. Według prof. Arnolda z Wiednia, hamująco na LSD wpływają: kwas glutaminowy i bursztynowy. Pierwszy z nich może być z powodzeniem stosowany przez długi czas u żołnierzy w warunkach bojowych, nie tylko bez szkody dla zdrowia, ale z korzyścią dla osiągnięcia w ich działalności wojskowej. Działanie drugiego środka musi być jeszcze dokładniej wypróbowane.

B. LECZENIE ZATRUĆ ŚRODKAMI PSYCHOZOTWÓRCZYMI

Dotychczasowe doświadczenia pouczają, że jedynym pewnym środkiem przerywającym w dowolnym okresie psychozę ekspe-

rymentalną jest wstrzyknięcie dożylnie fenactilu (largactilu) w dawce 25—50 mg. U wielu osób łączy się to jednak z bardzo nieprzyjemnymi dolegliwościami: bólami głowy, ogólnym osłabieniem, złą koncentracją uwagi, niekiedy wymiotami. Działanie wszystkich innych leków, jak również fenactilu, podanego dostnie, jest wątpliwe.

C. PROFILAKTYKA ZABURZEŃ WYWOŁANYCH ŚRODKAMI PORAZAJĄCYMI UKŁAD RUCHOWY

Dużą rolę odegrać może psychologiczna eliminacja zaskoczenia i lęku. Dotychczasowe doświadczenia wykazują, że trudniej i gwałtowniej porażeni bywają ludzie, którzy już uprzednio wykazywali pewne mniej lub więcej dyskretne objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

W wypadkach, w których sztaby posiadają dane o możliwości zastosowania środków porażających układ ruchowy, można profilaktycznie stosować małe dawki takich środków, jak aturban, parks lub parkopan, które znoszą wzmożone napięcie mięśniowe pochodzenia podkorowego, właściwe zatruciom przez pochodne fenotiazyny i butyrofenonów.

Leczenie tych zaburzeń jest możliwe, ale raczej pod okiem specjalisty. Są różnego rodzaju środki łagodzące lub całkowicie niwelujące efekty działania czynników porażających układ ruchowy.

6. WNIOSKI

Współczesny przemysł chemiczny i farmaceutyczny dostarcza środków o potencjalnym znaczeniu w ewentualnych działaniach wojennych lub dywersyjnych. Wśród nich zasługują na uwagę środki działające na centralny układ nerwowy, które nadają się do łatwego zastosowania, w formie napadu chemicznego, wobec małych grup lub nawet pojedynczych osób w obrębie sztabów, ośrodków administracyjnych, węzłów łączności itp.

Ogólnie rzecz biorąc, znane dotychczas środki masowego obezwładniania odznaczają się zdolnością czasowego i odwracalnego uniemożliwienia człowiekowi normalnego działania, przez powodowanie zaburzeń czynności fizycznych lub psychicznych. Stąd przypisana im przez zachodnich specjalistów rzekoma cecha „humanitarności”, w zestawieniu z bojowymi środkami trującymi, przeznaczonymi do niszczenia siły żywej.

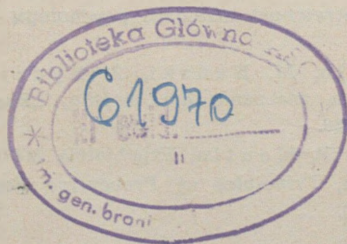
Środki psychozotwórcze i porażające fizycznie produkowane

są przez przemysł krajów kapitalistycznych. Istnieje zatem rzeczywista i realna możliwość użycia ich w ewentualnej wojnie. Wobec tego faktu nie można pozostać obojętnym. Istnieje pilna potrzeba informowania żołnierzy, a zwłaszcza kadry zawodowej, o tym nowym rodzaju broni chemicznej, ponieważ znajomość czynnika wywołującego określony zespół objawowy, jak i samych objawów towarzyszących zatruciu, pozwala w poważnym stopniu złagodzić przebieg porażenia i poprzez świadomą kontrolę swego postępowania wzmocnić odporność psychiczną.

PIŚMIENNICTWO

1. R. H. Ahrenfeldt, *Psychiatry in the british army in the second world war*, Londyn 1958.
2. K. Baranowski, Z. Rydzyński, K. Sagan, *Problem schorzeń psychicznych w aspekcie orzecznictwa wojskowo-lekarskiego* (w maszynopisie).
3. A. W. Barabanszczikow, A. D. Glotoczkin, N. F. Feddenko, W. W. Szeljeg, *Psichologija wojskowo kollektiwa*, Moskwa 1967.
4. Billewicz-Stankiewicz, *Krótki zarys nauki Pawłowa*, Warszawa 1954.
5. J. J. Blood, *Psychiatric casualties in the UK elements of Korean Force USA*, „*Medicin Journal*” nr 6/1955.
6. A. A. Bodelew, *Wosprijatije czelowieka czelowiekom*, Leningrad 1965.
7. K. M. Bykow, *Kora mózgowa a narządy wewnętrzne*, Warszawa 1951.
8. B. Engle, N. D. C. Lewis, *Wartime Psychiatry*, Nowy Jork 1954.
9. Gauthier, *Les psychopathies ethyliques en milieu militaire et leurs conséquences medico-légales*, „*Archives Medicaux Militaires*”, 1935.
10. A. Heidenhain, *Die Psychiatrie im Dienste der Wehrmacht*, Lipsk 1938.
11. S. Ilnicki, *Bibliografia prac naukowych z zakresu psychiatrii wojskowej i pokrewnych dziedzin psychologii za lata 1940—1970*, Warszawa 1973.
12. W. Jagiełło, M. Kański, Z. Rydzyński, *Srodki psychozotwórcze i ich znaczenie dla wojska*, „*Biuletyn Informacyjny GZP WP*”, nr 1/1968.
13. P. Juillet, P. Moutin, *Psychiatrie Militaire*, Paryż 1969.
14. G. Kaplan, *Principles of Preventive Psychiatry*, New York 1964 (III wydanie).

15. A. N. Leontiew, *O rozwoju psychiki*, Warszawa 1962.
16. A. G. Kowalew, *Psychologija licznosti*, Moskwa 1965.
17. Lepine, *Troubles mentaux de guerre*. Manon 1917.
18. S. Lesse, *Anxiety*, New York 1970.
19. W. Ł. Mariszczuk, K. K. Piatonow, J. A. Pletnickij, *Napriaziernost w poljocie*, Moskwa 1969.
20. W. N. Miasiszczew, *Socjalnaja psychologija i psychologija otnoszenij; Problemy obszczestwiennej psichologii*, Moskwa 1965.
21. *Opyt sowietskoj miediciny w Wielikoj Otieczestwiennej wojnie 1941—1945*, Moskwa 1949.
22. Z. Rydzyński, *Choroby nerwowe i psychiczne w czasie II wojny światowej*, „Lekarz Wojskowy”, nr 8/1955.
23. Z. Rydzyński, *W sprawie samobójstw w wojsku — analiza przypadków samobójstw w wojsku w latach 1951—1955*, „Lekarz Wojskowy”, nr 8/1958.
24. Z. Rydzyński, *Schorzenia psychiczne w wojsku w świetle materiałów Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Łodzi i Szpitala im. Babińskiego w Łodzi*, „Lekarz Wojskowy”, nr 11/1958.
25. Z. Rydzyński, *Obrazy kliniczne, postępowanie lecznicze i orzecznictwo sądowo-lekarskie w przypadkach zaburzeń psychicznych etiologii alkoholowej*, „Lekarz Wojskowy”, nr 3/1960.
26. Z. Rydzyński, *Rys historyczny kształtowania się pojęcia nerwicy, ocena nowoczesnych definicji i klasyfikacji psychonerwicy. Materiały sympozjum w sprawie psychonerwicy*. PZWŁ, Warszawa 1962.
27. Z. Rydzyński, W. Stein, *Nadużycia alkoholu a przestępczość w wojsku w świetle własnych badań*, „Przegląd Wojsk Lądowych”, nr 2/1969.
28. W. Stein, *Kilka uwag w sprawie paniki*, „Lekarz Wojskowy”, nr 7/1956.
29. W. Stein, Z. Rydzyński, *Nadużycia alkoholu w wojsku i walka z nimi*, „Wojsko Ludowe”, nr 3/1960.
30. W. Stein, Z. Rydzyński, *O zespole wyczerpania walką*, „Lekarz Wojskowy”, nr 8/1969.
31. W. Stein, Z. Rydzyński, *Próba własnego podziału nerwicy tzw. wojennych*, „Lekarz Wojskowy”, nr 1/1961.



SPIS TREŚCI

	Str.
Przedmowa	5
Wprowadzenie	7
<i>Część pierwsza</i>	
OGÓLNE WIADOMOŚCI Z ZAKRESU PSYCHOLOGII, PSYCHOPATOLOGII I NAUK POKREWNYCH	11
Rozdział I. — <i>Wiadomości wprowadzające</i>	13
1. Psychologia, psychiatria i nauki pokrewne	13
2. Dotychczasowe osiągnięcia i przyszłe zadania psychiatrii woj- skowej	15
3. Podstawowe wiadomości o niektórych czynnościach psychicznych	24
4. Ogólne dane o psychice	26
5. Omówienie poszczególnych funkcji psychicznych	27
Rozdział II — <i>Psychopatologia ogólna</i>	34
1. Poszczególne objawy zaburzeń psychicznych	34
2. Zespoły psychopatologiczne	51
Rozdział III — <i>Wprowadzenie do psychopatologii szczegółowej</i>	58
1. Dane ogólne	58
2. Przyczyny chorób psychicznych	59
3. Niektóre poglądy na psychologiczne motywacje zachowania się człowieka w środowisku społecznym i patologię tego zachowania	62
4. Rola i znaczenie lęku w psychologii i psychopatologii	82
5. Charakterystyka biologicznych i psychologicznych przemian okresu dojrzewania	97
Rozdział IV — <i>Psychopatologia szczegółowa</i>	118
1. Niedorozwoje umysłowe	118
2. Psychopatie	121

3. Zaburzenia psychiczne pochodzenia endogenne	131
4. Zaburzenia psychiczne pochodzenia egzogenne	139
5. Zaburzenia psychiczne wywołane urazem psychicznym	174
6. Zaburzenia psychiczne w przebiegu padaczki	181

Część druga

WYBRANE PROBLEMY ZDROWIA PSYCHICZNEGO ŻOŁNIERZY W CZASIE POKOJU	185
Rozdział I — <i>Psychologia i psychopatologia tzw. żołnierza wy- chowawczo trudnego</i>	187
1. „Żołnierz wychowawczo trudny”	187
2. „Żołnierz wychowawczo trudny” — problemem socjalnym	189
3. Klasyfikacja typów osobowości „żołnierza wychowawczo trud- nego”	190
4. Szczególny problem: osobowość niedojrzała	192
5. Postępowanie z osobnikami niedojrzałymi, łagodnie niedorozwi- niętymi oraz złejшими postaciami psychopatii	193
Rozdział II — <i>Psychopatologiczny aspekt przestępczości w wojsku</i>	196
1. Wprowadzenie	196
2. Samowolne oddalenia	198
3. Dezercje	201
4. Samouszkodzenia	202
Rozdział III — <i>Problem samobójstw w wojsku</i>	205
1. Wprowadzenie	205
2. Przyczyny samobójstw	206
3. Samobójstwa w wojsku	212
4. Wnioski końcowe	217
Rozdział IV — <i>Wskazówki co do profilaktyki najczęściej spotyka- nych nerwic w środowisku wojskowym</i>	218

Część trzecia

WYBRANE PROBLEMY OKRESU WOJNY	231
Rozdział I — „ <i>Nerwice wojenne</i> ”	233
1. Dane ogólne	233
2. Nerwice u poszczególnych żołnierzy	235
3. Nerwice kolektywne	242
Rozdział II — <i>Psychologiczne i psychopatologiczne problemy spo- łeczności cywilnej, zaangażowanej w nowocześnie prowadzoną wojnę</i>	251
1. Psychopatologiczne aspekty współczesnego pola walki	252
2. Problemy ewakuacyjne	254

3. Dywersja psychologiczna	257
4. Dywersja psychozomimetyczna	258
5. Reakcje psychopatologiczne na straty spowodowane wojną . .	261
Rozdział III — Środki psychozotwórcze i ich znaczenie dla wojska	264
1. Wiadomości wstępne	264
2. Reakcja ludzi na środki psychozotwórcze (PT)	268
3. Przegląd środków psychochemicznych (SPsCH) i ich właściwości	280
4. Taktyczno-techniczne zagadnienia bojowego stosowania środków psychozotwórczych	286
5. Zasady zapobiegania zatruciom i leczenia żołnierzy porażonych środkami masowego obojętnienia	290
6. Wnioski	293
Piśmiennictwo	295

20. ✓

5482