higiena psychiczna a wojsko

BW

WMON

higiena psychiczna a wojsko

higiena psychiczna a wojsko

higiena psychiczna a wojsko

BIBLIOTEKA
WIEDZY
WOJSKOWEJ

higiena psychiczna a wojsko

WYDAWNICTWO
MINISTERSTWA
OBRONY
NARODOWEJ

Obwolutę, okładkę i stronę tytułową projektował
WALDEMAR ŻACZEK

Konsultacja naukowa
ZDZISŁAW RYDZYŃSKI

Redaktor
MARIA HILDT

Redaktor techniczny
RENATA WOJCIECHOWSKA

P/3502 1-6;

sześć tysięcy trzydziesta piąta publikacja Wydawnictwa MON

Printed in Poland

Wydawnictwo Ministerstwa Obrony Narodowej
Warszawa 1977 r. Wydanie I

Nakład 1500 + 250 egz. Objętość 22,65 ark. wyd., 26,5 ark. druk. Papier druk. sat. IV kl. 65 g, format 61 × 86 z Fabryki Celulozy i Papieru im. J. Dąbrowskiego w Kluczach. Oddano do składu 24.V.77 r. Druk ukończono w grudniu 1977 r. w Wojskowej Drukarni w Gdyni. Zam. Nr 0708 z dnia 26.V.1977 r.

Cena zł 70.— N-1

WSTĘP

Problemy zdrowia psychicznego stają się przedmiotem coraz większego zainteresowania wysoko zorganizowanych społeczeństw. Szczególnego znaczenia nabierają one w środowisku wojskowym, którego wymagania dotyczące standardu zdrowia są bardzo wysokie.

Higiena psychiczna jako nauka jest dyscypliną stosunkowo młodą, uprawianą przez specjalistów z bardzo różnych dziedzin życia, niemożliwością więc było omówienie w tej pracy wszystkich jej aspektów. Toteż niniejsza publikacja została pomyślana nie jako podręcznik obejmujący wszystkie problemy związane z higieną psychiczną, a raczej jako monografia dotycząca zagadnień wybranych, których znajomość jest niezbędna dla dowódców, oficerów politycznych, lekarzy i psychologów w ich codziennej działalności.

Autorzy starali się m.in. uściślić terminologię, ponieważ wiele określeń używanych bywa w potocznym języku nie tak, jak tego wymaga ścisłość naukowa. Poruszają oni zarówno tematy mieszczące się w zakresie pełni zdrowia psychicznego (jak np. wojsko a rodzina, problemy seksualne, wychowanie wojskowe), jak i z pogranicza (np. samobójstwa, narkomanie, przestępczość), a także mieszczące się zdecydowanie w kręgu patologii (lęk, nerwice, choroby psychosomatyczne itp.).

Tam gdzie było to możliwe uwzględniono specyfikę różnych środowisk wojskowych (lotnictwo, marynarka).

Zarówno duża liczba autorów, wywodzących się z różnych szkół i kręgów naszego wojska, jak również i wysoce zróżnicowany krąg odbiorców nie ułatwiały zredagowania książki. Starano się, ażeby materiały w niej zawarte zachowały odpowiedni poziom, przystępny jednak również i dla szerokiego odbiorcy.

ZDZISŁAW RYDZYŃSKI

ZDZISŁAW RYDZYŃSKI

Rozdział I

ISTOTA I ZNACZENIE HIGIENY PSYCHICZNEJ

Pojęcie higieny psychicznej. — Zdrowie psychiczne — definicja, problemy. — Przyczyny powstawania zaburzeń psychicznych. — Odporność psychiczna a struktura osobowości. — Higiena psychiczna a siły zbrojne.

Pojęcie higieny psychicznej

Termin „higiena psychiczna" używany jest w języku polskim w potrójnym znaczeniu:

1) jako określenie programu praktycznych działań mających na celu utrzymanie prawidłowego stanu zdrowia psychicznego poszczególnych osób i społeczeństwa;

2) jako nazwa nauki zajmującej się badaniem środowiskowych uwarunkowań patologii społecznej i chorób psychicznych, a także opracowującej zasady zapobiegania, korekcji, a nawet leczenia opisanych zaburzeń;

3) jako przenośne wyrażenie mające symbolizować ruch społeczny, skupiający pod hasłem ochrony zdrowia psychicznego szeroki krąg ludzi i instytucji zajmujących się poprawą warunków życia w społeczeństwie. Do ruchu tego włączają się nie tylko lekarze, ale i psychologowie, socjologowie, pedagodzy, prawnicy, działacze polityczni etc., a służą mu takie instytucje, jak poradnie gamologiczne (podejmujące problemy życia rodzinnego), seksuologiczne, genetyczne, zawodowe, wychowawcze itp. Przyjmuje się,

że ruch ten zainicjowany został przez byłego pacjenta szpitali psychiatrycznych C. Beersa, który oburzony traktowaniem chorych psychicznie w szpitalach psychiatrycznych w Stanach Zjednoczonych spowodował swą osobistą akcją i publikacjami, a w tym przede wszystkim głośną książką *Umysł, który odnalazł sam siebie*, powstanie w Connecticut pierwszego Komitetu Higieny Psychicznej w 1906 r.

Współcześnie ruch ten objął cały cywilizowany świat. W wielu państwach istnieją naukowe towarzystwa higieny psychicznej, odbywają się międzynarodowe kongresy, istnieją pisma naukowe i popularne o określonej tematyce itp. W Polsce podobny ruch zorganizowany został w latach trzydziestych. Patronuje mu Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej wydające swój organ „Zdrowie Psychiczne".

H. Michalska w książce *Zdrowie psychiczne* stara się ująć wszystkie przedstawione aspekty, nazywając higienę "...dziedziną, dla której zdrowie psychiczne jest zasadniczym przedmiotem badań teoretycznych i działalności praktycznej". Według *Słownika psychologicznego* J. Pietera "... cechą odróżniającą higienę psychiczną od psychiatrii i psychopatologii jest akcent położony na poczynaniach samozachowawczych i profilaktycznych. Zgodnie z tym lekarz lub psycholog działający na tym odcinku służby zdrowia jest, lub chce być, w większej mierze doradcą, aniżeli lekarzem terapeutą".

Wieloznaczność pojęcia higieny psychicznej nie ułatwia popularyzacji głoszonych przez nią haseł. Wielu osobom bowiem wydaje się ona z tego powodu dziedziną mało konkretną i zbyt rozległą, aby mogła być podstawą praktycznego działania. Usiłuje się podważyć możliwość jej zastosowania w środowiskach z natury rzeczy narażonych na duże obciążenie psychiczne, jak np. w wojsku, choć w gruncie rzeczy jest to przeciwne zdrowemu rozsądkowi.

Przyczyną mimowolnej niechęci do wprowadzania w życie zasad higieny psychicznej jest prawdopodobnie i to, że w dużym stopniu opierają się one na zakazach lub ograniczeniach, a zatem wymagają od ludzi pewnych wyrzeczeń i dyscypliny wewnętrznej. Nasuwa się tu analogia stosunku społeczeństwa do ochrony

środowiska naturalnego. Mimo powszechnej akceptacji haseł wskazujących na konieczność utrzymywania czystości otoczenia i potrzebę zahamowania zanieczyszczenia atmosfery i wód, a także utrzymywania w naturalnym stanie i proporcji istniejącej flory i fauny, większość ludzi i instytucji nie robi nic albo niewiele, aby realizować w praktyce postulat ochrony przyrody, a nawet wprost przeciwnie — przy każdej okazji przekracza bez wahania istniejące w tej dziedzinie przepisy dla własnych, egoistycznych celów. Podobnie w zakresie higieny psychicznej, mimo powszechnego braku akceptacji działań wywołujących negatywne emocje lub nadmierne napięcia i mimo potępiania przejawów patologii społecznej, mało kto aktywnie włącza się do walki z tego rodzaju zjawiskami w swoim środowisku.

Dość mylące jest, w gruncie rzeczy, samo określenie „higiena psychiczna". Nie wskazuje ono bowiem swym źródłosłowem ani na to, że jest to "... nauka o..." (powinno wtedy brzmieć: „higienologia"), ani że jest to program postępowania, ani że ruch społeczny. Słowo „higiena" pochodzi od greckiego *hygieia*, czyli zdrowie; *higieine* to rodzaj żeński od *higieinos*, czyli zdrowy, zdrowotny. „Higiena psychiczna" to zatem po prostu „zdrowie psychiczne", a w podtekście to wszystko co zdrowia psychicznego dotyczy.

Trudności nomenklaturowe nie przeszkadzają szybkiemu rozwojowi higieny psychicznej we wszystkich jej dziedzinach. Jako jedna z najmłodszych nauk ma ona zresztą prawo, aby nie wszystko było w niej do końca wyjaśnione. Szczególnie duże zainteresowanie ochroną zdrowia psychicznego wykazują społeczności, w których obciążenie psychiki skomplikowanymi zadaniami i negatywnymi emocjami (poczucie odpowiedzialności, niepokój, napięcie itp.), występuje na wielką skalę. Należą do nich np. artyści, politycy, menadżerowie różnych dziedzin, oficerowie, pracownicy niektórych przemysłów, kadry kierownicze różnego rodzaju administracji itd., itd.

Służba zdrowia, opiekująca się tego rodzaju środowiskami, nasyca coraz bardziej swoje kadry psychologami i psychiatrami, bez względu na to czy znajduje to jakikolwiek wyraz w oficjalnej nomenklaturze, czy nie.

Zdrowie psychiczne — definicja, problemy

Wszelkie rozważania na temat postępowania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego rozpatrywać musimy w odniesieniu do koncepcji tego pojęcia.

Pojęcie zdrowia psychicznego jest bardzo trudne do precyzyjnego zdefiniowania, podobnie zresztą jak pojęcie zdrowia jako takiego oraz psychiki. Nie oznacza to, aby stan zdrowia psychicznego był w ogóle niemożliwy do określenia. Jednakże złożoność i różnorodność kryteriów oraz ich środowiskowa względność przyczyniają się do tego, że większość uważa za bardziej stosowne podawanie długich opisów, zamiast jednozdaniowych definicji, a poza tym sugeruje elastyczność używanych określeń i szeroki margines ich interpretacji [1].

W zasadzie każdy człowiek jest niepowtarzalną indywidualnością, a tym samym nikt nie może być uznany za model zdrowia psychicznego, ponieważ wielu jest ludzi innych od niego, a pomimo to są oni również zdrowi. Ponadto o zdrowiu (lub chorobie) psychicznym każdego człowieka decydują nie tylko czynniki czysto psychiczne, ale często biologiczny stan jego organizmu, a także układ stosunków społecznych w środowisku, w którym przebywa.

Warunkiem podstawowym osiągnięcia dobrego stanu zdrowia psychicznego jest prawidłowy rozwój osobowości.

Przez o s o b o w o ś ć 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 w spójni z resztą organizmu powiązane są harmonijnie, bez zakłóceń.

Inaczej mówiąc, u zdrowego człowieka wszystkie części jego psychiki — intelekt, uczucia i wola — rozwijać się muszą równomiernie i prawidłowo oraz pozostawać ze sobą w czasie działania w harmonijnym związku. Na ich prawidłową czynność ma

[1] Poglądy na pełnię zdrowia psychicznego dość różnie mogą kształtować się w rozmaitych kręgach kulturowych. Np. poglądy Europejczyka mogą dość istotnie odbiegać od poglądów Hindusa, Japończyka, Papuasa, a nawet Amerykanina. Podobnie duże różnice mogą zaznaczyć się między warstwami społecznymi, grupami religijnymi itp.

przy tym niewątpliwy wpływ stan całego ciała, czynność gruczołów dokrewnych, 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, jedynie bowiem harmonijny rozwój cech psychicznych i fizycznych zapewniają człowiekowi własny spokój i poczucie wartości, a społeczeństwu, w którym żyje, pozytywne wykorzystanie jego sił i umiejętności. Prawidłowa osobowość umożliwia człowiekowi to, co jest najistotniejsze dla jego szczęścia osobistego — adaptację do społeczeństwa.

Prawdę tę podkreśla z naciskiem definicja zdrowia (ogólnego) podana przez Światową Organizację Zdrowia w 1946 r.: „Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby lub niedołęstwa".

Wydaje się, że definicja ta jest o tyle szczęśliwa, że uwypukla wszystkie trzy elementy, które najistotniej rzutują zarówno na aktualny stan człowieka, jak i sylwetkę jego osobowości — sprawność biologiczną organizmu, sprawność psychiczną i zdolności adaptacyjne do środowiska, w którym człowiek żyje. Tylko pełna harmonia między tymi czynnikami oraz ich niezaburzone funkcjonowanie zapewniają komfort istnienia. Psychiatrów drażni położenie nacisku na „dobre samopoczucie" jako najistotniejszego wykładnika zdrowia, ponieważ występuje ono w niektórych stanach chorobowych (zespół maniakalny), mimo niewątpliwych objawów daleko posuniętych odchyleń od normy. Niemniej jednak do użytku praktycznego, poza psychiatrią kliniczną, definicja ta wydaje się być wystarczająca.

Wielu autorów usiłowało ściślej zdefiniować pojęcie zdrowia psychicznego. Różne definicje mają jednak zazwyczaj tę podstawową wadę, że reprezentują poglądy określonej szkoły i często bywają trudno odczytywalne.

Jeden z najbardziej trafnych opisów zdrowia psychicznego podał w 1950 r. K. Soddy "... zdrowy osobnik reaguje na życie bez dokuczliwego wysiłku. Ambicje jego mieszczą się w ramach real-

nych możliwości. Ma właściwe pojęcie o swych zdolnościach i 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" [2].

M. Jahoda w książce *Current Concepts of Positive Mental Health* (Nowy Jork 1959) pisze, że u podstaw zdrowia psychicznego leżą: prawidłowe odbieranie rzeczywistości, aktywne przystosowanie społeczne i dobrze zintegrowana osobowość. Wojskowy psychiatra amerykański Grinker zakłada, że w ocenie zdrowia psychicznego powinno się brać pod uwagę: elastyczność wobec wielu zmieniających się sytuacji, zdolność do nawiązywania i utrzymywania stosunków emocjonalnych z innymi ludźmi oraz zdolność do pełnienia różnorodnych ról społecznych [3].

Akcent na prawidłowe przystosowanie społeczne i dobry kontakt z innymi ludźmi stawiają niemal wszystkie definicje zdrowia psychicznego. Człowiek jest istotą społeczną i nie jest w stanie ani prawidłowo ukształtować swojej osobowości, ani też utrzymać na właściwym poziomie swego standardu psychicznego, jeżeli zerwie więzi z innymi ludźmi. Fakt ten szczególnie ostro uzewnętrznia się w stanie choroby psychicznej. U większości osób chorych pierwszym sygnałem rozpoczynającej się choroby jest osłabienie lub zerwanie więzi z najbliższymi sobie ludźmi.

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 odchyleń 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 ocenić stan psychiczny badanej osoby.

Fakt, że granica między zdrowiem a niezdrowiem psychicznym jest płynna, nie oznacza jednak jej nieuchwytności. O zaburze-

[2] Cyt. za: M. Michalska, *Zdrowie psychiczne*, Warszawa 1964.
[3] R. Gringer, J. Spiegel, *Men Under Stress*, Nowy Jork 1945.

niach psychicznych mówimy wtedy, gdy dojdzie do upośledzenia niektórych lub wszystkich wymienionych poprzednio funkcji psychicznych. Następstwem tego jest pojawienie się wewnętrznego przekonania o własnej niesprawności psychicznej bądź też wywołanie w otaczającym nas środowisku przekonania o naszej „nienormalności". W obu wypadkach dochodzi do zerwania więzi ze środowiskiem, wyobcowania i utraty poczucia pełni bezpieczeństwa i zdrowia.

Pełną adaptację do określonego środowiska, w tym przede wszystkim społecznego, zapewniają w szczególności:

1) prawidłowy poziom inteligencji;

2) prawidłowy rozwój emocjonalny; u osób dorosłych oznacza to przede wszystkim wykształcenie uczuciowości wyższej, z czym wiąże się dobry kontakt emocjonalny z innymi ludźmi, gotowość do poświęcenia własnych interesów dla dobra ogółu, poczucie własnej godności oraz dobre samopoczucie i pewność siebie;

3) wysoka odporność na różne czynniki szkodliwe, zarówno biologiczne, jak i psychiczne.

Wykładniki te zdają się jednocześnie w najwyższym stopniu określać prawidłowy stan zdrowia psychicznego.

Przyczyny powstawania zaburzeń psychicznych

Do zaburzeń czynności psychicznych dojść może, ogólnie biorąc, z następujących przyczyn:

1) na skutek upośledzenia czynności mózgu zadziałaniem różnych „biologicznych szkodliwości";

2) na skutek urazu psychicznego;

3) z powodu wadliwie ukształtowanej osobowości, mało odpornej na banalne obciążenia psychiczne.

P r z y c z y n y b i o l o g i c z n e. Są to te wszystkie czynniki, które oddziałują nieswoiście, bezpośrednio lub pośrednio, na mózg zmieniając jego funkcję w drodze przemian biochemicznych lub strukturalnych. Zaburzenia psychiczne powstają tu niejako wtórnie, jako wyraz upośledzenia funkcji komórek nerwowych.

Mogą do tego prowadzić zarówno pewne anomalie genetyczne,

jak i uszkodzenia struktury lub funkcji mózgu spowodowane wadliwą czynnością organizmu (niedotlenienie krwi, zaburzenia w gospodarce wodnej, elektrolitowej, białkowej, węglowodanowej, tłuszczowej etc., w przebiegu chorób somatycznych), czy też czynniki egzogenne pod postacią infekcji, intoksykacji i mechanicznych urazów czaszki. W tzw. „dużej psychiatrii", obejmującej psychozy i niedorozwoje, a także cięższe postacie zaburzeń osobowości, wymienione przyczyny wysuwają się na plan pierwszy jako najpoważniejszy, najczęściej występujący i najistotniejszy czynnik chorobotwórczy. Higiena psychiczna (jako nauka) poświęca im stosunkowo mało uwagi, uznając je za domenę „czystej" psychiatrii.

Uraz psychiczny, a zwłaszcza jego chorobotwórcze oddziaływanie jest przedmiotem żywego zainteresowania ze strony higieny psychicznej — zarówno w aspekcie badawczym jak i pod kątem praktycznego programu działania profilaktycznego i terapeutycznego oraz w sensie społecznego ruchu, mającego na celu uzdrawianie stosunków międzyludzkich.

Według *Encyklopedycznego słownika psychiatrii* przez uraz psychiczny rozumiemy „...różnego rodzaju przykre wydarzenia i trudne sytuacje życiowe — od stosunkowo drobnych niepowodzeń do wydarzeń wstrząsających — które wywierają ujemny wpływ na stan psychiczny". Są to najczęściej:

a) jednorazowe silne przeżycia o nieprzyjemnej lub zagrażającej człowiekowi treści,

b) drobne, powtarzające się i sumujące się z biegiem czasu przykrości, konflikty i niepowodzenia,

c) długotrwałe sytuacje frustracyjne, tzn. takie sytuacje, w których dochodzi do udaremnienia istotnych dla człowieka dążeń na skutek przeszkód nie do pokonania lub ominięcia.

W odróżnieniu od nieswoistych bodźców biologicznych uraz psychiczny działa na psychikę w sposób swoisty, zakłócając czynności psychiczne bezpośrednio, zanim dojdzie do uszkodzeń w obrębie struktury mózgowej. Swoistość urazu psychicznego można porównać do wybiórczego działania bodźców na poszczególne zmysły. Na przykład hukiem wystrzału armatniego można ogłuszyć, ale nie można oślepić. Podobnie uraz psychiczny nie może

spowodować rozerwania powłoki ciała, złamania kości ani pęknięcia błony bębenkowej, ale za to spowodować może nerwicę, psychozę lub — przez działanie na korowe ośrodki wegetatywne — poważnie zakłócić czynności jakiegokolwiek narządu.

Przyjęto uważać uraz psychiczny za bodziec negatywny o dość mało istotnym wpływie na czynności organizmu. Nie jest to jednak prawdziwe. Uraz psychiczny, dzięki swoistemu działaniu na kierownicze ośrodki organizmu, może prowadzić, w skrajnych wypadkach, do kalectwa fizycznego lub nawet śmierci. Niekiedy jest to śmierć gwałtowna, uwarunkowana odruchowym zahamowaniem czynności ważnych organów (np. serca), a niekiedy powolną, jak np. w jadłowstręcie psychicznym.

Zarówno bezpośrednie skutki, jak i odległe następstwa urazu psychicznego zależą nie tylko od jego siły lub długotrwałości, ale i od odporności lub wrażliwości osoby, która doznała urazu. Nie ma też bodźców psychicznych, wydarzeń, sytuacji, które by jednoznacznie nosiły na sobie zawsze piętno urazu psychicznego. Mało tego, w niektórych wypadkach, oczywisty zdawałoby się uraz psychiczny wywiera pozytywny, a nie ujemny wpływ na stan psychiczny; istnieje nawet typ osobowości (patologiczny), któremu przeżywanie przykrości poprawia samopoczucie i mobilizuje do życia.

Względność pojęcia urazu psychicznego można uzasadnić przykładami. Na przykład pożar dobrze prosperującej fabryki jest urazem psychicznym dla jej właścicieli, ale jeśli fabryka była dobrze ubezpieczona, a warunki rynkowe zapowiadały akurat spadek zaiteresowania produktem, pożar może być odczytany jako szczęśliwy zbieg okoliczności, a nie cios psychologiczny. Gwałt dokonany na porządnej dziewczynie jest dla niej poważnym urazem psychicznym. Podobny gwałt dokonany na ladacznicy jest dla niej nic nie znaczącym epizodem w życiu.

Wielu psychologów, psychiatrów i pedagogów kwestionuje pogląd jakoby uraz psychiczny miał wyłącznie negatywne działanie na psychikę człowieka. Zakłada się, że słabe lub średniosilne urazy mogą nawet spełniać korzystne zadania w kształtowaniu prawidłowej osobowości. Doświadczenie życiowe wykazuje, że osobnicy „oszczędzani" przez życie, czyli wychowani w warun-

kach minimalnych obciążeń psychicznych, są mniej sprawni i mniej odporni na życie w trudnych warunkach i w niewdzięcznym środowisku. Powszechnie wiadomo, że trudy życiowe (urazy psychiczne) hartują. Na poglądzie, że sytuacje trudne, a nawet przejściowo zagrażające człowiekowi, kształtują pozytywnie osobowość bazuje szereg teorii psychologicznych (np. teoria kryzysu Caplana), a także metody wychowawcze wielu organizacji takich jak harcerstwo, wojsko, itp.

Od czasu kiedy człowiek opanował przyrodę na tyle, że nie musi się bać chorób zakaźnych, dzikiego zwierza, głodu, ognia i wody — na pierwszy plan czynników zagrażających jego egzystencji wysunęły się niebezpieczeństwa związane z konfliktem z drugim człowiekiem lub grupą ludzi, kierujących się odmiennymi interesami. Wielu uczonych zajmujących się badaniem sytuacji człowieka współczesnego podkreśla nasilenie się agresji wewnątrzgatunkowej, zwłaszcza w wielkich skupiskach typu miejskiego — Nowy Jork, Londyn, Tokio, Paryż itd. Sytuację pogarsza fakt słabego przygotowania człowieka do życia w warunkach współczesnej cywilizacji. Narzucają mu one ogromne rygory przystosowawcze, do których nie zdążył sobie wyrobić odpowiednich mechanizmów obronnych. Stare, przekazywane dziedzicznie i obyczajowo, sposoby adaptacji do środowiska zawodzą. Używane mimo wszystko — prowadzą do ciągłych konfliktów, frustracji, a tłumione wywołują chorobotwórcze napięcie i lęk.

Ponadto swoiste układy międzyludzkie, jakie wytwarza współczesna cywilizacja, rzadko pozwalają na swobodne i pełne odreagowanie doznanych urazów psychicznych. Dawniej stan zagrożenia wywoływał natychmiastową reakcję ruchową pod postacią agresji lub ucieczki. Od błyskawiczności działania zależała cała dalsza egzystencja. W obecnych czasach zachowanie tego typu ściąga na człowieka raczej dalsze zagrożenie, często gorsze w skutkach od niebezpieczeństwa pierwotnego. Większość automatycznie wywołanych stanów agresywności lub lęku nie może być rozładowana wprost, ale ulega różnym formom przeróbki psychologicznej lub tłumieniu. W wielu wypadkach prowadzi to do różnych patologicznych stanów zarówno typu psycho-

patologicznego, jak i psychosomatycznego. Więcej wiadomości na ten temat znajdzie Czytelnik w następnych rozdziałach.

Poza trudnymi układami społecznymi wynikającymi ze zderzeń kontrowersyjnych interesów ludzi działających obok siebie w wielkich skupiskach, sporo urazów psychicznych niesie ze sobą współczesna cywilizacja techniczna. Dzięki niej człowiek dzisiejszy żyje w świecie paradoksów. Epoka postępu technicznego przyniosła realizację wielu urządzeń technicznych, które jeszcze 200 lat temu możliwe były tylko w bajkach: poruszanie się z prędkością naddźwiękową, podbój Kosmosu, opanowanie energii atomowej, przesyłanie głosu i obrazu na odległość milionów kilometrów, sztucznie otrzymywane tkaniny i materiały budowlane, statki o pojemności miliona ton, wspaniałe leki etc. Od dawien dawna ludzkość oczekiwała, że fakt ten przyniesie ze sobą upragnioną szczęśliwość na ziemi. Tymczasem spotkały ją jeszcze bardziej okrutne wojny, uczucie frustracji (płynące z przeszkód, jakie stoją na drodze wykorzystania tych osiągnięć przez przeciętnego obywatela, zwłaszcza krajów opóźnionych w rozwoju — a tych jest większość), zanieczyszczenie środowiska naturalnego, a nawet zagrożenie gatunku na skutek zachwiania selekcji naturalnej i uszkodzeń genetycznych.

Wyśrubowany do niezwykłych rozmiarów standard cywilizacyjny wielkich miast, oparty głównie na elektryczności i paliwach płynnych, wciągnął znaczną część ludzkości w kryzys, który niedwuznacznie ujawnił, jak kruche są podstawy uzyskanego w ten sposób dobrobytu.

Wielka masa towarowa na rynku pobudzającym ludzi do jej zakupów prowadzi często do niezdrowej żądzy zdobywania pieniędzy wszelkimi sposobami lub też wywołuje stan frustracji i zawiść u ludzi, którzy wiedzą, że nigdy nie będą mogli sobie pozwolić na wydatki w pełni zadowalające ich instynkt posiadania. Imponujące osiągnięcia nauki tworzone w imię dobra ludzkości, dość często obracają się przeciwko niej. Człowiek kupuje coraz doskonalsze maszyny po to, aby się dowiedzieć, że musi ograniczyć posługiwanie się nimi, np. auta o coraz większej mocy silnika i osiągające większe szybkości ograniczone są przepisami do prędkości, które imponowały 50 lat temu. Wszystkie te

zjawiska stanowią coraz groźniejszy problem przede wszystkim dla wysoko uprzemysłowionych krajów Zachodu, co wynika z nieuleczalnych wad ustroju kapitalistycznego, uniemożliwiającego skuteczne prowadzenie polityki społeczno-ekonomicznej zharmonizowanej z dobrem człowieka, z jego zdrowiem psychicznym.

Ustrój socjalistyczny stwarza nieporównanie większe możliwości uniknięcia tych plag życia współczesnego człowieka. Bierze je pod uwagę strategia społeczno-gospodarczego rozwoju naszego kraju, która — jak to znajdujemy w uchwałach VII Zjazdu PZPR — podporządkowuje całokształt rozwoju nauki, techniki, ekonomiki nadrzędnym celom, jakim jest stałe podnoszenie poziomu życia narodu, jego dobrobytu, kultury i zdrowia. Jednak problemy zdrowia psychicznego ludności istnieją i u nas, gdyż i w naszych warunkach ludzie przeżywają trudności w przystosowaniu się do wymogów współczesnej cywilizacji, a zakres i charakter zaburzeń psychicznych oraz istniejące na marginesie naszego życia przejawy patologii społecznej — wymagają ciągle niesłabnącej uwagi.

Bezpośrednie następstwa urazu psychicznego. Reakcja na uraz psychiczny jest bardzo rozległa i różnorodna. Może ona dotyczyć zarówno objawów psychicznych, jak i somatycznych, a zwykle dotyczy jednego i drugiego.

Najlżejszą i najbardziej rozpowszechnioną formą jest pojawienie się nieprzyjemnego stanu napięcia psychicznego, któremu towarzyszy utrudnienie wykonywania czynności ruchowych i zaburzenia snu.

Poważniejszy uraz psychiczny, stawiający człowieka wobec faktu znaczniejszego zagrożenia wywołuje wyraźny lęk, któremu towarzyszą mniej lub więcej nasilone objawy wegetatywne i motoryczne — bicie serca, poty, niepokój lub zahamowanie ruchowe, zła koordynacja ruchów, bezsenność, bóle głowy, zaostrzenie się istniejących chorób psychosomatycznych (np. nadciśnienia, choroby wrzodowej, egzemy itp.), napięcie psychiczne i poczucie bezradności. Niekiedy zamiast lęku pojawiają się inne negatywne emocje, jak depresja lub wściekłość albo, bardzo rzadko, niewspółmierna do sytuacji euforia.

Cięższe reakcje na uraz psychiczny charakteryzują się rozwiniętymi obrazami nerwic lub psychozy, a zaburzenia somatyczne mogą przyjąć tak wielkie rozmiary, że doprowadzają do zagrożenia życia (zawał, pęknięcie wrzodu żołądka lub dwunastnicy, zapaść, wylew krwi do mózgu itp.).

Dla ścisłości trzeba powiedzieć, że pewien, nieduży odsetek ludzi reaguje na — umiarkowane oczywiście — urazy psychiczne raczej podwyższeniem sprawności swych funkcji psychicznych i motorycznych niż ich obniżeniem. Ludzie ci często podświadomie, a nawet świadomie, wchodzą przed czekającymi ich poważnymi zadaniami w ostry konflikt z najbliższym otoczeniem, aby uzyskać większą wydolność psychiczną.

Odporność psychiczna a struktura osobowości

Nie jesteśmy w stanie uniknąć urazów psychicznych, a nawet obecny stan wiedzy daje nam pewność, że w wielu wypadkach unikanie ich byłoby niekorzystne, ponieważ nierzadko mają one pozytywny wpływ na kształtowanie się osobowości. Jedyne, co można zatem robić, to zmniejszyć ich destrukcyjny wpływ, a potęgować oddziaływanie korzystne.

Działanie urazu psychicznego, jak już wspomniałem, zależy nie tylko od jego siły i rodzaju, ale od podatności osoby, na którą on zadziałał. Inaczej mówiąc, zależy ono w dużym stopniu od odporności psychicznej człowieka. Prewencja złych skutków urazu w dużym stopniu może być zrealizowana przez podwyższenie odporności psychicznej.

Odporność ta, podobnie jak np. odporność na zakażenie, zależy od wielu czynników, zarówno stale związanych z osobowością człowieka, jak i zmiennych, zależnych od różnych czynników środowiskowych. Rozumiemy przez nią zdolność do sprawnego i adekwatnego działania człowieka w sytuacjach trudnych wywołanych urazem psychicznym. Zdolność ta sprowadza się bądź to do umiejętności tłumienia przykrych stanów emocjonalnych, wywołanych przez uraz psychiczny, bądź też do sprawnego dzia-

łania mimo istnienia takiego stanu. Główna siła odporności na uraz psychiczny tkwi w prawidłowo ukształtowanej osobowości. Osobnicy z normalną inteligencją, dojrzali emocjonalnie, w pełni zintegrowani psychicznie i zdrowi fizycznie dają sobie zupełnie dobrze radę często nawet z największymi urazami psychicznymi.

Wszyscy uczeni, którzy zajmują się badaniami zależności między odpornością psychiczną a osobowością, zwracają uwagę na dzieciństwo i wczesną młodość jako okres najistotniejszy w wyrabianiu się mechanizmów obronnych przed naporem środowiskowego stresu. Zazwyczaj w tym okresie wyrabiają się pewne stereotypy, powielane następnie przez całe życie w sytuacjach podobnych lub zbliżonych do tych, które inicjowały ich powstanie. W tym czasie, a zwłaszcza w późnym okresie pokwitania, wykształca się również ogólne nastawienie człowieka do pokonywania trudności życiowych, które następnie w ciągu dalszego życia zmienić jest bardzo ciężko.

Najbardziej przydatnym dla przeżycia jest nastawienie zamknięte w starej łacińskiej maksymie: *contra spem, spero*[4]. Jest to zasada działania zdrowego, twórczego umysłu, który ma przekonanie, że człowiek jest istotą, która daje sobie radę w każdych warunkach. Przeciwstawiają jej się stereotypy postępowania wypływające z nastawień lękowych lub rezygnacyjnych. Uczeń, który się boi egzaminu w szkole, student, który boi się wykonać ćwiczenie, żołnierz, który boi się zadania bojowego — wykonują swoje czynności tak źle, że ich lęk ulega potwierdzeniu. Jeszcze gorsze jest nastawienie rezygnacyjne, które powoduje, że człowiek zawczasu odstępuje od stojącego przed nim zadania, bo ma pełne przekonanie, że i tak się nie uda. Zamiast więc podjąć się stojącego przed nim wysiłku, traci wiele energii na wybiegi mające na celu uniknięcie trudności. Dla tego typu nastawienia charakterystyczne jest także uruchamianie podświadomych mechanizmów obronnych typu racjonalizacji, fantazjowania, projekcji, wyparcia itp. Mechanizmy te tylko w niewielkim stopniu

---

[4] Na przekór beznadziejności, żywię nadzieję; choć sytuacja przedstawia się beznadziejnie mam nadzieję, że dam sobie radę.

ratują człowieka przed zagrożeniem środowiska społecznego, utrzymują go natomiast praktycznie w stanie ni to zdrowia, ni choroby.

Przykładem siły oddziaływania i skuteczności konstruktywnych stereotypów zachowania, nabytych w drodze odpowiedniego wychowania, byli więźniowie radzieccy w niemieckich obozach koncentracyjnych, którzy w najtrudniejszych warunkach zachowywali hart ducha, podczas gdy więźniowie z Europy zachodniej i południowej w krótkim czasie stawali się „muzułmaninami" i ginęli [5].

Destrukcyjne nastawienia znajdują swój wyraz w obiegowych określeniach w potocznej mowie. Na przykład mówi się o kimś, że jest „fatalistą", a fatalista to ktoś, kto wszystkim opowiada, że jemu się w życiu w ogóle nie wiedzie (a nie może się wieść, ponieważ każda trudność przejmuje go takim lękiem, że od razu stara się zrezygnować z jej pokonania; stąd wszystkie awanse, zaszczyty, dążenia do lepszego nie realizują się).

Inne potoczne określenia destrukcyjnych nastawień: oferma batalionowa, inaczej fajtłapa — ktoś kto woli, aby się z niego naigrawano, niż żeby pokazać co potrafi; maminsynek — typ słabego, zapatrzonego w swoje zdrowie i korzyści człowieka, oczekującego, że inni wszystko za niego zrobią, a on tylko wybierze „kasztany z ognia"; hipochondryk — zapatrzony w swoją rzekomą chorobę, osobnik uciekający przed trudnościami życia w chorobę.

Te trwałe nastawienia wobec nacisku środowiska społecznego czynią człowieka nie tylko mało przydatnym społecznie, ale i odbierają mu to, co jest najcenniejsze — radość życia. Utrwalona postawa rezygnacyjna prowadzi z reguły do dążeń samobójczych. Mimo to — jest bardzo trudno zmienić raz utrwalony stereotyp obronny typu rezygnacyjnego, ponieważ daje on jednak swemu „właścicielowi" pewne poczucie bezpieczeństwa, a perspektywa zmiany postawy łączy się z tak dużym wysiłkiem przełamania lęku, że wydaje się nie do spełnienia.

---

[5] Patrz: S. Kłodziński, *Swoisty stan chorobowy po przebyciu obozów hitlerowskich*, „Przegląd Lekarski" 1972, XXIX, nr 1 oraz K. Szwed, *Pierwszy okres oddziału chorób zakaźnych w obozie oświęcimskim, tamże.*

Ludzie, zwłaszcza chowani w „cieplarnianych warunkach", dużo chętniej wyrabiają sobie postawy destruktywne niż konstruktywne, ponieważ łączy się to z wygodnictwem i odsuwa na daleki plan walkę i wszelką aktywną działalność, które, rzecz prosta, wymagają wiele wysiłku intelektualnego i emocjonalnego.

Cały więc proces wychowawczy od najwcześniejszego dzieciństwa w rodzinie, szkole, organizacjach młodzieżowych, w pierwszym miejscu pracy, wojsku, powinien iść w kierunku uczenia człowieka pokonania trudności i umiarkowanego optymizmu (*contra spem, spero*). Celowi temu służy szereg zabiegów psychologicznych i psychagogicznych mających na celu przede wszystkim wywołanie silnej motywacji do tego, co nas czeka w życiu (zarówno w najbliższym czasie, jak i w dalekiej przyszłości).

Na ogół rzadko nie udaje się nam to, do czego mamy pełną motywację, chyba że planujemy rzeczy zupełnie niemożliwe. Natomiast czynności wykonywane wbrew przekonaniu rokują bardzo wysoki odsetek niespełnienia lub przynajmniej „brakoróbstwa".

Szczytem wybiórczej motywacji jest tzw. myśl (idea) nadwartościowa. W psychologii rozumiemy przez nią „... przekonania, które człowiek uważa za szczególnie ważne i z którymi jest silnie emocjonalnie związany" (M. Jarosz). Myśl nadwartościowa pozwala nie tylko wytrwale dążyć do celu, ale i skupia całą uwagę człowieka na założonych zadaniach. W tej sytuacji trudy życia codzienego, urazy, choroby, niechęć i złośliwość tracą jakiekolwiek znaczenie, liczy się tylko to, co przyczynia się do przybliżenia wymarzonego ideału.

Oczywiście są myśli nadwartościowe wielkiej wagi i małej wagi, społecznie korzystne i antyspołeczne. Hitler, opanowany myślą zawładnięcia światem dla niemieckich „nadludzi", włamywacz żyjący całe życie ideą dokonania „wielkiego skoku", skąpiec gromadzący pieniądze właściwie nie wiadomo po co — to przykłady negatywnych myśli nadwartościowych. Wielcy bojownicy socjalizmu, oddający swe życie dla poprawy bytu uciskanych, hobbysta, który wszystkie zarobki i wolny czas poświęca na upiększenie swej kolekcji — bogacąc i chroniąc w końcu dorobek swego narodu, oficer, który dla swego pododdziału nie

Biblioteka Główna AGH

szczędzi pracy, niejednokrotnie całodobowej, aby utrzymać wysoki stan gotowości bojowej, robotnik, który dba o wysoką jakość wykonywanej pracy, dokonuje racjonalizacji, aktywnie dąży do przekraczania planu produkcyjnego mając pełne przekonanie, że robi to dla zbudowania lepszego jutra swojej ojczyzny, to przykłady myśli nadwartościowych przydatnych społecznie.

Obok trwałych cech i dyspozycji psychicznych zarówno podwyższających, jak i obniżających odporność psychiczną niemałe znaczenie mają również przemijające, okolicznościowe czynniki. I tak np. odporność psychiczną obniżają:

1) choroby cielesne — zakażenie, wykrwawienie się, poważne choroby serca, wątroby, płuc itp., a także ich stany zejściowe prowadzące do tzw. astenii;

2) trwałe następstwa uszkodzeń mózgu różnej natury (encefalopatia);

3) niedobór snu;

4) niektóre fazy ludzkiego rozwoju, jak pokwitanie, przekwitanie, inwolucja (starzenie się);

5) głód, odwodnienie, przegrzanie, przeziębienie, środki uzależniające.

Szczególnie niebezpieczne są zwłaszcza narkotyki i alkohol. Gdy się jest pod ich wpływem drobny uraz psychiczny może prowadzić do nieobliczalnych skutków, niesłychanej agresywności, ucieczek, samobójstw, mordów itp.

Natomiast podwyższa odporność psychiczną: higieniczny tryb życia w szerokim tego słowa znaczeniu — systematyczność w pracy, racjonalny wypoczynek, prawidłowy sposób odżywiania się, umiarkowanie w stosowaniu używek, sport, pogłębianie wiedzy itp.

Higiena psychiczna a siły zbrojne

Wojsko jest organizacją, która stawia zaangażowanym w niej osobom wielkie wymagania w zakresie odporności psychicznej. Z drugiej strony najwyższe władze państwowe nakładają na nią obowiązek wychowania obywatelskiego młodych pokoleń męż-

czyzn. Te dwa zadania nie są sprzeczne, a wprost przeciwnie, nawzajem się uzupełniają.

Znajduje to wyraz w powszechnej opinii, skoro jednocześnie mówi się: pójdziesz do wojska to ci tam „dadzą w kość" i — tam „zrobią z ciebie nareszcie człowieka".

Z teoretycznego punktu widzenia służba wojskowa polega na racjonalnie zaplanowanym i realizowanym ciągu trudnych (kryzysowych) sytuacji, prowadzących do dźwignięcia osobowości żołnierza na wyższy poziom integracji psychicznej i społecznej. Przez realizację programu intensywnego szkolenia i wychowania, przygotowuje się i sprawdza nie tylko stan gotowości bojowej, ale i kształtuje pozytywne cechy osobowości.

Nic dziwnego, że rodzice trudnych wychowawczo synów czynią zwykle daleko posunięte starania, aby za wszelką cenę oddać ich do wojska. Rezultaty wychowawcze służby wojskowej widoczne są na co dzień. Wszystkie zakłady wolą zatrudniać mężczyzn „po wojsku„ niż „przed wojskiem". Absolwenci akademii wojskowych mają na ogół lepszą opinię od swych cywilnych kolegów, właśnie z powodu określonych cech osobowości — zdyscyplinowania, większej odpowiedzialności, obowiązkowości, wyrobienia społecznego — przyswojonych w czasie służby. Oficerowie zwalniani z wojska z powodu choroby lub wysługi lat, przyjmowani są bardzo chętnie do instytucji cywilnych; tam szybko adaptują się do nowych zadań i wyróżniani są przez swoich przełożonych.

Proces daleko posuniętych oddziaływań wychowawczych opartych nierzadko nawet na zabiegach korekcyjnych odbywa się kosztem dużego wysiłku ze strony wojskowej kadry zawodowej, tym bardziej że dołączają się doń niemałe trudy kierowania dużymi grupami ludzkimi, odpowiedzialność za cenny sprzęt, gotowość bojową itp.

Zawodowa służba wojskowa wymaga dużej znajomości mechanizmów psychicznych kierujących człowiekiem. Niedostatek wiedzy teoretycznej prowadzi w tej dziedzinie z reguły do stosowania eksperymentów opartych na zasadzie prób i błędów, zdobywania praktycznej wiedzy kosztem potknięć i wyrzeczeń, zbędnych napięć emocjonalnych, zadrażnień i konfliktów.

Zapewne większość dowódców w drodze takich doświadczeń

na podstawie przykładów przekazanych przez swych nauczycieli oraz na podstawie obowiązujących dyrektyw, opracowuje w końcu mniej lub więcej prawidłowo wzory zachowania się w swoim środowisku. Nie ulega jednak wątpliwości, że droga do sukcesów w dziedzinie kierowania i wychowywania ludzi byłaby krótsza, mniej zawiła i bardziej owocna, gdyby poparta była większą znajomością nauk opisujących przejawy życia psychicznego człowieka — psychologii, socjologii, psychopatologii, higieny psychicznej, prawa. Nauki te powinny być szerzej uwzględniane w programach szkół wojskowych, a przede wszystkim — znajdować więcej miejsca w szkoleniu podyplomowym.

Niezależnie od tego aparat dowódczy, a zwłaszcza polityczny, znajduje swego sojusznika w rozbudowanych służbach pomocniczych, które na pierwszym planie swojego działania mają problematykę higieny psychicznej. W warunkach służby wojskowej mają one na celu:

1) przeprowadzanie prawidłowej selekcji pod kątem doboru do wojska w ogóle (selekcja podstawowa) oraz doboru do poszczególnych stanowisk pracy (selekcja wyższego rzędu);

2) przeprowadzanie selekcji do zadań specjalnych;

3) poradnictwo o charakterze prewencyjnym (badanie i porady w sprawie żołnierzy wychowawczo trudnych, analiza i poradnictwo w kwestii grup konfliktowych, analiza przyczyn wzrostu wypadków nadzwyczajnych, ze wskazaniem na możliwości ich usunięcia itp.);

4) poradnictwo psychiatryczne, mające na celu podwyższenie standardu zdrowia psychicznego (leczenie nerwic wśród kadry i jej rodzin, przejściowych zaburzeń osobowości itp.);

5) orzekanie o przydatności do służby wojskowej;

6) prowadzenie oświaty i szkolenia w zakresie higieny psychicznej w wojsku;

7) prowadzenie badań naukowych nad specyfiką środowiska wojskowego w celu lepszego poznania czynników podwyższających lub obniżających gotowość bojową sił zbrojnych w zakresie zdrowia psychicznego;

8) zorganizowanie ruchu społecznego entuzjastów higieny psychicznej, którzy by w niesformalizowany sposób szerzyli za-

sady ochrony zdrowia psychicznego wśród kadry zawodowej, jej rodzin i żołnierzy służby zasadniczej.

W ludowym Wojsku Polskim ochroną zdrowia psychicznego zarówno żołnierzy zawodowych, jak i służby zasadniczej zajmuje się zintegrowany pion psychologiczno-psychiatryczny, którego działalności patronują Akademie: Polityczna i Medyczna, nadając kierunek badaniom naukowym i praktycznej działalności, szkoląc specjalistów i czuwając nad prawidłowością struktury organizacyjnej.

KRYSTYNA BORYSEWICZ-CHARZYŃSKA,
SŁAWOMIR DUSZYK

Rozdział II

ZDROWIE PSYCHICZNE A ROZWÓJ CYWILIZACJI I TECHNIKI WE WSPÓŁCZESNEJ ARMII

Rozwój cywilizacji na bazie postępu naukowo-technicznego. Wpływ cywilizacji na stan zdrowia psychicznego. — Technika a osobowość żołnierza. — Stosunki międzyludzkie we współczesnej armii.

Rozwój cywilizacji na bazie postępu naukowo-technicznego

Używając słów „tempo życia" czy „rozwój współczesnej cywilizacji" rzadko zastanawiamy się nad ich prawdziwym sensem. Pierwszego zwrotu używamy najczęściej w trudnej sytuacji, kiedy nie udaje nam się dokonać zamierzonej czynności w określonym czasie: drugi bywa przeważnie reakcją na wiadomość o wybitnym osiągnięciu naukowym czy technicznym, które wypada skwitować wyrazami podziwu i uznania. Ale tak naprawdę — niewiele odkryć, wynalazków czy osiągnięć budzi nasz entuzjazm, gdyż jesteśmy już do nich „przyzwyczajeni". W naszych bowiem czasach wybuchały pierwsze bomby atomowe, zastosowano maszynę cyfrową, przeszczepiono serce i zdobyto Księżyc.

Tempo naszego rozwoju można zilustrować wieloma przykładami. Jeżeli przyjmiemy za A. Tofflerem podział ostatnich 50 tys. lat istnienia ludzkości na odcinki życia, z których każdy wynosiłby w przybliżeniu 62 lata, otrzymamy 800 takich odcinków [1]. Okazuje się wtedy, że około 650 z nich przeżyliśmy w warunkach

[1] A. Toffler, *Szok przyszłości*, Warszawa 1974.

prymitywnych, decydujący zaś skok jakościowy dokonał się w ostatnim osiemsetnym odcinku, gdy zostały skonstruowane i wprzęgnięte w służbę ludzkości urządzenia techniczne o wysokim stopniu precyzji.

Entuzjazmując się prędkością rakiet kosmicznych rzadko kiedy zdajemy sobie sprawę, że w roku 6000 p.n.e. najszybszym środkiem lokomocji i transportu na duże odległości była karawana, przemieszczająca się zaledwie kilka kilometrów na godzinę i że ludzkość czekała prawie 8000 lat na wynalezienie pierwszej lokomotywy, która pozwoliła na przyśpieszenie podróży do kilkudziesięciu kilometrów na godzinę. W ostatnim pięćdziesięcioleciu padały kolejne rekordy prędkości samochodu, samolotu odrzutowego, aż wreszcie w ostatnich latach — statku kosmicznego.

Podobne tempo zaobserwować można w każdej niemal dziedzinie. Po wynalezieniu ruchomych czcionek przez Gutenberga w XV w. liczba drukowanych książek sięgała około 1000 woluminów rocznie. Obecnie wielokrotnie więcej tytułów ukazuje się w świecie codziennie, nakład zaś samej tylko literatury naukowo-technicznej szacuje się na 60 mln stron rocznie.

Skróceniu ulega także okres od powstania wynalazku do jego wdrożenia. I tak np. patent na maszynę do pisania wydano w 1714 r., a dopiero po 150 latach maszyny te ukazały się na rynku. Radio oczekiwało na masową produkcję kilkadziesiąt lat, telewizor — kilkanaście, tranzystor zaledwie kilka.

Druga połowa XX w. jest okresem autentycznej rewolucji naukowo-technicznej. Termin ten uznany następnie za międzynarodowy sformułował po raz pierwszy uczony angielski J. D. Bernal w tezie: „...dla rewolucji naukowo-technicznej znamienne jest wyprzedzające tempo rozwoju nauki w porównaniu z rozwojem ekonomicznym" [2].

Zastępowanie produkcji manufakturowej pracą maszyn (mechanizacja pracy) wiąże się nierozerwalnie z rewolucją przemysłową na przełomie XVIII i XIX w. Podstawę techniczną przewrotu stanowił system maszyn uruchamianych za pomocą silnika parowego.

[2] J.D. Bernal, *Nauka w dziejach*, Warszawa 1957.

Za następny „krok milowy" w rozwoju techniki należy uznać zastąpienie energii pary wodnej energią elektryczną, a wraz z nią energią silników spalinowych na początku XX w. Elektryfikacja spowodowała zasadnicze zmiany w transporcie, łączności, handlu itd. W ślad za rozwojem źródeł energii i narzędzi pracy, w pierwszej połowie XX w. wprowadzono ulepszenia metod pracy: organizowano produkcję przepływową (taśmy produkcyjne), zracjonalizowano stanowiska robocze, tworzono nowe formy kooperacji i specjalizacji produkcji.

Wymienione przewroty w technice, technologii i organizacji produkcji stworzyły sprzyjający grunt dla rewolucji naukowo-technicznej, która rozpoczęła się w latach czterdziestych bieżącego stulecia. W wyniku nie spotykanej dotąd integracji nauki z produkcją rozwinęły się: elektronika, cybernetyka, automatyzacja cybernetyczna i badania dotyczące przemysłowego wykorzystania energii jądrowej.

Te właśnie dziedziny zadecydowały głównie o rewolucyjności postępu technicznego. O ile w czasie pierwszej rewolucji przemysłowej o dalszym rozwoju nauki decydowała empiria, o tyle obecnie teoria znacznie wyprzedza praktykę. Ranga nauki stale wzrasta. Miejsce indywidualnego uczonego zajęły liczne instytuty prowadzące badania w sposób kompleksowy. Nauka stała się najistotniejszą siłą wytwórczą.

Wpływ cywilizacji na stan zdrowia psychicznego

W swym założeniu postęp naukowo-techniczny prowadzi do coraz pełniejszego zaspokajania rosnących potrzeb społecznych. Równocześnie jednak obserwujemy paradoksalne zjawisko: od kilkudziesięciu lat przeciętny standard zdrowia ludzkiego (somatycznego i psychicznego) systematycznie ewoluuje w kierunku pogarszania się. Przyczyny tego stanu rzeczy wydają się leżeć w niezamierzonych, ubocznych skutkach postępu, które pochodzą z niedających się uniknąć dysproporcji, kiedy za dynamicznym rozwojem na jednym odcinku nie nadążają elementy towarzyszące, mające zabezpieczyć jego bezkolizyjne funkcjonowanie.

Tak więc za rozwojem motoryzacji nie nadąża modernizacja

sieci dróg w kierunku zapewnienia bezpiecznego poruszania się coraz gwałtowniej rosnącej liczby pojazdów. Wysoki stopień mechanizacji produkcji wymaga podniesienia kwalifikacji pracowników obsługujących precyzyjne maszyny, stałej koncentracji uwagi, ścisłego przestrzegania przepisów bhp. Wypadki przy pracy mnożą się głównie z winy poszkodowanych, których świadomość nie nadąża za wymaganiami współczesnej techniki. Podobna przyczyna leży u podstaw nadużywania środków farmakologicznych, co nierzadko prowadzi do popadania w zależność lekową, chociaż rozszerzenie produkcji tych środków ma służyć podniesieniu zdrowotności społeczeństwa. Upowszechnienie i wyższa jakość usług lekarskich ratują od śmierci w przypadkach, które dawniej uchodziły za beznadziejne; uratowani egzystują jednak potem przez wiele lat z obniżoną sprawnością.

Wysoki poziom współczesnej wiedzy powoduje, że młodzież od chwili rozpoczęcia nauczania musi sobie przyswoić znacznie większą porcję wiadomości i umiejętności niż jej rówieśnicy sprzed ćwierć wieku, ale w tym samym czasie co oni. Zrozumiałe więc, że w takich okolicznościach troska o wychowanie fizyczne schodzi na dalszy plan, a rozwój intelektualny odbywa się kosztem ogólnego stanu zdrowia młodych organizmów. Te negatywne wzorce kontynuuje się i pogłębia w wieku dojrzałym, zażywając zbyt mało ruchu, korzystając z udogodnień komunikacyjnych, spędzając większość czasu na siedząco; w pracy — za biurkiem, w domu — przed ekranem telewizora.

Postęp naukowo-techniczny rzutuje na podwyższenie stopy życiowej przeciętnego człowieka. W ślad za coraz bardziej dostatnimi warunkami bytowania idzie nieprawidłowy sposób odżywiania się: nadmiar mięsa, tłuszczu i cukru. Jeżeli dodać do tego wzrastające zanieczyszczenie środowiska naturalnego (skażenie atmosfery, wód, gleby i pokarmów przez substancje toksyczne zawarte w wyziewach spalin, ściekach przemysłowych, nawozach sztucznych czy środkach owado- i chwastobójczych) oraz powszechne stosowanie używek (kawa, alkohol, tytoń), a także nieobojętnych dla ustroju medykamentów — nie można dziwić się obniżeniu odporności na infekcje i ogólnie niższej sprawności fizycznej typowego człowieka drugiej połowy XX w.

Większość z wymienionych tu czynników w sposób pośredni bądź bezpośredni wywiera także szkodliwy wpływ na stan zdrowia psychicznego. Główną rolę jednak grają tu inne zagrożenia. Zaliczyć do nich należy przede wszystkim nadmierną ilość bodźców i informacji „bombardujących" człowieka ze wszystkich stron i wymagających prawie natychmiastowego ich sortowania oraz podejmowania decyzji. Wymienione elementy funkcjonalne (percepcja, opracowanie informacji, aktywność) podlegają ścisłym ograniczeniom, przekroczenie tych ograniczeń grozi patologią psychiki.

W szczególności nasilenie bodźców akustycznych przekracza często normy higieniczne. Za dopuszczalny poziom dźwięku przyjmuje się 85 decybeli, podczas gdy np. pojedynczy silnik motocyklowy powoduje natężenie dźwięku o sile 100 dB. Brak kultury środowiska akustycznego niektórzy autorzy określają jako „ekshibicjonizm akustyczny", obejmując tym terminem takie zjawiska jak: nieskrępowana ekspresja słowna w obecności osób postronnych, niekontrolowane używanie radioodbiorników tranzystorowych, telewizorów, silników samochodowych itp.

Tempo przekazywania i odbierania informacji związane jest ściśle z szybkim tempem życia codziennego. Rozwój przemysłu stał się jedną z przyczyn tworzenia się ogromnych aglomeracji miejskich, a więc zwiększenia proporcjonalnego zatrudnienia w przemyśle i usługach w stosunku do zatrudnienia w rolnictwie. Proces urbanizacji postępuje nieprzerwanie. Nowa baza techniczna, mechanizacja i chemizacja rolnictwa zmieniają także tradycyjny charakter gospodarstw rolnych i ich poziom produkcji. Modele życia na wsi i w mieście nabierają coraz więcej cech wspólnych. Współczesny zaś mieszkaniec miasta prowadzi morderczy wyścig z czasem. Wynika to z następujących przesłanek:

a) wzrostu podaży i popytu na dobra materialne trwałego użytku; powoduje to konieczność osiągania wyższych zarobków i poświęcania więcej czasu na organizację naprawy;

b) wzrostu możliwości korzystania z dóbr niematerialnych (życie kulturalne, towarzyskie, erotyczne);

c) rozwoju środków komunikacji;

d) rozwoju środków masowego przekazu.

Zbiurokratyzowane i rozbudowane ilościowo struktury zakładów pracy nie sprzyjają zintegrowaniu pracownika z miejscem czy stanowiskiem pracy. W procesie produkcji pomimo stałych udoskonaleń w postaci mechanizacji i automatyzacji pracy a wręcz wskutek tych udoskonaleń — *homo faber* podlega rozlicznym stresom. Na przykład technik nadzorujący automaty — znajduje się w stałym napięciu psychicznym związanym z odpowiedzialnością za ogromne straty materialne, jakie pociągnęłoby za sobą najmniejsze niedopatrzenie.

Podkreślanym często pozytywnym aspektem rewolucji naukowo-technicznej jest wzrost ilości wolnego czasu. W założeniach teoretyków powinien być to czas poświęcony na: kultywowanie własnych zainteresowań, sport, samorealizację w postaci działań twórczych, zacieśniania więzów rodzinnych itp. Upowszechnił się jednak w świecie model spędzania wolnego czasu na biernym konsumowaniu wytworów tzw. kultury masowej (najczęściej przed telewizorem).

Wielu publicystów bije na alarm w związku z brakiem indywidualnego, autentycznego, twórczego kontaktu z przyrodą, kulturą, nauką i sztuką. Szczególnie podkreśla się tu wieloczynnikowy, negatywny wpływ braku obcowania z przyrodą.

Uniformizacja dotyczy więc zarówno wyglądu miast, wnętrz mieszkalnych, przedmiotów codziennego użytku, jak i postaw czy sposobu wyrażania myśli i uczuć. Monotonność pogłębiona własną inercją znacznie nasila permanentne uczucie znużenia wywołane nadmiarem informacji. Wzrasta zapotrzebowanie na i n d y w i d u a l n o ś ć. Zapotrzebowanie to — wraz z koniecznością większej ruchliwości przestrzennej — kształtuje n o m a d y c z n y model zachowania człowieka charakteryzujący się brakiem poczucia przynależności do określonych czy lokalnych tradycji i wspólnot w odróżnieniu od modelu tubylczego dominującego w przeszłości. Nomadyczny model zachowania człowieka wiąże się z łatwością zrywania trwałych więzów emocjonalnych pomiędzy małżonkami, przyjaciółmi, rodzeństwem, rodzicami i dziećmi, co nie jest obojętne dla psychiki ludzkiej, ponieważ zmniejsza poczucie bezpieczeństwa.

Pewien d y s k o m f o r t p s y c h i c z n y, któremu towarzy-

szy trwała postawa lękowa, wynika także m.in. z obawy przed jakąś kosmiczną katastrofą, wojną nuklearną, nie dającą się opanować eksplozją demograficzną czy klęską głodu. Nie są to obawy całkowicie bezpodstawne, jak wynika bowiem z przewidywań polityków i uczonych (np. *Raport U-Thanta*, 1969, *Raport Klubu Rzymskiego*, 1972) istnieją ściśle dopuszczalne granice wzrostu pięciu podstawowych elementów decydujących o trwaniu ludzkości jako gatunku: populacja, przemysł, rolnictwo, zapasy surowcowe i zanieczyszczenie środowiska.

Być może wspomniana postawa lękowa i związane z nią napięcie są przyczyną podkreślanej często powszechnej atmosfery „bezinteresownej nieżyczliwości", tak bardzo niekorzystnej dla wszelkich stosunków międzyludzkich. Napięty wewnętrznie, pełen niepowodzenia człowiek reaguje wybuchem irytacji lub agresji na błahe bodźce. Łatwo też dochodzi u niego do pojawienia się i utrwalenia stanów nerwicowych.

Zwykłe życie codzienne we współczesnym świecie stanowi więc samoistne sito selekcyjne. W wyniku tej selekcji jednostki słabsze, zdecydowanie źle przystosowane, osobowości ukształtowane patologicznie popadają w konflikty z innymi ludźmi, a także w konflikty z prawem.

Technika a osobowość żołnierza

Nieporównywalnie surowsza selekcja odbywa się w ramach służby wojskowej. Do XIX w. wymagania stawiane żołnierzowi sprowadzały się do opanowania podstawowych komend, posługiwania się niezbyt skomplikowaną bronią czy formowania określonego szyku. Ponadto wyniki szkolenia były efektem wieloletniej, często dwudziestopięcioletniej służby wojskowej. Obecnie przed 19-letnim żołnierzem zasadniczej służby wojskowej staje zadanie opanowania zasad prowadzenia samochodu, czołgu, operowania urządzeniami radiolokacyjnymi czy obsługi technicznej samolotu w ciągu kilku miesięcy, gdyż w trakcie pozostałych kilkunastu miesięcy służby jest już wykorzystywany jako specjalista. Przeciętny okres szkolenia pilota w warunkach pokojo-

wych trwa około dwóch — trzech lat, przy czym w czasie wojny może on być znacznie skrócony.

Wysoki poziom techniki współczesnych sił zbrojnych stawia przed młodym człowiekiem ogromne wymagania. Dotyczą one w równej mierze intelektu, sfery emocjonalno-popędowej, jak i sprawności fizycznej.

Obciążenie intelektualne, mówiąc najogólniej, to konieczność opanowania w bardzo krótkim czasie ogromnego materiału szkoleniowego, obejmującego różnorakie dziedziny: od techniki począwszy poprzez informacje społeczno-polityczne do wiadomości z zakresu medycyny.

W odniesieniu do wiadomości technicznych służba wojskowa wymaga nie tylko doskonałego opanowania odpowiedniego zasobu wiedzy teoretycznej, lecz także umiejętności praktycznych. Psychologia wojskowa stworzyła tu pojęcie operatora wojskowego, czyli żołnierza wciągniętego w skomplikowany układ człowiek — maszyna.

Żołnierz—operator musi biegle opanować sztukę posługiwania się technicznym urządzeniem wojskowym w każdych warunkach. Określenie „w każdych warunkach" należy rozumieć bardzo szeroko. Działanie to bowiem równie sprawnie musi się odbywać w optymalnych warunkach pokojowych, jak i w sytuacji skrajnego obciążenia psychicznego na polu walki.

Niezależnie od stopnia doskonałości technicznej urządzeń, wiodącą rolę w układzie człowiek—maszyna zawsze będzie spełniał człowiek i od sprawności jego funkcjowania zależeć będzie funkcjonowanie całego układu. Dlatego warunkiem sprostania wymogom, jakie przed człowiekiem stawia współczesna technika, jest prawidłowa struktura jego osobowości.

Można przyjąć, zgodnie ze sformułowaniem Z. Paleskiego, że technizacja życia, z punktu widzenia higieny psychicznej, to „... ilościowy i jakościowy wzrost techniczny elementów życia i pracy człowieka, wpływający na jego psychikę i zmuszający go do wprowadzenia zmian w postępowaniu" [3].

Ze względu na to, że osobowość stanowi wieloczynnikową

[3] Z. Paleski, *Technizacja życia a zdrowie psychiczne*. W: *Postęp techniczny a przeobrażenia społeczne*, Warszawa 1970 (maszynopis WAP).

strukturę dynamiczną, co rzutuje na znaczną zmienność w obrębie samego pojęcia, trudno ustalić wzorzec prawidłowej struktury osobowości. Adekwatne wydaje się tu być określenie Jarosza: „Człowiek o dojrzałej i zwartej osobowości nie działa na ogół pod wpływem chwilowego nastroju, nadarzającej się okazji, wywieranych nań nacisków, lecz działanie jego jest zorganizowane w dążeniu do osiągnięcia celów dlań zasadniczych, przejawiając przy tym charakterystyczne sposoby ich realizacji i względnie trwałe poglądy, co nadaje działaniu cechy ciągłości i stabilizacji oraz piętno indywidualne, różniące ludzi między sobą" [4].

Ze względu na bogactwo cech osobowości i wielką ich różnorodność od dawna próbowano w sposób naukowy przeprowadzić ich klasyfikację. Podawano rozmaite typy osobowości wiążąc je w zależności od punktu widzenia z budową ciała (Hipokrates, Kretschmer, Sigaud i inni), właściwościami układu nerwowego (Pawłow), postawami wobec otaczającego świata (Jung, Horney).

Podejmowane przez różnych badaczy próby podziału i klasyfikacji nie wyczerpały oczywiście zagadnienia. Badania nad osobowością, a w tym także typologią, stanowią bowiem olbrzymią dziedzinę wiedzy. Poszczególni ludzie różnią się od siebie i trudna jest ocena ich wartości osobowych zarówno w stosunkach interpersonalnych, jak i w relacjach człowiek—technika.

W związku z wysokimi wymaganiami intelektualnymi, jakie stawia przed żołnierzami współczesne wojsko, pierwszoplanowego znaczenia nabiera problem selekcji wstępnej, a więc niedopuszczania do szeregów bądź też szybkiego wykluczania z wojska osobników nie w pełni sprawnych intelektualnie. Komisje dla poborowych, w których kompetencji leży przeprowadzenie czynności selekcyjnych, zazwyczaj z braku odpowiedniego zaplecza specjalistycznego, nie dopuszczają do wojska jedynie osobników z ewidentnymi objawami niedorozwoju umysłowego. Ostatnio mimo polepszonego stylu pracy tych komisji, wciąż jednak do szeregów wojska trafiają osobnicy z objawami niedorozwoju. Szczególnie łatwo o pomyłkę w wypadku tzw. debilizmu salonowego. Jest to rodzaj ograniczenia umysłowego przy zacho-

[4] *Encyklopedyczny słownik psychiatryczny*, hasło: *Osobowość*, Warszawa 1972.

wanej swobodzie operowania bogatym słownictwem i łatwością wypowiadania się. W połączeniu z dobrymi manierami, osobnik taki może sprawiać wrażenie inteligentnego. Dopiero kryzysowe sytuacje życiowe ujawniają u niego istotne defekty w myśleniu abstrakcyjnym — niezdolność do syntetycznego ujęcia zagadnienia, analizy i podejmowania optymalnych decyzji.

Deficyt intelektu jest jednym z objawów organicznego uszkodzenia mózgu. Jak wykazują statystyki, współcześnie w ogólnej populacji utrzymuje się mniej więcej stały odsetek (3—5%) osobników zdradzających cechy niedorozwoju umysłowego umiarkowanego i głębokiego (iloraz inteligencji poniżej 52).

Wzrasta natomiast procent niedorozwojów stopnia lekkiego i tzw. pogranicza normy. Wynika to m.in. ze szkodliwego oddziaływania różnych czynników związanych z rozwojem techniki.

Istotne znaczenie ma wspomniane już na wstępie zanieczyszczenie środowiska naturalnego. Pojęcie to należy rozumieć bardzo szeroko. Rozwój techniki pociągnął za sobą wzrost zawartości substancji toksycznych w wodach, powietrzu i glebie. O zasięgu zjawiska świadczy np. fakt wykrycia DDT w wątrobie pingwinów w okolicach podbiegunowych. Środek ten, uznany za szkodliwy dla zdrowia, został wycofany z użytku. Wody przybrzeżne Japonii zawierają związki rtęci w ilości wielokrotnie przekraczającej dopuszczalny poziom, co uniemożliwia spożywanie złowionych tam ryb.

W wielkich metropoliach stężenie szkodliwych substancji w powietrzu zmusza policjantów kierujących ruchem ulicznym do pracy w maskach ochronnych. Środki ochrony roślin przedostają się do większości spożywanych przez nas pokarmów.

Rozwój i umasowienie środków komunikacji, spotęgowanie ich szybkości, tempo urbanizacji, a w ślad za tym większa częstotliwość podróżowania, także wzrost mechanizacji — powodują zwiększoną urazowość, zwłaszcza ośrodkowego układu nerwowego.

Zwróćmy raz jeszcze uwagę na uboczne skutki postępu medycyny. I tak np. niższa śmiertelność niemowląt powoduje zwiększenie w społeczeństwie liczby osobników mniej sprawnych, najczęściej w wyniku organicznego uszkodzenia tkanki mózgo-

wej, co manifestuje się m.in. deficytem intelektu oraz upośledzeniem rozwoju emocjonalnego. Pobieranie leków, często ratujących życie, przez kobiety w ciąży może mieć oddziaływanie teratogenne (powodujące wady rozwojowe płodu w łonie matki). Znane są ogólnie losy leku o nazwie Thalidomid, którego stosowanie przez kobiety ciężarne w krajach zachodnich spowodowało przyjście na świat wielu dzieci kalekich. Oddziaływanie teratogenne mają liczne spośród powszechnie stosowanych leków, m.in. niektóre antybiotyki. Używanie ich przez kobiety w okresie ciąży powinno być ściśle kontrolowane.

Wspomnieć tutaj także należy o wpływie alkoholu. Powszechnie wiadomo, że alkoholizm rodziców może być przyczyną trwałego upośledzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego u potomstwa.

Omówiliśmy niektóre tylko przyczyny powstawania organicznego uszkodzenia mózgu, co zaś do jego skutków — może ono powodować, poza wspomnianym już niedorozwojem umysłowym, także zaburzenia charakteru, utrudniające poprawne funkcjonowanie osobnika w środowisku. Mamy wtedy do czynienia z encefalopatią z zaburzeniami charakteru.

Zaburzenia sfery popędowo-emocjonalnej mogą być także rezultatem niekorzystnych wpływów środowiska na nie ukształtowaną jeszcze osobowość (socjopatia) bądź też wynikają z nie znanych dotąd medycynie przyczyn, jak to bywa w przypadku psychopatii.

Zdarza się niekiedy, że człowiek zachowuje się nietypowo, odmiennie od utartych norm, zaskakująco dla innych, choć nie przejawia wspomnianych ewidentnych zaburzeń charakteru. Pomiędzy normą psychiczną a patologią istnieje cała gama stanów pośrednich, których klasyfikacja jest niełatwa.

Nie będziemy tu szczegółowo rozpatrywać problematyki selekcji, gdyż jest ona tematem osobnego rozdziału. Wspomnimy jedynie, że najprostszym rozwiązaniem byłoby zastosowanie ostrych kryteriów selekcji negatywnej, a więc niedopuszczanie bądź wykluczanie z szeregów wojska ludzi o minimalnych nawet odstępstwach od normy. Aktualny niż demograficzny, a także znaczny procent osobników niepełnowartościowych w populacji uniemoż-

liwiają nam jednak podejmowanie tego typu działań. Z konieczności musimy więc stosować niepełną selekcję negatywną odrzucając jednostki zdecydowanie patologiczne, w stosunku do pozostałych natomiast stosujemy kryteria selekcji pozytywnej.

Selekcja pozytywna obejmuje zarówno właściwe wykorzystanie odpowiednich cech charakteru i predyspozycji intelektualnych osobnika w pełni sprawnego psychicznie, jak również przystosowanie do służby wojskowej osobników z minimalnymi defektami psychicznymi.

Zagadnienie to we współczesnej armii nabiera coraz większego znaczenia wiążącego się z szerokim wkroczeniem techniki do wojska. Postępy nauki w dziedzinie energii jądrowej, elektroniki, cybernetyki, automatyki, laserów czy holografii stawiają żołnierzom nowe wymagania, dotyczące zarówno umiejętności posługiwania się nowymi urządzeniami technicznymi, jak i zabezpieczenia się przed ich szkodliwym oddziaływaniem. Nabywanie nowych doświadczeń musi się odbywać w tempie dostosowanym do tempa rozwoju techniki.

Żołnierz wraz z urządzeniem technicznym, którym się posługuje, stanowi układ człowiek—maszyna. Urządzeniami technicznymi stosowanymi w wojsku mogą być: urządzenia radiolokacyjne, kuter torpedowy, atomowy okręt podwodny, jak również samochód, czołg, transporter opancerzony, działo itp. Należą do nich także urządzenia prostsze, jak dalmierz, ckm, dozymetr. Każdego żołnierza posługującego się którymkolwiek z podobnych urządzeń nazywamy operatorem wojskowym. Operator może działać samodzielnie, z całkowitą odpowiedzialnością za obsługiwane urządzenie. Najczęściej jednak sprawność i niezawodność funkcjonowania urządzenia uwarunkowana jest współdziałaniem różnych grup operatorów, często wykonujących swe zadania w znacznej odległości od siebie. Dla przykładu, myśliwiec odrzutowy obsługiwany jest zasadniczo przez jednego operatora, którym jest pilot. Jednakże jego funkcjonowanie uzależnione jest m.in. od sieci urządzeń radiolokacyjnych, skomplikowanego systemu zaopatrzenia, obsługi technicznej samolotu i lotniska, a także pracy służby zdrowia.

Poszczególne grupy operatorów w wymienionym przykładzie

tworzą system zależności łańcuchowej i — podobnie jak w każdym łańcuchu — wytrzymałość jego uzależniona jest od wytrzymałości poszczególnych ogniw. Jeśli którekolwiek ogniwo zawiedzie, całość nie będzie mogła prawidłowo wykonać określonego zadania bojowego.

W układzie człowiek—maszyna obydwa współdziałające elementy (a więc z jednej strony operator, z drugiej urządzenie techniczne) mają odmienne cechy. Znakomicie ilustruje tę odmienność zestawienie porównawcze cech człowieka i maszyny według P. M. Fittza [5].

W czym człowiek przewyższa maszynę:

człowiek	maszyna
1) potrafi się właściwie zachować w wypadku zdarzeń nieoczekiwanych;	1) ma ograniczone programowanie, stąd nie da się stosować do wszelkich możliwych zdarzeń;
2) ma duży zakres percepcji — potrafi nawet na podstawie fragmentarycznych informacji ustalić ich znaczenie i dać na nie odpowiedź;	2) ma bardzo ograniczony zakres percepcji, programowanie jest skomplikowane ze względu na różne sposoby łączenia ze sobą elementów sytuacji;
3) potrafi w różny sposób wykonać tę samą operację, co ma znaczenie, gdy jakaś część układu przestanie funkcjonować;	3) ma ograniczoną liczbę wykonania wariantów operacji, toteż gdy część maszyny ulegnie uszkodzeniu, trzeba zwykle maszynę unieruchomić;
4) ma dużą elastyczność w wykonywaniu pracy, łatwo i szybko zmienia program operacji; możliwa jest duża liczba programów.	4) zmiana programów wymaga kosztownych inwestycji i nie jest zbyt łatwa.

[5] P.M. Fittz, *Human Engineering for Effective Air-Navigation and Traffic Central System*, Waszyngton 1951.

W czym maszyna przewyższa człowieka:

człowiek	maszyna
1) pojemność jego „kanału informacji" jest ograniczona — istnieje górna granica liczby informacji w jednostce czasu, którą potrafi przekazać;	1) pojemność jej „kanału informacji" jest prawie nieograniczona;
2) wydajność jego pracy z czasem maleje — wskutek zmęczenia, osłabienia uwagi itp.;	2) wydajność jej pracy maleje dopiero po bardzo długim okresie;
3) dokonuje obliczeń raczej powolnie i z dużą możliwością popełniania błędów.	3) obliczenia dokonuje szybko i bezbłędnie.

Urządzenia techniczne zmniejszają więc wysiłek fizyczny człowieka, ułatwiają percepcję oraz przyśpieszają obieg informacji i podjęcie decyzji.

Operator korzysta z urządzeń sygnalizacyjnych, odczytuje wskazania i za pomocą urządzeń sterujących (regulacyjnych) doprowadza maszynę do prawidłowego funkcjonowania. Prawidłowa jakość pracy maszyny jest z kolei odbierana przez człowieka za pośrednictwem odpowiednich sygnałów.

O takim układzie, w którym istnieją wzajemne powiązania i możliwość regulacji, mówimy, że ma właściwości sprzężenia zwrotnego. W układzie tym błąd czy niedokładność funkcjonowania każdego z elementów pociąga za sobą błąd w pracy całego układu. Sprawność i niezawodność układu zależą od:

1) struktury osobowości, wiedzy specjalistycznej, doświadczenia oraz aktualnego stanu fizycznego i psychicznego operatora;

2) statystycznych i dynamicznych właściwości maszyny;

3) warunków zewnętrznych, w jakich działa układ.

O strukturze osobowości zarówno prawidłowej, jak i wskazującej określone odstępstwa, a także zdecydowaną patologię, mówiliśmy w pierwszej części rozdziału. Obecnie warto się zastanowić

nad wykorzystaniem wiedzy z zakresu osobowości w warunkach służby wojskowej.

Generalnym założeniem powinno być odpowiednie wykorzystanie cech osobowości na określonym stanowisku. Dla przykładu: schizotymik [6] czuje się doskonale w samotności, z dala od życia w kolektywie. Te naturalne cechy wykorzystać można na wielu stanowiskach, które odznaczają się tego typu wymaganiami. Będą to np. ciemnia fotograficzna, laboratorium, magazyn czy oddalona placówka, w której wykonywane zadania są samodzielne i nie wymagają częstych kontaktów z innymi ludźmi. Osobnika wiskozyjnego [7] charakteryzuje sumienność, dokładność, drobiazgowość, precyzja, pedanteria i cierpliwość. Może być więc wykorzystany w pracach wymagających powyższych cech, a więc przy technicznej obsłudze samolotów, urządzeń elektronicznych, w pracach pomiarowych czy prowadzeniu dokumentacji itp.

Pamiętać należy, że osobników z anomaliami psychiki wykorzystać można jednak tylko w ograniczonym zakresie, gdyż w niekorzystnych warunkach mogą wystąpić u nich objawy dekompensacji. Tego typu objawy w życiu cywilnym mogą pozostawać niezauważalne, ale w warunkach służby wojskowej ujawniają się wyraziście. Bywają one przyczyną niewykonywania bądź nieprawidłowego wykonywania zadań, a także naruszania dyscypliny wojskowej. Jak wykazują statystyki, większość przestępstw, zwłaszcza typowych dla służby wojskowej, jak: samowolne oddalenie się, dezercje, niewykonywanie rozkazów, samouszkodzenia, a także próby samobójcze, powodują osobnicy z anomaliami psychiki.

Szczególne zagrożenie stanowić mogą tacy osobnicy w układach człowiek—maszyna. Na przykład niedorozwinięci umysłowo — po pierwsze nie potrafią przyswoić sobie zasad działania i obsługi określonych urządzeń technicznych, po drugie — z powodu niskiej sprawności umysłowej i obniżonego krytycyzmu,

---

[6] Osobnik izolujący, zamknięty w sobie, oschły w stosunku do otoczenia.

[7] *Viscositas cogitationis* (łac.) — lepkość myślenia. Zaburzenia polegające na znacznym wydłużeniu toku wypowiedzi i niemożności zmiany tematu na skutek obecności drobiazgowych opisów pomocniczych i uzupełnień dotyczących podstawowych pojęć wypowiedzi.

nie potrafią prawidłowo przewidzieć skutków określonych czynności, po trzecie — nie potrafią podjąć w konkretnej sytuacji właściwej decyzji. Pozostawienie żołnierza z defektem intelektu przy współdziałaniu z maszyną może spowodować skutki trudne do przewidzenia. Mogą one dotyczyć samego żołnierza—operatora lub innych osób (spowodowanie kalectwa lub śmierci), mogą się także wyrazić w postaci znacznych strat materialnych. Zbliżone rezultaty spowodować może postępowanie osobnika przejawiającego cechy zaburzeń charakteru. Pomimo sprawnego najczęściej intelektu, osobnik taki może ulegać prymitywnym popędom, ujawnia nie kontrolowane reakcje emocjonalne, nie potrafi korygować własnego postępowania, często demonstruje postawy agresywne i aspołeczne. Ten typ zachowania dyskwalifikuje w zasadzie psychopatę na stanowisko żołnierza—operatora.

Zdarza się jednak, że nawet człowiek inteligentny o prawidłowo ukształtowanej i zintegrowanej osobowości popełnia błąd, powodujący w konsekwencji wypadek. Błąd ten może powstać:

a) w procesie percepcji (złe odczytanie wskaźników, nadmiar informacji);

b) w toku wypracowania decyzji (brak pewnych danych, niewłaściwa analiza, niedocenianie lub przecenianie faktów);

c) w działaniu (nieprawidłowe sterowanie, odwrócenie uwagi).

Możliwość popełnienia błędu wzrasta wprost proporcjonalnie do braków teoretycznej wiedzy specjalistycznej, a także braku doświadczenia praktycznego w danej dziedzinie.

Utrudnienie percepcji i działania może wyniknąć także z przemęczenia, niedożywienia czy okresowo mniejszej wydolności psychicznej. Według niektórych naukowców obniżenie i wzrost wydolności psychicznej następuje cyklicznie — zgodnie z tzw. rytmami biologicznymi. Wyróżniono trzy rodzaje rytmów: intelektualny (33 dni), emocjonalny (28 dni) i fizyczny (23 dni). Mniej więcej w połowie każdego cyklu, przy przejściu z okresu sprawności wyższej do okresu sprawności niższej, występuje kilka dni określonych jako krytyczne. Jak wykazały badania przeprowadzone wśród kierowców, 90% wypadków drogowych przypada właśnie na owe dni krytyczne.

Poza wspomnianymi cyklami operator może znajdować się w

obniżonym lub dysforycznym nastroju, np. wskutek otrzymania przykrej wiadomości z domu, konfliktu z dowódcą, bólu głowy bądź innych tego typu stresorów. Z kolei wypicie kieliszka wódki czy zażycie określonego preparatu farmakologicznego („pigułki szczęścia") na krótko przed podjęciem pracy spowodować może euforię, obniżenie krytycyzmu, przedłużenie czasu reakcji.

We wszystkich opisanych wypadkach najlepszym rozwiązaniem jest czasowe wyłączenie operatora z pracy, co powoduje konieczność posiadania rezerw ludzkich.

Generalna technizacja, a ściślej automatyzacja i cybernetyzacja współczesnej armii powodują — obok omówionego czynnika ludzkiego — sukcesywny wzrost znaczenia czynnika technicznego w układzie człowiek-maszyna. Każdy rodzaj działań można przeprowadzić przy użyciu szerokiego arsenału urządzeń technicznych. I tak np. informacje o ruchach nieprzyjaciela uzyskać można za pomocą danych dostarczonych przez: radiostacje radiolokacyjne, urządzenia foto- i telemetryczne, urządzenia noktowizyjne, stacje telewizyjne, urządzenia akustyczne, stacje sejsmiczne. Coraz częstsze zastosowanie znajdują w wojsku maszyny matematyczne.

Maszyny matematyczne można użyć np., po odpowiednim zaprogramowaniu, do obliczenia najkorzystniejszego wariantu planu transportu wojskowego, ustalając ściśle:

1) wielkość zaopatrzenia i terminy dostaw;

2) liczbę i rodzaj środków transportowych;

3) sieć dróg (rodzaj, odległość, dopuszczalne ciężary pojazdów, prędkości);

4) dodatkowe zastrzeżenia, np. zakaz ruchu transporterów w dzień, pierwszeństwo kolumn itp.

Stopień skomplikowania urządzeń technicznych, precyzyjność systemów sterowania i urządzeń sygnalizacyjnych, zabezpieczenie części wymiennych — określają w zasadzie właściwości statyczne maszyny, podczas gdy tempo i jakość pracy operatora wynikają z dynamicznych właściwości maszyny, a więc z jej walorów eksploatacyjnych:

Badaniom korelacji pomiędzy właściwościami statystycznymi i dynamicznymi maszyny z funkcjonowaniem operatora zajmuje się stosunkowo młoda gałąź wiedzy, zwana ergonomią. Och-

roną sfery psychicznej człowieka w obcowaniu z techniką zajmuje się autyfronika. Dąży ona do zmniejszania obiektywnych i subiektywnych stresów, na jakie narażony jest cywilizowany człowiek, specjalizuje się w badaniu i rozwijaniu przesłanek koniecznych do zachowania przez niego ludzkich uczuć i stanów psychicznych.

Ergonomia zajmuje się „...badaniem środowiska pracy maszyn i urządzeń technicznych dla zapewnienia pracownikowi optymalnych warunków wykonywanej pracy z punktu widzenia fizjologii i higieny pracy, psychologii, antropologii, ekonomiki i organizacji pracy oraz techniki [8]". Analizuje więc warunki zewnętrzne, w jakich działa układ człowiek—maszyna.

Są to warunki fizyczne (temperatura, wilgotność, zawartość tlenu, ciśnienie atmosferyczne, hałas, drgania, promieniowanie elektromagnetyczne, oświetlenie, barwy, odpowiednie stosunki przestrzenne), chemiczne (obecność trucizn przemysłowych) i organizacyjne (określony rytm i tempo pracy). Klasyfikacja tych warunków nie jest zbyt ścisła, np. odpowiednie barwy i stosunki przestrzenne, hałas, drgania dotyczyć mogą zarówno warunków zewnętrznych, jak i cech statycznych oraz dynamicznych maszyny.

Przy projektowaniu urządzeń technicznych, a także przy organizowaniu stanowisk pracy we współczesnej armii uwzględniane są zasady ergonomii. Zwraca się uwagę na ograniczoną liczbę bodźców, które zróżnicować można za pomocą wzroku czy słuchu. Wiadomo, że ciemne elementy i ciemne cele są lepiej zróżnicowane z małej odległości, że rozmiaru kątowego wykrywalnej plamki świetlnej przy określonej odległości obserwacji nie można zmniejszyć poniżej pewnego minimum, a maksymalnej koncentracji psychicznej nie można osiągnąć, gdy natężenie hałasu przekracza 50 dB.

Ustalono również pory dnia (9.00—11.00 i 17.00—19.00), kiedy sprawność psychiczna człowieka osiąga swoje apogeum; znane są okresy wydajnej pracy operatorów na określonych stanowiskach.

Trudno jest jednak w wojsku zapewnić wykonanie zadania

[8] K. Galubińska, *Postęp cywilizacji a obciążenia psychiczne człowieka*, Warszawa 1974.

w warunkach pasa komfortu [9]. Niejednokrotnie powstaje konieczność pracy w warunkach trudnych i uciążliwych, w nadmiernym hałasie, przy nadmiarze bodźców i informacji, w wielkim pośpiechu, w stałym zagrożeniu, bez możliwości wypoczynku — a więc w atmosferze dalekiej od zasad higieny psychicznej. Człowiek wykorzystywać musi wtedy w szerszym zakresie własne zdolności adaptacyjne oraz możliwości rekreacji.

Stosunki międzyludzkie we współczesnej armii

Zgodnie z teorią kryzysu uważa się, że człowiek w warunkach szczególnie trudnych może uruchamiać mechanizmy ułatwiające mu przejście na wyższy poziom integracji własnej osobowości. Może się także zdarzyć, że w sytuacji takiej wystąpią przejawy trwałej dezintegracji. W trakcie szkolenia żołnierzy nasila się celowo skalę trudności, stawiając im coraz wyższe wymagania. Wziąwszy pod uwagę poprzednio przeprowadzoną selekcję negatywną i pozytywną, a także systematyczne, właściwe oddziaływanie psychagogiczne w większości wypadków uzyskuje się pożądany efekt integracyjny.

Używaliśmy już terminu integracja w indywidualnym aspekcie osobowościowym. Operator działa jednak nie sam — funkcjonowanie jego nie ogranicza się do relacji człowiek—maszyna. Jest on członkiem kolektywu, w którym istnieją rozliczne powiązania typu zależności poziomej i pionowej, decydujące o integracji społecznej.

Ośrodkiem takiej integracji w oddziałach i pododdziałach są dowódcy i sztaby, aparat partyjno-polityczny, organizacje partyjne i młodzieżowe oraz autorytatywni przywódcy nieformalni. Optymalne warunki integracji zapewnione są wtedy, kiedy wszystkie te ośrodki dobrze ze sobą współdziałają. Oczywiście jeden z nich powinien odgrywać rolę decydującą i koordynującą; takim właśnie ośrodkiem jest dowódca. W specyficznym układzie, jaki stanowi służba wojskowa, gdzie istnieje ścisła i jednoznacznie

[9] Są to odpowiednie parametry dotyczące temperatury, wilgotności, ruchu powietrza, ciśnienia atmosferycznego itd., które umożliwiają optymalne funkcjonowanie człowieka bądź są zgodne z zasadami higieny psychicznej.

określona hierarchia, szczególną rolę odgrywa osobowość dowódcy.

Mianem d o w ó d c y określamy osobnika, który „...naznaczony jest na stanowisko kierownika zorganizowanej grupy społecznej, w stosunku do której ma specjalne uprawnienia [10]". W odróżnieniu od dowódcy, p r z y w ó d c a z wyboru lub spontanicznie zostaje kierownikiem grupy na podstawie uznawanych przez członków grupy cech osobowych.

W oddziale lub pododdziale wojskowym — podobnie jak we wszystkich innych grupach społecznych — działanie grupy podporządkowane jest dwu nurtom. Jeden z nich — to nurt oficjalny, ujęty w ramy regulaminów i przepisów — związany jest z osobą dowódcy. Drugi, nieoficjalny związany jest z osobami przywódców. Często w nurtach tych zaobserwować można tendencje sprzeczne. Za najkorzystniejszą można uznać sytuację, kiedy dowódca łączy w swej osobie cechy przywódcy i tym samym jest spontanicznie akceptowany przez członków grupy. W przeciwnym wypadku dowódca powinien rozpoznać istotną sytuację w pododdziale, zidentyfikować przywódców, ich cele i metody działania oraz w odpowiedni sposób oddziaływać również na tzw. drugi nurt, aby „narzucone" zadania i cele zostały przez poszczególnych żołnierzy przyjęte za własne, osobiste, godne najwyższej aktywności.

W ten sposób dowódca może najefektywniej wpłynąć na dyscyplinę wśród podwładnych. „Dyscyplina wojskowa jest to ścisłe przestrzeganie przez wszystkich żołnierzy porządku i zasad określonych w przepisach prawa, regulaminach i innych przepisach wojskowych oraz rozkazów i zarządzeń przełożonych" — głosi *Regulamin dyscyplinarny Sił Zbrojnych PRL*. Tradycyjnie dyscyplinę wojskową traktowano jako narzuconą odgórnie i wiązano ją z elementami przymusu. Była to tzw. dyscyplina pruska, u której podstaw leżało ślepe posłuszeństwo i strach przed karą. Każdy przymus, jak wiemy, budzi sprzeciw. W armii typu demokratycznego dyscyplina wojskowa opiera się głównie na elementach świadomości.

D y s c y p l i n a ś w i a d o m a polega na akceptacji koniecz-

[10] J. C e n d r o w s k i, Z. P a l e s k i, S. S w e b o c k i, *Wykłady z psychologii wojskowej*, Warszawa 1973 (maszynopis WAP).

ności podporządkowania się nakazom i rygorom, z pozostawieniem tam, gdzie to jest możliwe i konieczne — miejsca na własną inicjatywę, pomysłowość i przedsiębiorczość. Szczególnie ważna jest rola tej akceptacji w relacjach człowiek—maszyna, kiedy nie ma możliwości stałego kontrolowania żołnierza, a od jakości jego pracy zależy wykonanie skomplikowanego zadania. Pogodzenie formalnych wymogów z obsługą skomplikowanego sprzętu technicznego jest trudne. W określonych okolicznościach zasada hierarchii wojskowej nie powinna utrudniać współpartnerstwa, bez zakłócenia jednak stosunku zależności przełożony — podwładny. Ważną rolę odgrywa tu elastyczność w postępowaniu dowódcy. Bywa bowiem i tak, że człowiek o wielkich zaletach umysłu i charakteru może zdziałać wiele złego w wyniku schematyzmu i sztywności postępowania.

Sformalizowana struktura wojskowa i wysoki stopień technizacji armii znacznie obciążają psychikę żołnierza. Bezwzględne podporządkowanie się rozkazowi, niemożność pełnego odreagowania negatywnych emocji i działanie w warunkach znacznego poczucia odpowiedzialności stwarzają permanentny stan napięcia psychicznego. Elementy te w powiązaniu z naturalną „agresywnością" wojska mogą stwarzać dogodne warunki do ujawniania się wszelkich negatywnych zjawisk, a w szczególności znajdujących wyraz w konfliktach interpersonalnych. Społeczność konfliktowa, gdzie drobny bodziec może spowodować ekspansywne wyładowania, gdzie wszyscy przejawiają wzajemne pretensje — nie może żołnierzowi—operatorowi zapewnić optymalnych warunków funkcjonowania. Aby zredukować do minimum możliwość występowania konfliktów, należy dążyć do zachowania poprawnych stosunków międzyludzkich, do świadomego kształtowania pozytywnych więzi emocjonalnych w oddziale i pododdziale.

Istotną rolę w tym procesie odgrywa jasne precyzowanie celów i zadań zarówno w aspekcie ideologicznym, jak i fachowym, systematyczne szkolenie kadry w dziedzinie organizacji pracy i wypoczynku oraz podstaw psychologii społecznej.

Proces kształtowania dyscypliny oprzeć należy głównie na systemie bodźców pozytywnych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na

korzystną rolę kolektywu. Nie można oczywiście pomijać roli warunków socjalnych i bytowych, a także zabezpieczenia wysokiego standardu zdrowia fizycznego.

Pomimo dążenia do zapewnienia optymalnych warunków funkcjonowania społeczności wojskowej, nie sposób uniknąć pewnych napięć psychicznych. Rozładowanie ich w ramach służby wojskowej nie jest sprawą łatwą. Umożliwić bowiem trzeba takie sposoby odreagowania, które nie będą kolidowały z wymogami dyscypliny wojskowej. Wymienić tu można zarówno szeroko pojęte współzawodnictwo, jak i wszelkie formy czynnego wypoczynku; zajęcia sportowo-rekreacyjne, pracę w kołach zainteresowań czy różnorodne kontakty towarzyskie.

Powyższe rozważania dotyczą funkcjonowania układu człowiek—technika zarówno w czasie pokoju, jak i wojny.

*

* *

Postęp techniczny zmienia w sposób zasadniczy współczesne pole walki, a więc i relacje człowiek—technika. Wiąże się to zarówno z wprowadzaniem nowych rodzajów broni, jak i rozszerzeniem pojęcia pola walki. Krytyczna i obiektywna ocena tej sytuacji wymaga zwrócenia znacznie większej uwagi niż dotychczas na psychologiczne przygotowanie do walki w nowych warunkach — zarówno kadry, jak i pozostałych żołnierzy.

ANNA KUZITOWICZ-PABICH

Rozdział III

WSPÓŁCZESNA RODZINA A WOJSKO

Przemiany rodziny w świecie i w Polsce. — Znaczenie nawyków wyniesionych z rodziny przez młodzież dla adaptacji w życiu wojskowym. — Rodzina wojskowa i jej problemy. — Wpływ życia rodzinnego na sprawność służbową żołnierza zawodowego.

Przemiany rodziny w świecie i w Polsce

Rodzina, jej rola i funkcja w życiu człowieka staje się przedmiotem uwagi i analiz wielu dyscyplin naukowych, m.in. pedagogiki, socjologii, psychologii, psychiatrii, demografii itp. Zainteresowanie to wynika bezpośrednio ze zmian, jakim podlega rodzina. Na jej przemiany mają olbrzymi wpływ czynniki związane z rozwojem współczesnej cywilizacji, tj. urbanizacja, uprzemysłowienie, rozwój techniki, oświaty, wzrost potrzeb i aspiracji życiowych ludności, prace zawodowe kobiet itp. Zmiany warunków społeczno-ekonomicznych pociągają za sobą zmiany w treści życia rodzinnego, w strukturze wewnętrznej i funkcjach, jakie rodzina ma do spełnienia.

Dające się zauważyć przejawy patologii życia społecznego pod postacią przestępczości, pasożytnictwa społecznego, narkomanii, alkoholizmu, samobójstw, a także piętrzące się trudności wychowawcze, brak przystosowania i dojrzałości społecznej młodego pokolenia, każą zwrócić szczególną uwagę na współczesną rodzinę i jej funkcję.

„Rodzina (w ujęciu socjologicznym) to grupa złożona z osób połączonych stosunkiem małżeństwa i stosunkiem rodzice—dzieci"[1].

Rodzina występowała we wszystkich typach społeczeństwa; jej kształt, zadania i rola zmieniały się jednak na przestrzeni wieków. Wraz z przemianami społeczno-politycznymi i kulturowymi rozwijała się i przekształcała. Zmieniały się również jej funkcje. Jedne nabierały większego znaczenia, inne ulegały wyraźnemu zawężeniu. Niezależnie od tego rodzina spełniała jednak pewne funkcje stałe, tj.: utrzymywała ciągłość biologiczną i kulturową, nadawała pozycję społeczną swojemu potomstwu, zaspokajała potrzeby emocjonalne, sprawowała kontrolę społeczną nad młodym pokoleniem.

Nie wnikając w szczegółowe rozważania (problemy te interesują socjologów) należy zwrócić uwagę na dwie bardzo aktualne i dominujące funkcje współczesnej rodziny.

Pierwsza z nich to funkcja „socjalizacyjna" (społeczno-wychowawcza), druga to przestrzeganie zasad (reguł) stosowanej higieny psychicznej, w których stopień udziału mierzony jest poziomem integracji i sprawności funkcjonowania struktury psychicznej, poziomem dojrzałości struktury osobowości.

Niestety, większość rodziców nie w pełni zdaje sobie sprawę z obowiązku przestrzegania realizacji tej drugiej funkcji, a czasem rodzice są jej zupełnie nieświadomi lub czynią to w sposób nieporadny albo całkowicie błędny. Dlatego pragnę zwrócić uwagę na parę istotnych momentów, które, być może, w jakimś stopniu zasygnalizują rodzinom wojskowym jak bardzo ważne jest w codziennym życiu rodzinnym przestrzeganie zasad higieny psychicznej.

Rodzina jest pierwszą instytucją, która wprowadza młode pokolenie w życie społeczne. To ona uczy, jak postępować, przekazuje zwyczaje i obyczaje środowiska, wprowadza w zawiły system norm moralno-etycznych, kontroluje zachowanie swojego potomstwa.

---

[1] J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa 1965.

Rodzina uspołecznia i wychowuje nie tylko swoje dzieci, ale również oddziaływa na współmałżonków. Funkcja realizowania zasad higieny psychicznej w rodzinie, to głównie zaspokojenie potrzeb psychicznych jej członków w kwestii poczucia bezpieczeństwa, stabilizacji, uznania, zrozumienia, prawidłowej atmosfery uczuciowej, równowagi emocjonalnej, kształtowania systemu wartości życiowych, słowem stworzenie optymalnych warunków do prawidłowego rozwoju i ukształtowania dojrzałej osobowości. Wychowanie młodego pokolenia wymaga przede wszystkim dojrzałej atmosfery emocjonalnej, która rozwijać się może właściwie jedynie w rodzinie. Z tego względu harmonijne współżycie, kontakty emocjonalne, kształtowanie wysokiego poczucia odpowiedzialności za rodzinę, wspólne ponoszenie trudów w realizacji celów i zadań związanych z jej działalnością życiową, jej miejscem w społeczeństwie, są w zasadzie podstawą kształtowania się właściwego procesu wychowania. Rodzina dzięki wypełnianiu tej funkcji ma duży wpływ przede wszystkim na ukształtowanie się, w strukturze osobowości, dojrzałej sfery emocjonalno-motywacyjnej oraz odporności psychicznej, co w podstawowym stopniu przyczynia się do wytwarzania wysokiego poziomu zdrowia psychicznego.

Z badań socjologicznych i psychospołecznych wynika, że rodzina polska zawiązuje się najczęściej poniżej 25 roku życia kobiet i mężczyzn. Młodzi małżonkowie z reguły mają już kwalifikacje zawodowe i pierwszy start zawodowy za sobą. Głównym motywem zawierania przez młodych związku małżeńskiego jest uczucie miłości, pragnienie posiadania bliskiej osoby, przy jednoczesnym uwzględnieniu pełnego kontaktu intelektualnego i wspólnoty zainteresowań partnera.

Charakterystyczną cechą współczesnej rodziny jest znaczne zmniejszenie się jej stanu osobowego. Rodziny wielodzietne są już coraz rzadziej spotykane nawet w tych środowiskach, które do niedawna wykazywały największe tendencje rozwojowe. Niewątpliwy wpływ na ten stan rzeczy ma prowadzona od wielu lat akcja uświadamiania młodzieży, szeroka propaganda zasad świadomego macierzyństwa i regulacji urodzin. Mniejsza liczba

potomstwa stwarza warunki nie tylko lepszego zagwarantowania bytu, ale przede wszystkim pozwala na pełniejsze i wnikliwsze zaangażowanie się rodziców w pracę wychowawczą. Z teoretycznego punktu widzenia założenia takie wydają się być w pełni uzasadnione. Niemniej jednak praktycznie ulegają one pewnym modyfikacjom. Spośród wielu form tej modyfikacji jedna jest szczególnie niekorzystna, a nawet niezgodna z interesami ogólnie pojętego dobrego wychowania społecznego, ponieważ niezgodna jest z zasadami higieny psychicznej dotyczącymi kształtowania adekwatnej dla współczesności dojrzałości psychicznej młodego pokolenia. Dotyczy ona znacznej liczby rodzin mających jedno, dwoje lub troje dzieci, kiedy matka musi pracować. Gdyby nie pracowała — mogłaby więcej czasu poświęcić wychowaniu dzieci. W rzeczywistości jednak matki w wielu takich rodzinach podejmują pracę zawodową czy to z chęci szybszego „dorobienia się" czy w myśl hasła równouprawnienia kobiet i realizowania zasady (często pojmowanej w sposób uproszczony), że kobieta powinna pracować. Korzyści materialne i blaski, jakie niesie sytuacja pracującej kobiety (niekiedy wątpliwe), powodują, że sprawy wychowania dzieci przechodzą na dalszy plan, stają się mało popularne. Matka podejmując pracę zawodową ma wyraźnie ograniczony czas na wychowanie dzieci, zwłaszcza kiedy praca ma charakter absorbujący zarówno w sensie profesjonalnym (praca na 3 zmiany), jak i społecznym. Rodzice wychodzą wtedy z założenia, że sprawy wychowania dzieci jakoś się ułożą lub że w znacznym stopniu załatwią to żłobki, przedszkola czy szkoła, a dobrobyt osiągnięty z racji pracy zawodowej matki zostanie doceniony przez dzieci, które staną się wówczas podatniejsze na oddziaływanie wychowawcze. Są to „miraże" wychowawcze, przynoszące wiele zła z punktu widzenia higieny psychicznej. Na przykład szybkie „dorabianie się" kształtuje w rodzinie nastawienie konsumpcyjne, a u poszczególnych jej członków postawy egoistyczne. Nie ma wtedy miejsca i czasu na wychowanie w aspekcie wyższej uczciwości społecznej, na ukształtowanie się dojrzałości emocjonalnej i dojrzałej postawy życiowej. Wiadomo bowiem, że nawet najdoskonalej zorganizowane formy wychowawcze w żłobkach i przedszkolach nie zapewniają w

pełni potrzeb kontaktu emocjonalnego. Oczywiście uwagi te nie odnoszą się do rodzin, gdzie matka jest jedynym żywicielem (dotyczy to w większym stopniu rodzin cywilnych). Moment podjęcia pracy z konieczności musi przesłonić sprawę trudności wychowawczych z dziećmi. Wówczas ze wszech miar wskazana jest pomoc instytucji społeczno-wychowawczych. Instytucje te powinny doskonalić swoje metody, by braki wynikające z takich sytuacji rodzinnych mogły być właściwie uzupełniane. Jak dotychczas liczba takich ośrodków lub instytucji w naszym kraju jest wciąż jeszcze znikoma, nie są one w pełni przygotowane do pełnienia powyższych funkcji. Przede wszystkim brakuje im poradnictwa w zakresie higieny psychicznej lub pomocy wychowawczej, przeznaczonej wyłącznie dla rodziców. W wojsku w pewnym stopniu uzupełniają tę lukę garnizonowe poradnie higieny psychicznej.

Jest także część rodzin wojskowych, w których matki nie podejmują pracy (choćby miały wyuczone intratne zawody), ponieważ nie ma w danym garnizonie możliwości ich zatrudnienia. Wtedy sytuacja pod względem możliwości doskonalenia procesu wychowywania dzieci jest o wiele lepsza — matki mają więcej czasu na wychowanie dzieci. Część jednak matek mimo wysiłków nie odnosi powodzenia w pracy wychowawczej z wielu względów. Wtedy powinny znaleźć możliwości konsultacji tak w zakresie samodoskonalenia się, jak i trudności wychowawczych.

Naczelne instytucje wychowawcze wojska starają się sprostać temu zapotrzebowaniu, ale wydaje się, że pomoc specjalistyczna w wychowywaniu dzieci powinna mieć charakter stały i bardziej pogłębiony, oparty na wypracowanym systemie wychowawczym i systemie współpracy w tym zakresie z rodzinami wojskowymi.

Żołnierze zawodowi — ojcowie rodzin — najczęściej, niestety, mają znacznie ograniczony czas na pełnienie funkcji wychowawczych ze względu na czasochłonne zaangażowanie w pracy. Dlatego z konieczności w rodzinie wojskowej, w procesie wychowania dzieci większy udział przypada matkom. Taka sytuacja nie powinna jednak w pełni usprawiedliwiać ojców czy zwalniać ich zupełnie od obowiązku wychowywania swoich dzieci. Niezależnie

od stopnia zaabsorbowania pracą służbową ojciec powinien uczestniczyć w procesie wychowania.

Praca zawodowa kobiet ma jednak również wiele cech pozytywnych — zdecydowanie zmienia rolę kobiety jako matki i żony. Staje się ona współżywicielką rodziny, równorzędnym partnerem męża. Posiadanie zawodu i aktywność zawodowa podnosi autorytet matki i żony w gronie rodzinnym. Zmienia się wówczas również struktura wewnętrzna rodziny, rytm jej życia nie zawsze jednak powoduje korzystne zmiany w systemie wychowania potomstwa. Na trudności wychowawcze, wynikające m.in. z braku czasu ze względu na pracę zawodową obojga rodziców, reagują oni często przesadnym stosowaniem kar, agresją, nerwowością, pokrzykiwaniem, wzajemnym obwinianiem się za nieudolne wychowanie, co „podbudowane" bywa często niezgodnością poglądów w zakresie wychowania. W konsekwencji doprowadza to do nieprawidłowej atmosfery w rodzinie, atmosfery, w której dzieci nabywają nawyków agresji do otoczenia.

Momentem utrudniającym prawidłowe spełnianie funkcji wychowawczej rodzin, w których matki pracują, jest coraz częściej sygnalizowane przeciążenie obowiązkami zawodowymi i domowymi kobiet. Skutkiem takiej sytuacji jest zły stan zdrowia kobiet, określony najczęściej jako stan przewlekłego przemęczenia, nadmiernej pobudliwości i nerwowości. Ma to niekorzystny wpływ na życie rodzinne, powoduje ciągły stan niepokoju, napięcia i brak poczucia bezpieczeństwa.

Funkcja realizowania zasad higieny psychicznej w rodzinie zostaje wtedy przekreślona, ewentualnie zmienia się w funkcję jedynie pielęgnacyjną. Nadrabia się wtedy nadmiernym opiekuństwem, wygodnictwem, wymyślnymi ubiorami, różnymi ułatwieniami przez tzw. układy pozbawiające dzieci i młodzież samodzielności, opóźniające ich dojrzewanie emocjonalne i zmniejszające odporność psychiczną na trudy codziennego życia. Wtedy w to miejsce kształtują się postawy cwaniactwa, wygodnego urządzania się oraz postawy konsumpcyjne w stosunku do otoczenia i do życia. Tak więc aktywizacja zawodowa kobiet stawia rodzinę wobec nowych, nie znanych dotychczas problemów.

Współczesna rodzina zarówno z powyższymi, jak i z wielu

innymi problemami staje się często terenem konfliktów między jej dorosłymi członkami.

Omawiając zagadnienia dotyczące współczesnej rodziny nie sposób pominąć rozwodów, zwłaszcza że zjawisko to od dłuższego czasu wskazuje wyraźnie tendencję wzrostową. Każdemu rozkładowi rodziny towarzyszą silne urazy psychiczne, stany przykrych napięć emocjonalnych, lęk przed niewiadomą przyszłością. Rozejście się rodziców jest sytuacją szczególnie traumatyzującą dla młodego pokolenia. Każdy rozwód poprzedza długotrwały rozpad rodziny, konflikty małżeńskie, które przeżywane są przez dzieci i młodzież jako szczególne zagrożenie i utrata poczucia bezpieczeństwa.

Konsekwencją rozwodów jest wzrastanie w rodzinie niepełnej, pozostawiające najczęściej ślad w osobowości młodego człowieka. Rodzina o nieprawidłowych stosunkach wewnętrznych, zdezorganizowana czy też rozbita może więc być źródłem zakłóceń w rozwoju osobowości jej członków, zwłaszcza dzieci i młodzieży. Pamiętając o tym, że rozwód to ostateczny efekt długotrwałej dezorganizacji życia rodzinnego, musimy uznać to zjawisko za szczególnie niebezpieczne.

Omówienie powyższych zagadnień nie ma na celu tworzenia ponurej wizji współczesnej rodziny, a jedynie ukazanie tych zjawisk, które stanowić mogą dość istotne zagrożenie dla pełni zdrowia psychicznego rodziny, a tym samym społeczeństwa.

Znamienne tu są słowa J. Szczepańskiego: „Uporczywie od 150 lat zjawiające się teorie o powszechnym i zasadniczym kryzysie rodziny, stwierdzające, że w nowoczesnej cywilizacji przemysłowej rodzina przestaje spełniać swoje funkcje społeczne, że staje się instytucją w zaniku, słowem różne katastroficzne teorie rozkładu rodziny — nie znajdują potwierdzenia w faktach. Rodzina zmienia strukturę i funkcję, przystosowuje się do zmienionego społeczeństwa globalnego. Te zmiany powodują różne zajwiska nie znane przedtem. Jednakże ilość zawieranych małżeństw nie spada w żadnym kraju. Siły wewnętrzne rodziny są zbyt potężne, by jakikolwiek nacisk zewnętrzny mógł «zniszczyć» ją jako instytucję” [2].

[2] *Tamże.*

Znaczenie nawyków wyniesionych z rodziny przez młodzież dla adaptacji w życiu wojskowym

Rozpatrując problemy związane z wychowaniem młodzieży i jej udziałem w życiu społecznym, należy więcej miejsca poświęcić rodzinie jako temu środowisku, które szczególnie w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości dominuje nad innymi grupami w kształtowaniu struktury osobowości młodego człowieka i jego dojrzałości emocjonalnej oraz moralno-społecznej. Obok rodziny, istotny wpływ mają również różnego rodzaju instytucje wychowawcze, tj. szkoła, placówki pozaszkolne, organizacje młodzieżowe, środowisko rówieśnicze, czy wreszcie środki masowego przekazu. Doceniając niebagatelną rolę wymienionych czynników, celowo koncentruję uwagę jedynie na zagadnieniach rodziny, by uwydatnić jej rolę w kształtowaniu nawyków koniecznych dla pełnej adaptacji w warunkach życia wojskowego i prawidłowego w nim funkcjonowania.

Rodzina powinna stwarzać warunki do zaspokojenia potrzeb psychicznych i społecznych swoich członków, określać cele i warunki, do których młodzież ma dążyć, powinna przyczyniać się do pobudzania zainteresowań, ich kształtowania, wpływać na sposób, w jaki te potrzeby będą zaspokajane. To, jaka jest rodzina i jaki lansuje model wychowania, rzutuje na treść i formy doświadczeń młodzieży w niej wychowanej. Rodzina stanowi często dla młodego pokolenia, niedoświadczonego życiowo, punkt odniesienia dla jego własnych poczynań i zachowań. Nawyki wyniesione z dzieciństwa są wielokrotnie „drogowskazami" w różnych, często trudnych i skomplikowanych sytuacjach życia społecznego. Różne postawy rodzicielskie, różne sposoby i systemy wychowania dzieci i młodzieży prowadzą do ukształtowania prawidłowych cech osobowości lub jej anomalii. Czy młody człowiek w przyszłości będzie w pełni adaptował się do złożonych warunków środowiskowych, m.in. życia wojskowego, zależy w dużej mierze od nawyków, które wyniósł z wychowania w rodzinie. W związku ze stosowanymi metodami wychowawczymi, postawami rodziców, układem stosunków między jej członkami, można wyróżnić cztery typy współczesnych rodzin.

1. Rodzina autokratyczna — istnieją w niej ścisłe i sztywne normy regulujące zachowanie się jej członków. Opierają się one na zasadzie absolutnej władzy ojca, rygorze i prawie „silnej ręki". Stosuje się ścisłą kontrolę zachowania, wymaga pełnego podporządkowania, dyscypliny, bezwzględnego posłuszeństwa. W wypadku naruszenia ustalonych norm współżycia stosuje się surowe kary.

2. Rodzina liberalna — czasem też określana jako tolerancyjna, stosuje system wychowania oparty na dużej samodzielności dzieci. System ten daje im dużą szansę samorealizacji, dużą swobodę i możliwość osobistych osiągnięć. Ale może on być stosowany jedynie w niewielu tylko rodzinach, o bardzo zwartej, dojrzałej strukturze i kulturze rodzinnej. W przeciwnym wypadku system ten szybko się dewaluuje. Trwa on dotąd, dopóki system wymagań oraz wartości i dyskretna opieka rodziców są adekwatne, dostosowane do stopnia rozwoju fizycznego i psychicznego dzieci na tyle, że przestrzegają norm i zasad obowiązujących daną rodzinę. Z reguły jednak rodzice stosunkowo szybko tracą kontrolę nad dziećmi, zazwyczaj wskutek dużego zaabsorbowania pracą zawodową lub życiem. Wtedy u dzieci zaczyna pojawiać się nadmiar samodzielności, która nie kontrolowana przez rodziców i inne instytucje wychowawcze, bardzo łatwo prowadzi do różnych zwichnięć w ich strukturze osobowości, przede wszystkim w sferze emocjonalno-motywacyjnej. Zauważanie przez rodziców ujemnych skutków takiego systemu wychowania następuje z reguły wtedy, kiedy jest już za późno. Powstałe wadliwe samorealizacje wychowawcze utrzymują się aż do czasu uzyskania przez dzieci pełnoletności, a nieraz przez całe życie.

3. Rodzina nadmiernie opiekuńcza — naczelną zasadą wychowawczą tej rodziny jest stwarzanie dziecku „komfortu" życiowego, usuwanie wszelkich przeszkód, chronienie przed trudnościami i przykrymi doświadczeniami życiowymi, otaczanie nadmierną troskliwością i opieką.

4. Rodzina demokratyczna — system wychowawczy oparty tu jest na zasadzie indywidualnego podejścia do każdego z członków rodziny. Akceptacja dziecka, współdziałanie z nim, da-

wanie mu swobody odpowiedniej do fazy jego rozwoju. Dominuje tu życzliwość, zaufanie, przyjaźń, wzajemne poszanowanie praw i obowiązków. Wszelkie decyzje podjemowane są wspólnie, razem rozpatruje się zaistniałe problemy. Działa się odpowiednią argumentacją, perswazją, a nie surową karą [3].

Przedstawiona klasyfikacja współczesnej rodziny jest podziałem trochę sztucznym, często teoretycznym, bowiem w życiu codziennym na ogół mamy do czynienia z rodzinami, w których elementy każdego typu rodziny i jej postaw przeplatają się wzajemnie. Istotny wydaje się problem, w jakim stopniu postawy rodzicielskie, a więc systemy wychowania w rodzinie, mogą wpłynąć na kształtowanie się zachowań, nawyków i postaw młodego człowieka.

Nadmierna dyscyplina sprzyjać może tworzeniu się postaw lękowych, rodzić nieufny stosunek nie tylko do najbliższych, ale do ludzi w ogóle, wytworzyć agresywny stosunek do otoczenia, umacniać egoizm. Prowadzone badania udowodniły, że zbyt surowe traktowanie doprowadza do zaburzeń w sferze emocjonalnej, przejawiających się nadmiernym niepokojem wewnętrznym, przygnębieniem, biernością, lękiem przed odpowiedzialnością. Silny rygor może spowodować zastraszenie, bezradność, trudności w przystosowaniu się na skutek zahamowania emocjonalnego. Z kolei wychowanie w atmosferze nadmiernej tolerancji nie sprzyja wyrobieniu dyscypliny wewnętrznej, nie kształtuje umiejętności przystosowania się do norm i zasad współżycia kolektywnego. Sprzyja natomiast wyrabianiu postaw egoistycznych, egocentrycznych, negatywizmu życiowego, lekceważącego stosunku do ludzi i nakładanych obowiązków. Postawa nadmiernie chroniąca doprowadza najczęściej do opóźnienia dojrzałości emocjonalnej — infantylizmu, opóźnienia dojrzałości społecznej, uzależniania się od innych, bierności, braku samodzielności, inicjatywy, prowadzi jedynie do zewnętrznego, pozornego przystosowania się do otoczenia.

Najlepsze warunki rozwoju stwarza rodzina typu demokratycznego lub taka, w której dominują elementy postaw demokratycznych. W takiej rodzinie zdobywa się cenne nawyki i

[3] M. Ziemska, *Postawy rodzicielskie*, Warszawa 1973.

przyzwyczajenia, tj. wytrwałość, zdolność do współdziałania i podejmowania zobowiązań, umiejętność współżycia, uspołecznienia, lojalność, solidarność, wewnętrzne zdyscyplinowanie, odpowiedzialność itp.

Służba wojskowa stanowi w życiu każdego młodego człowieka moment szczególnie przełomowy, często trudny, słusznie więc określa się ją jako „szkołę życia". W wielu wypadkach dopiero tu młodzież musi wykazać się swoją dojrzałością społeczną, samodzielnością, sprawdzić się w prawdziwym działaniu. Dobra adaptacja wiąże się nie tylko z przystosowaniem do wymagań dyscypliny wojskowej, ale także do szeroko rozumianego życia zbiorowego. Od młodego człowieka wstępującego w szeregi wojska oczekuje się nie tylko pełnej sprawności fizycznej i intelektualnej, ale również dojrzałości emocjonalnej, przejawiającej się przede wszystkim w umiejętności podporządkowania się ogólnym zasadom współdziałania w zespole, poczucia regulowania potrzeb innych ludzi, pełnego zaangażowania społecznego, krytycznej oceny własnego postępowania.

Olbrzymi wpływ na rozwój uczuciowości wyższej odgrywa właśnie prawidłowo funkcjonująca rodzina, ona bowiem najpełniej kształtuje takie uczucia, jak: miłość, dążenie do prawdy i sprawiedliwości, poczucie honoru, lojalności, uczucia patriotyczne, społeczne, humanitarne. „Im bardziej człowiek jest dojrzały pod względem emocjonalnym, w im większym stopniu podstawą emocjonalności są uczucia wyższe, tym bardziej dojrzałe są jego decyzje, i *vice versa,* działanie osobnika niedojrzałego uczuciowo nie może być wartościowe, ponieważ dyktowane jest potrzebą chwili, zachcianką, popędem, bez oglądania się na skutki tego, co robi. Osobnik niedojrzały uczuciowo przypomina okręt dowodzony przez doświadczonego i mądrego kapitana, który u steru postawił jednak pijanego sternika. Mimo właściwych rozkazów wydanych przez kapitana, okręt nie trzyma się kursu tylko kluczy i zbacza z drogi, ponieważ pijany sternik nie słucha ich, lecz kręci kołem tak, jak mu podyktuje chwilowa fantazja" [4].

Na całym świecie, a zwłaszcza w społeczeństwach o wysokim

[4] Z. Rydzyński, A. Madej, *Kultura a problemy emocjonalne,* „Wojsko Ludowe" 1975, nr 7.

poziomie cywilizacji daje się zaobserwować niepokojące zjawisko ujawniania się coraz większej liczby młodych ludzi z zaburzeniami w strukturze emocjonalno-motywacyjnej na tle niedojrzałości emocjonalnej. Problem ten nie omija i wojska. Tak zwani „trudni żołnierze" sprawiający wiele kłopotów natury wychowawczej (samowolne oddalanie się, nadużywanie alkoholu, niewykonywanie poleceń, a nawet samookaleczenia), to przeważnie osobnicy infantylni. Istnieje wiele uwarunkowań i przyczyn tego zjawiska, a m.in. jednym z głównych czynników utrudniających właściwe kształtowanie sfery uczciwości są nieprawidłowe układy i postawy rodzicielskie.

Problemem godnym uwagi jest znaczne zmniejszanie się autorytetu ojca w rodzinie i jego roli w procesie wychowania młodego pokolenia. Doświadczenia i praktyka wykazują, że im mniejsza jest jego rola w rodzinie, tym większe jest prawdopodobieństwo trudności w zaakceptowaniu przez młodego żołnierza swoich przełożonych. „...chłopiec nauczony przez ojca posłuchu przenosi później nieświadomie swój szacunek na nauczyciela i dowódcę w wojsku. Łatwiej jest go sobie podporządkować, ponieważ w domu nauczono go szacunku dla autorytetu, który automatycznie utożsamia z każdym przełożonym. Poborowy, nie przyzwyczajony do dyscypliny domowej i szkolnej, dość często traktuje przewidziane regulaminem postępowanie dowódcy jako niezrozumiałe szykany" [5].

Podobnie ma się sprawa z prawdomównością, z poczuciem obowiązkowości i odpowiedzialności za rodzinę, z nawykami współdziałania. Jeżeli te sprawy nie będą właściwie ustawione w rodzinie, w szkole i w organizacji młodzieżowej (w okresie dorastania), to młodzi ludzie będą pozbawieni tych cech i umiejętności. W życiu wojskowym będą oni potencjalnymi kandydatami na tzw. żołnierzy trudnych z punktu widzenia wychowawczego. Zabraknie im po prostu tego rodzaju nawyków, zabraknie im norm postępowania we współżyciu w kolektywie żołnierskim.

Reasumując — jeżeli w dotychczasowym rozwoju młody czło-

---

[5] Z. Rydzyński, *Zdrowie psychiczne w Siłach Zbrojnych*, Warszawa 1975.

wiek zdobył pozytywne doświadczenia i jeżeli wyniósł z domu cenne nawyki i przyzwyczajenia, z całą pewnością należy sądzić, że jego adaptacja — nawet do trudnych i specyficznych warunków, jakie stwarza służba wojskowa — będzie pełna i prawidłowa.

Rodzina wojskowa i niektóre jej problemy

Model aktualnej rodziny żołnierza zawodowego został w zasadzie ukształtowany w ciągu jednego współcześnie aktywnego jeszcze pokolenia. Model ten wypracowano w ciągu kolejnych lat powojennych. Na jego kształt szczególny wpływ wywierały przemiany w życiu społeczno-ekonomicznym kraju i zmiany w specyfice życia wewnętrznego LWP. Dzisiaj rodzina wojskowa ma swój ukształtowany model. Z jednej strony cechuje ją wysoka ideowość i pełne zaangażowanie społeczne, kształtujące wysoki poziom kultury życia; dzięki tym wartościom rodzina wojskowa zdobywa coraz wyższą rangę w społeczeństwie. Z drugiej jednak strony analiza danych statystycznych pozwala na stwierdzenie, że rodzina wojskowa nie różni się zbytnio od typowej rodziny polskiej. Podlega ona jednak specyficznym oddziaływaniom środowiska pracy ojca, stąd nieco inny jej charakter i inne problemy. O rozwoju rodziny wojskowej i jej pozycji społecznej w znacznym stopniu decydują warunki służby zawodowej ojca-żołnierza. One właściwie przesądzają o wielu sprawach związanych z życiem domowym, wychowaniem dzieci, o możliwościach pracy zawodowej żony itp. Badania socjologiczne prowadzone na temat problemów małżeństw i rodzin oficerów Wojska Polskiego nasuwają wiele interesujących wniosków [6]. Większość żon i mężów jest zdania, że zawód oficera bardziej utrudnia i komplikuje życie rodzinne, niż inne zawody, ponieważ:

— oficer ma zbyt mało czasu na życie osobiste i sprawy rodzinne;

— zbyt często przebywa poza domem, poświecając znaczną część wolnego czasu pracy służbowej;

[6] M. Mikiciuk, *Wybrane problemy małżeństw i rodzin oficerów WP*, „Badania Społeczne w Wojsku" 1972, nr 4.

— ma nienormowany czas pracy, a w związku z tym ciężar obowiązków związanych z prowadzeniem domu spoczywa na żonie;

— często przebywa w podróżach służbowych, dość też często bywa przenoszony służbowo, znajduje się w stałej gotowości służbowej, co powoduje m.in. pewne osłabienie stabilizacji życia rodzinnego.

Nie ulega wobec tego wątpliwości, że rodzina wojskowa musi przejść znacznie trudniejszą próbę życia, niż rodzina należąca do innego środowiska społecznego czy zawodowego. Jednym z najistotniejszych jej problemów jest zmiana miejsc służby zawodowej mężów i ich rozłąka z rodziną z racji pracy w innym garnizonie, oczekiwanie na przydział mieszkania itp. Przed laty częste przeprowadzki były zjawiskiem dość powszechnym, obecnie zdarzają się one o wiele rzadziej i tylko w uzasadnionych wypadkach. Mimo to w dalszym ciągu są to problemy dość istotne, zwłaszcza kiedy mężowie kierowani są do akademii wojskowych względnie na inne formy przeszkolenia wojskowego lub specjalistycznego. Sytuacje te powodują w wielu rodzinach wojskowych stany, które można by określić kryzysem zwartości rodziny, bowiem na nowym miejscu musi ona jakby od początku integrować się, ponieważ z każdą zmianą miejsca zamieszkania wiąże się wiele kłopotów i komplikacji życiowych, wynikających chociażby z faktu zmiany mieszkania i środowiska. Nie wszyscy oczywiście łatwo adaptują się do nowych warunków, często procesy adaptacyjne przebiegają zbyt wolno, w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji życiowej rodziny lub jednego z rodziców, przy okazji wyzwalając i spiętrzając trudności osobiste i zdrowotne (np. przy zmianie szkoły mogą wystąpić kłopoty z nauką dziecka związane z przystosowaniem się do warunków w nowej szkole). Każda niemal rodzina wojskowa musi — z drugiej strony — liczyć się z możliwością zmiany miejsca zamieszkania. Łączy się to ze specyfiką wojska, ważne jest jednak, aby przeniesienia te wynikały z rzeczywistych potrzeb służby wojskowej i uwzględniały także sytuację rodzinną.

Kilka uwag chcę poświęcić żonom oficerów LWP. Jak to już powiedziano wcześniej, żona żołnierza zawodowego jest głównie

odpowiedzialna za stan życia rodzinnego, prowadzenie domu i wychowywanie dzieci. Tym samym z konieczności staje się osobą centralną w rodzinie.

Należy także pamiętać, że żony oficerów często pracują również zawodowo, można więc ogólnie wyobrazić sobie tylko ogrom obowiązków, jakim muszą podołać. Dlatego też ambicje zawodowe żon oficerów często siłą rzeczy muszą zejść na dalszy plan, jeżeli dobro rodziny stawiane jest na pierwszym miejscu. W przeciwnym bowiem wypadku stają się one przyczyną konfliktów i trudnych sytuacji rodzinnych. Przykładowo można wymienić następujące momenty komplikujące życie rodzinne — trudności w zaplanowaniu wyjazdów poza teren garnizonu, wspólnych popołudniowych wizyt poza domem, czy też urlopów wypoczynkowych. Bywa, że nagłe narady, zebrania, szkolenia w godzinach popołudniowych krzyżują plany rodzinne. Coraz bardziej nabrzmiewa problem udziału ojców-żołnierzy w wychowaniu dzieci. Ma on ogromne znaczenie nie tylko w odniesieniu do dnia dzisiejszego, ale i do najbliższej przyszłości.

Obowiązki służbowe i specyfika służby nie zawsze w pełni pozwalają ojcu-żołnierzowi skutecznie uczestniczyć w procesie wychowania dzieci. Jego rola często sprowadza się jedynie do nadzoru, kontroli postępowania dzieci, brak jest natomiast miejsca na wzajemne dogłębne kontakty, rozmowy wychowawcze, dyskusje z dziećmi itp.

Prowadzone na całym świecie badania udowodniły, że osiągnięcie pełnej dojrzałości emocjonalnej, ukształtowanie prawidłowo funkcjonującej osobowości, możliwe jest jedynie w takiej rodzinie, w której dziecko podlega świadomym oddziaływaniom wychowawczym obojga rodziców. Jeżeli hegemonia wychowawcza spoczywać będzie tylko w rękach matki, autorytet ojca znacznie zmniejszy się. Wówczas tak wychowana młodzież może wykazywać osłabioną odporność psychiczną, wadliwe cechy charakteru i trudności adaptacyjne.

Ta wyeksponowana specyfika „dolegliwości" rodzin wojskowych nie oznacza, że wymienione problemy występują w znacznym nasileniu, czy też paraliżują prawidłowe funkcjonowanie rodziny, niemniej jednak są odczuwalne. Ujawnienie tych sła-

bości ma na celu wybranie najskuteczniejszego sposobu wyeliminowania ich z życia rodzinnego żołnierzy zawodowych.

Rodzina i jej problemy znajdują się w centrum zainteresowania kierownictwa partii i rządu, a także całego społeczeństwa. Doceniając jej znaczenie wychodzi się z coraz szerszymi postulatami niesienia jej pomocy, ugruntowania jej roli, pozycji i funkcji. Umacnianie rodziny, eksponowanie jej znaczenia, jest jednym z naczelnych zadań, jakie stoją przed współczesnym społeczeństwem. Dotyczy to również rodzin wojskowych. Wiele robi się w tym kierunku, aby rodzina żołnierza zawodowego miała coraz lepsze warunki do prawidłowego rozwoju. Przykładem tego zainteresowania może być np. dokument *Obyczaje żołnierzy zawodowych LWP*, w którym wiele miejsca poświęca się sprawom rodzinnym. Między innymi czytamy tam: „W rodzinie żołnierza zawodowego powinna panować taka atmosfera, która sprzyjałaby w jednakowej mierze rozwojowi ogólnemu, zawodowemu i intelektualnemu obojga małżonków, ich uczestnictwu w życiu kulturalnym i towarzyskim. W tych aspiracjach powinni być jednakowo aktywni i zapobiegliwi. Żołnierz zawodowy ma obowiązek wspierać małżonkę w tej mierze, udzielać jej efektywnej pomocy i mieć ambicje, by żona jego znajdowała również wiele satysfakcji w swej pracy zawodowej, społecznej i domowej, z małżeńskiej przyjaźni opartej na równości stron, wspólnocie zainteresowań i dążeń".

Konkretną pomoc rodzinom niesie Organizacja Rodzin Wojskowych. Wywiera ona niebagatelny wpływ na kształtowanie właściwej atmosfery życia wśród rodzin wojskowych, pomaga w wychowywaniu młodzieży, organizuje dla rodziców różnorodne formy kształcenia w zakresie psychagogiki, pomaga w usuwaniu trudności wychowawczych i rozwijaniu zainteresowań.

Wpływ życia rodzinnego na sprawność służbową żołnierza zawodowego

Tempo życia i współczesny poziom cywilizacji sprzyjają nasileniu się sytuacji trudnych, wywołujących stany stresowe lub

frustracyjne, co w następstwie może prowadzić do pojawienia się zaburzeń nerwicowych. Istnieje wiele poglądów na temat ich etiologii i patogenezy. Dotychczas nie ma jeszcze jednoznacznej odpowiedzi, na jakim podłożu rozwijają się nerwice. Kępiński, autor *Psychopatologii nerwic* stoi na stanowisku, że objawy nerwicowe są sygnałem niebezpieczeństwa pochodzącego z wnętrza ustroju lub z jego otoczenia. W pierwszym wypadku mamy do czynienia z „nerwicą rzekomą", w drugim z „nerwicą właściwą". Ta ostatnia jest wynikiem zaburzeń interakcji ustroju z jego otoczeniem, wywołuje zachwianie istniejącej równowagi ze środowiskiem. Znalezienie spośród wielu czynników tego, który jest właściwą przyczyną nerwicy jest bardzo trudne, dlatego rozpatrywać należy jednocześnie kilka czynników, jako ewentualne przyczyny zaburzeń nerwicowych.

W literaturze traktującej o problemach zdrowia psychicznego zwraca się uwagę na fakt, że sytuacje rodzinne i praca zawodowa to dwa główne środowiska, w których zagęszczenie związków uczuciowych jest największe i dlatego w nich należy spodziewać się źródeł konfliktów nerwicowych. Każde z tych środowisk może na nie wpływać oddzielnie lub też, co bywa najczęściej, mogą działać na zasadzie sprzężenia zwrotnego.

Harmonijne życie rodzinne oddziaływa pozytywnie nie tylko na aktywność wszystkich jej członków, ale także na prawidłowe pełnienie obowiązków w szerokim tego słowa znaczeniu. Przeciwnie — napięcia, konflikty, niezadowolenia z życia rodzinnego, a w dalszej konsekwencji nawet rozkład czy rozpad współżycia małżeńskiego — pociągają za sobą stany stresu psychologicznego uwarunkowanego sytuacyjnie oraz objawy niedostosowania społecznego, ujawniające się w działalności zawodowej. Konflikty małżeńskie rzutują z reguły na wykonywanie obowiązków, a nieporozumienia w pracy, powodują, że dom jest często miejscem, gdzie wyładowuje się nagromadzone w ciągu dnia urazy, gdzie błahe i codzienne kłopoty mogą być pretekstem do okazywania niezadowolenia i powstawania konfliktów. Niemożliwość wyjścia z tych sytuacji powoduje narastanie objawów nerwicowych. Szereg teorii sugeruje związek zaburzeń funkcji rodzinnych z zaburzeniami psychicznymi, a zwłaszcza nerwicowymi. Wyodrębnia

się nawet pewne zespoły neurotyczne, jak „nerwice małżeńskie", czy też „nerwice rodzinne". Na podstawie znacznego materiału kazuistycznego twierdzi się, że nerwica rodzinna rozwija się na podłożu nieprawidłowości współżycia między członkami rodziny. Występowanie i nasilanie konfliktów w rodzinie w dużej mierze zależy od cech osobowości współpartnerów, ich poziomu intelektualnego, wykształcenia, stanu równowagi psychicznej, zaangażowania uczuciowego, wzajemnej tolerancyjności, akceptacji pracy męża lub żony.

Szczególna rola w rodzinie wojskowej przypada żonie żołnierza zawodowego. Dojrzała partnerka potrafi stworzyć odpowiednią atmosferę domową, spełniać rolę doradcy i przyjaciela, stara się stymulować napięcia powstałe w pracy, które często przenoszone są na grunt rodzinny. Brak zrozumienia spraw męża i wyrozumiałości powoduje, że atmosfera rodzinna stawać się może napięta, mogą narastać nowe konflikty. Dom w takich wypadkach przestaje być miejscem, do którego wraca się z przyjemnością, zmniejsza się również kontakt uczuciowy między małżonkami i pozostałymi członkami rodziny. W takim układzie napięcia powstałe w pracy nie są rozładowywane w rodzinie, kumulują się jeszcze bardziej, powodując stan ciągłego rozdrażnienia i napięcia, poczucie zniechęcenia, które z kolei przenosi się na grunt pracy zawodowej.

Badania prowadzone w Klinice Psychiatrycznej WAM na temat nerwic u kadry zawodowej w aspekcie życia rodzinnego pozwoliły sformułować pierwsze uogólnienia i wnioski:

— istnieje duża zależność między występowaniem trudnych sytuacji rodzinnych a występowaniem i nasileniem się objawów choroby nerwicowej. Trudności życia rodzinnego mają wpływ na pogłębienie się dolegliwości typu nerwicowego u większości badanych, w pozostałych wypadkach są one czynnikami decydującymi. Konfliktowe sytuacje rodzinne, jeśli nawet nie są decydującym czynnikiem nerwicotwórczym, to na pewno w znacznym stopniu pogłębiającym te zaburzenia;

— istnieje zależność między warunkami służby wojskowej a poziomem trudności życia rodzinnego. Im trudniejsze, bardziej skomplikowane i odpowiedzialne są warunki służby wojskowej,

tym większe jest nasilenie trudności rodzinnych. O stopniu tych trudności decyduje sprawność funkcjonowania struktury psychicznej małżonków.

Problem zdrowia psychicznego rodzin wojskowych doczekał się już pierwszych badań i opracowań. Coraz częściej czyni się próby analizy niektórych aspektów tego zagadnienia i to zarówno od strony badań socjologicznych, jak i psychologiczno-psychiatrycznych. Wdrażanie zasad higieny psychicznej i zdrowia psychicznego w wojsku staje się naglącą potrzebą. Powinny one być również częściej uwzględniane w procesie szkolenia i wychowywania kadry zawodowej oraz stanowić jedno z podstawowych zagadnień działalności Organizacji Rodzin Wojskowych.

JÓZEF JAROSZ

Rozdział IV

ALKOHOLIZM, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM JEGO PRZEJAWÓW W WIEKU MŁODZIEŻOWYM

Społeczne i biologiczne uwarunkowanie alkoholizmu. — Alkoholizm jako przyczyna i przejaw niedostosowania społecznego. — Problem obniżania się wieku inicjacji pijaństwa. — Typy i rodzaje pijaństwa. — Fazy rozwoju alkoholizmu. — Profilaktyka i leczenie choroby alkoholowej.

Picie alkoholu nie jest związane z określonym kręgiem kulturowym. Jest ono szeroko rozpowszechnione w świecie. Wprawdzie alkohol pije się najczęściej w krajach zaliczonych do kręgu kultury europejskiej, to jednak jest on także używany w Chinach, Japonii czy wśród ludów czarnej Afryki.

W Polsce zagadnienie pijaństwa pojawia się w połowie XVII w. wraz z propinacją, czyli szlacheckim monopolem na produkcję i sprzedaż napojów alkoholowych, trwającą w Kongresówce do 1898 r. W czasach saskich pijaństwo w Polsce osiąga niebywałe rozmiary, staje się obyczajem. Od połowy XIX w. rujnuje naród tzw. pijany budżet carski, kiedy to rośnie produkcja wódki, spada jej cena, a zawrotne dochody płyną do carskiej kasy. W okresie okupacji hitlerowskiej do licznych zbrodni dokonywanych na narodzie polskim dochodzi jego rozpijanie. Podane fakty to tylko niektóre z głównych czynników kształtujących polski obyczaj pijacki.

Ocenia się, że w Polsce liczba osób nadużywających alkoholu wynosi około 1,5 mln, w tym około 500 tys. to nałogowi alkoholicy.

Aspekt psychiatryczny jest jedynym, na razie, wskaźnikiem skutków alkoholizmu w Polsce. Dlatego przytoczone poniżej dane mają szczególne znaczenie. W stosunku do liczby wszystkich psychicznie chorych, przyjętych do szpitali psychiatrycznych, odsetek alkoholików wzrósł od 14,3% w 1960 r. do 20,2% w 1970 r. Odpowiada to liczbie 160,6 osób w wieku od 20 do 40 roku życia w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 1960 r. i 319,7 osób w tym samym przedziale wieku w 1970 r.[1]

Według Święcickiego 15% wypadków przy pracy (około 24 tys. w skali rocznej) dotyczy osób nietrzeźwych. Według statystyk KGMO w Polsce popełnia się pod wpływem alkoholu 70% przestępstw przeciwko władzom, urzędom, porządkowi publicznemu, około 90% przestępstw o charakterze chuligańskim, 50% przeciwko życiu i zdrowiu oraz 50% wszystkich wykroczeń[2].

Zgodnie z ustaleniami szacunkowymi wielu krajów przyjmuje się, że straty spowodowane przez pijaństwo i alkoholizm są dwa do pięciu razy wyższe od sum wydatkowanych na alkohol. A tylko w 1972 r. sprzedano w Polsce napojów alkoholowych za sumę 57,376 mld zł, w 1975 r. za sumę 100 mld zł, a w 1976 r. za ponad 104 mld zł, co stanowi blisko 40% wydatków na żywność w poszczególnych latach[3]. Rozmiary pijaństwa, rosnąca liczba osób dotkniętych chorobą alkoholową, kryminogenny wpływ alkoholu, rozkład życia rodzinnego, niekorzystne wzory postępowania przekazywane młodzieży stanowią olbrzymie obarczenie społeczne i nakazują prowadzenie zdecydowanej walki z ich uwarunkowaniami.

Badania socjologiczne wykazują, że 50—80% alkoholików pochodzi z rodzin, w których stwierdzono alkoholizm nałogowy u któregoś z jej członków.

Każde racjonalne, długofalowe działanie mające na celu rozwiązywanie określonego problemu, musi być poprzedzone gruntownym jego poznaniem, a zagadnienie alkoholizmu, wbrew po-

---

[1] Z. Jaroszewski, D. Bartoszewska, *Alkoholicy leczeni w szpitalach psychiatrycznych i w zakładach odwykowych według niektórych danych statystycznych*, „Problemy Alkoholizmu" 1973, nr 5, s. 5.

[2] A. Święcicki, *Struktura spożycia napojów alkoholowych w Polsce*, Warszawa 1973.

[3] *Rocznik statystyczny GUS, 1972, 1975, 1976.*

zorom, należy do słabo znanych społeczeństwu. Nagminność zjawiska sprzyja pochopnym sądom, powtarzaniu obiegowych opinii, zwykle moralizatorskich.

Na wstępie wyjaśnię podstawowe pojęcia z zakresu alkoholizmu, gdyż dowolność ich używania jest przyczyną licznych nieporozumień o charakterze społecznym.

Alkoholizm — choroba alkoholowa, jest to swoistego rodzaju toksykomania, rozwijająca się po latach pijaństwa. Charakteryzuje się swoistym obrazem klinicznym, w którym utrata kontroli nad piciem, jako przejaw zależności psychicznej i alkoholowy zespół abstynencyjny, jako wyraz zależności fizycznej są głównymi jej objawami. Miernikiem stanu zaawansowania alkoholizmu jest stopień uszkodzenia narządów wewnętrznych i układu nerwowego oraz rozległość zmian psychicznych określonych pojęciem psychodegradacji.

Pijaństwo — jest to nadmierne konsumowanie napojów alkoholowych, a miarą jego jest ilość wypijanego alkoholu i częstotliwość picia. Rozróżnienie alkoholizmu od pijaństwa ma doniosłe znaczenie społeczno-prawne.

W stosunku do nadużywających alkoholu, lecz bez cech nałogu, którzy w stanie upicia dopuścili się naruszenia zasad i norm współżycia społecznego, przyjęto stosować środki administracyjno-prawne. Jeśli natomiast rozpoznajemy alkoholizm nałogowy, a zwłaszcza późną jego fazę — alkoholizm przewlekły, stwierdzamy tym samym, że samo odwoływanie się do etyczno-rozumowych nakazów, przyrzeczenia alkoholika, że zaniecha picia są nieefektywne. Z kolei represje za sam fakt picia są moralnie wątpliwe, a praktycznie nieskuteczne, nie prowadzą bowiem do wydobycia z nałogu. Pijak w tym znaczeniu nie jest zatem przedmiotem zainteresowania lekarza, staje się nim dopiero alkoholik, który zresztą zgłasza się do leczenia zazwyczaj z powodów innych niż choroba alkoholowa. Powyższe postawy wobec pijaka i alkoholika aprobowane do chwili obecnej przez opinię społeczną znajdują niekiedy odzwierciedlenie również u żołnierzy zawodowych, w stosunkach kolegów i przełożonych, do osób nadużywających alkoholu. Bywa, iż przez długie lata toleruje się pijaków,

nie nakłania się alkoholików do podjęcia leczenia, niekiedy aż do chwili, gdy narastające konflikty służbowe i rodzinne stawiają pod znakiem zapytania jego dalszą przydatność do zawodu. Podjęcie leczenia w tak zaawansowanym stadium choroby zmniejsza oczywiście możliwość wyleczenia.

Społeczne i biologiczne uwarunkowanie alkoholizmu

Alkoholizm jest uwarunkowany wieloprzyczynowo. Chcąc odpowiedzieć na pytanie, dlaczego określony człowiek stał się alkoholikiem, musimy z konieczności rozpatrywać go z punktu widzenia biologicznego, psychologicznego i socjologicznego.

Czynniki biologiczne. Opierając się na ogólnych, dostępnych spostrzeżeniach znacznie częstszego występowania alkoholizmu wśród potomków rodzin alkoholików, poszukiwano biologicznych uwarunkowań skłonności do alkoholizmu. Wyniki licznych gruntownych badań nie dostarczyły jednak przekonujących dowodów potwierdzających tę hipotezę. Stwierdzono wprawdzie częstsze występowanie grup krwi B i AB u alkoholików [4], oraz wykryto w ich wątrobie nietypową odmianę enzymu odgrywającego główną rolę w metabolizmie alkoholu, jak również pewne zaburzenia w przemianie węglowodanów, z subklinicznymi stanami niedocukrzenia, w czasie których może występować bądź wzmożony apetyt na potrawy węglowodanowe (słodycze), bądź alkohol, jako ich substytut. [5] Na pograniczu uwarunkowań biologicznych i psychologicznych znajdują się takie znane zjawiska, jak np. nadmierne picie w psychozie maniakalno-depresyjnej i to zarówno w fazie depresyjnej, jak i maniakalnej, zwłaszcza gdy obraz kliniczny faz nie jest zbyt burzliwy, bądź picie przez osoby z niewielkim defektem schizofrenicznym itp.

Powyższe wyniki badań i fakty kliniczne ujawniają wpływ

---

[4] R.P. Swinson, *Polymarphie Inheritance in Alcoholism. XVI Międzynarodowe Sympozjum w sprawach zapobiegania i leczenia alkoholizmu i narkomanii*, Lozanna 1970.

[5] E.R. Wright, A.C. Hecker, *Alcoholism. A Need for Diagnostic Classification*, „Dis. Nerw. Syst" 1966, nr 27, s. 4, 245.

uwarunkowań biologicznych na powstawanie alkoholizmu, jednak nie przesądzają ich znaczenia.

Jellinek [6] zwraca uwagę, że nie istnieje żadna swoista dziedziczna skłonność do alkoholizmu. Dziedziczy się raczej pewne cechy chwiejności neuropsychicznej, które powodują, że dany człowiek usiłuje rozwiązać swoje problemy sięgając po alkohol.

Czynniki socjologiczne. Wszyscy badacze zajmujący się alkoholizmem twierdzą zgodnie, że prawie każdy, kto zaczyna pić alkohol, a więc i przyszły alkoholik, pije w sposób typowy dla danego środowiska.

Znany jest powszechnie towarzyski przymus picia, praktykowany w licznych środowiskach, zwłaszcza w naszym społeczeństwie. Wypicie podsuniętego kieliszka jest swoistym rytuałem inicjacyjnym, wprowadzającym człowieka w grupę. Odmowa picia budzi obawę i nieufność. Wie o tym dobrze „nowy" i dlatego często z niechęcią, niekiedy z obrzydzeniem, ale sięga po kieliszek, zwłaszcza jeżeli w grupie pijących jest starszy kolega lub przełożony. Tego rodzaju nadmierne picie towarzyskie przybiera często formę „alkoholizmu ceremonialnego", jak go nazywa J. Szczepański [7]. Wytwarza się więc tu towarzyski przymus picia. Aby mu nie ulec, trzeba być człowiekiem z dojrzałą osobowością, z jasną hierarchią celów i wartości godnych realizowania, nawet za cenę odtrącenia z grupy hołdującej nadmiernemu piciu. To niebezpieczeństwo jest szczególnie groźne w środowiskach zamkniętych, do których niewątpliwie należy społeczność wojskowa, a narażona na nie może być głównie młoda kadra.

Ten pijacki obyczaj można zlikwidować tylko przez zdecydowane działanie władz, co już zostało podjęte. Libacje towarzyszące uroczystościom, wizytacjom, inspekcjom, oficjalne „oblewanie" licznych okazji, musi zostać wykreślone z naszego życia. „Trzeba tylko — jak pisze — Szczepański — żeby przedstawiciele tych władz przyjeżdżający na inspekcje, sami nie oczekiwali, że zostaną przyjęci libacją".

---

[6] F.M. Jellinek, *The Diseasac Concept of Alcoholism*, New Haven 1960.

[7] J. Szczepański, *Alkohol w kulturze i obyczaju* WP, Warszawa 1972.

Alkoholizm jako przyczyna i przejaw niedostosowania społecznego

Alkoholizm jest zazwyczaj wypadkową problemów osobowościowych osoby nim dotkniętej i wpływów środowiska. Z upływem lat picia, w miarę narastania objawów psychodegradacji, trudno jest niekiedy odróżnić przyczynę od skutku, czyli przejawy pewnego niedostosowania do życia przyszłego alkoholika, będące wyrazem niedojrzałej osobowości, od tegoż niedostosowania jako objawu psychodegradacji w następstwie picia.

Jednak wnikliwa analiza linii życiowej alkoholika z reguły wykazuje, że jeszcze przed okresem picia miał ze sobą nieustanne kłopoty [8]. W przyjętych rolach społecznych kolegi, pracownika, męża, ojca, zazwyczaj nie znajdował satysfakcji, nie wzbogacały one jego osobowości. Stąd nawet przelotne niepowodzenia i trudności nie będąc rozładowane przez satysfakcjonujące przeżycia urosły w jego subiektywnym odczuciu do znacznych rozmiarów. Aby usunąć przykry stan niepokoju i napięcia człowiek taki sięga po alkohol lub środki farmakologiczne uspokajające bądź euforyzujące. Wybór środka zależy od łatwości jego zdobycia i panujących wzorów kulturowych. Powszechnie jest znane, że każdy środek, każde działanie przynoszące uspokojenie „u człowieka niedojrzałego" może się stać nałogiem.

Przeprowadzono liczne badania psychologiczne w celu ustalenia takich cech psychicznych, których swoista konfiguracja ma predestynować do rozwoju alkoholizmu.

Terhune nakreślił portret przedchoroby alkoholika [9]. Dominującymi jego cechami ma być stan niepewności i stały niepokój. Niepewność może być następstwem krytycznej oceny samego siebie, braku uznania ze strony otoczenia, konfliktów na tle współzawodnictwa, częstych w wysoko cywilizowanych społeczeństwach konfliktów rodzinnych, trudnej sytuacji materialnej itp.

Wynikający stąd niepokój prowadzi do nagłych, znacznych

---

[8] J. Jarosz, *Choroba alkoholowa i możliwości jej prewencji w środowisku wojskowym, w świetle wielodyscyplinarnych badań osobowości kadrowych pracowników LWP*, Łódź 1975, WAM.

[9] W.B. Terhune, *The Rising Tide of Alcoholism*, „Problemy Alkoholizmu" 1966, nr 3, s. 4.

zmian nastroju, stanów dysforii, drażliwości, nadmiernej wrażliwości, łatwości doznania uczucia obrazy. Na tym tle rodzi się poczucie wyobcowania, sprzyjające roztkliwianiu się nad sobą. Również u osób z takimi cechami, jak: chęć imponowania otoczeniu, efekciarstwo, lekkomyślność, próżność, przesada w wyrażaniu uczuć, chwiejność emocjonalna, zmienność i słomiany zapał — łatwiej rozwija się alkoholizm.

W zaawansowanym alkoholizmie nałogowym, a zwłaszcza w jego fazie schyłkowej — alkoholizmie przewlekłym, rozwija się zespół zmian psychicznych określonych pojęciem psychodegradacji. Psychodegradacja charakteryzuje się ogólnym zubożeniem osobowości alkoholika i rozpadem jego systemu etyczno-moralnego. Uczucia najbardziej ludzkie, a więc rodzinne, społeczne, patriotyczne ulegają stępieniu i zanikowi. Zanika poczucie odpowiedzialności jak również uczucia wstydu i winy będące drogowskazami samorealizacji. Cele i osiągnięcia stają się coraz uboższe, aż ostatecznie pozostaje tylko jeden — zdobyć za każdą cenę alkohol. Świat alkoholika coraz bardziej się kurczy. Trzy człony czasu: przeszłość, teraźniejszość i przyszłość sprowadza alkoholik do jednego — teraźniejszości. Przyszłość dla niego nie istnieje, gdyż niczego od niej nie oczekuje, nad przeszłością się nie zastanawia, nie wyciąga z niej wniosków, które mogłyby wpłynąć na przyszłość. Stąd samobójstwa wśród alkoholików spotyka się dziesięciokrotnie częściej niż wśród pozostałej populacji [10].

Aby osiągnąć „dno" egzystencji ludzkiej, jakie niejednokrotnie przedstawia sobą człowiek dotknięty alkoholizmem przewlekłym, musi on pić alkohol w ilościach nadmiernych przez okres od 2 do 20 lat. Ponadto utrata kontroli nad piciem występuje jedynie u części osób pijących nadmiernie. Od czego zależy jej powstanie — do chwili obecnej nie wiadomo. Ustalono natomiast, że wszelkie uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (stany pozapalne, pourazowe — w tym po uszkodzeniu okołoporodowym), cechy nieprawidłowej osobowości (psychopatia) oraz wczesny

[10] L. Hrynkiewicz, *Przyczynek do zagadnienia tzw. depresji alkoholowej*, „Probl. Alkohol". 1967, nr 9, s. 6; L. Hrynkiewicz, *Człowiek, alkohol, alkoholizm*, Warszawa 1972.

wiek rozpoczęcia picia, wybitnie skracają czas wykształcenia się alkoholizmu przewlekłego. Jeżeli uwzględnić, że we współczesnej populacji u znacznego odsetka osób stwierdza się subkliniczne cechy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (są to ludzie zawdzięczający swoje życie postępowi wiedzy medycznej, a zwłaszcza spadkowi śmiertelności okołoporodowej, dużej uleczalności chorób zapalnych opon mózgowych i mózgu oraz osiągnięciom traumatologii), a ponadto wyraźnie obniża się granica wieku rozpoczynania picia, to w znacznie groźniejszych wymiarach widzieć należy społeczne skutki pijaństwa.

Problem obniżania się wieku inicjacji w pijaństwie (używanie alkoholu)

Obniżanie się wieku rozpoczynania picia ma wiele przyczyn zarówno natury społecznej, jak i biologiczno-psychologicznej. Należy szczególnie podkreślić niekorzystne zmiany, jakimi została dotknięta podstawowa struktura społeczna — rodzina [11]. Jej walory wychowawcze uległy znacznemu obniżeniu, zwłaszcza w środowiskach wielkomiejskich, a jest to niezamierzonym, lecz trudnym do uniknięcia „produktem ubocznym" rozwoju cywilizacji, przemysłu, rosnącego tempa życia i innych warunków życia miejskiego. Powszechnie obserwuje się spadek autorytetu ojca, który w naszej cywilizacji zawsze był wyrazicielem ideałów, zasad i norm życia społecznego. Jakże wcześnie przestaje on być dla dziecka najmądrzejszym i wszystkomogącym. Dojrzewający człowiek gubi się niejednokrotnie w potopie informacji, sprzecznych opinii i sądów. Dom rodzinny często nie daje mu poczucia bezpieczeństwa. Zapracowani rodzice nie mają czasu na oczekiwaną rozmowę. Zerwała się więź z pokoleniem dziadków, którzy często lepiej rozumieli potrzeby emocjonalne dzieci, niźli ich rodzice. Wszystko to, na kanwie gwałtownych przemian cywilizacyjnych, doprowadza do poczucia zagubienia u młodzieży, dezorientacji i stanu frustracji. Potwierdzają to wyniki badań Konopnickiego [12].

[11] Z. Rydzyński, *Problemy zdrowia psychicznego młodzieży przedpoborowej*, Łódź 1976, WAM.

[12] J. Konopnicki, *Niedostosowanie społeczne*, Warszawa 1971.

Stwierdził on cechy niedostosowania u 8—12% młodzieży szkolnej, przy czym najmniejszy procent dotyczył młodzieży ze środowiska wiejskiego.

Powyższe stwierdzenia powtarzane przy różnych okazjach zatraciły swoją nośność informacyjną, zamiast mobilizować do skutecznego działania — usypiają. Nie są one oryginalne, lecz bezwarunkowo słuszne i dlatego zostały przytoczone.

Znaczne przyspieszenie rozwoju biologicznego i umysłowego młodego pokolenia spowodowało zdynamizowanie trudności przystosowawczych w wieku pokwitania i dorastania, bowiem rozwój emocjonalny i dojrzałość społeczna nie nadążają za nimi. Dojrzałość emocjonalną i społeczną zdobywa się najczęściej w drodze własnych doświadczeń, a te mają swój odmienny rytm i tempo. W okresie dorastania młody człowiek usiłuje uzyskać niezależność, pragnie nakreślić swoją linię życiową przez wybór zawodu i przyszłej roli społecznej, ukształtować obraz samego siebie i przyjąć jakiś system wartości. Są to zadania prawie ponad jego siły. Stąd proces internalizacji norm społecznie aprobowanych ulega licznym zakłóceniom i opóźnieniu. Jakże łatwo zgubić się, wybrać fałszywy cel i drogę donikąd. Młody człowiek buntuje się przeciwko dorosłym, naśladuje jednak sposób bycia starszego pokolenia. Miarą dojrzałości w jego oczach bywa często papieros i alkohol. Prócz pewnego rodzaju niespecyficznego naśladowania dorosłych, zachodzi również identyfikacja z którąś ze znaczących osób (ojciec, matka, nauczyciel itp.). Młody człowiek przyswaja sobie jej system wartości, cele i zachowanie. Często może chodzić o identyfikację z więcej niż jedną osobą dorosłą. Z punktu widzenia wartości społecznych i etycznych identyfikacja może być także niekorzystna. Na przykład syn naśladuje sposób bycia i nawyki ojca alkoholika. Badania socjologiczne wśród młodzieży szkół ponadpodstawowych wykazały, że najczęściej piją alkohol uczniowie zasadniczych szkół zawodowych, nieco rzadziej techników, a najrzadziej liceów ogólnokształcących. Korespondują z nimi wyniki badań przeprowadzonych przez Polskie Radio w środowiskach przemysłowych i rolniczych. Z badań tych wynika, że alkohol piją młodzi ludzie tym częściej, im mają więcej wolnego czasu, mniejsze zainteresowania kulturalne i wyższe docho-

dy. Zatem względnie częstsze picie alkoholu przez młodzież z zasadniczych szkół zawodowych, a tym bardziej przez młodzież nie uczącą się i nie pracującą, można tłumaczyć niekorzystnym wpływem środowiska osób dorosłych (w pewnych zawodach uważa się, że dobry fachowiec częściej pije), mniej ambitnymi celami życiowymi stawianymi sobie przez tę młodzież oraz względnie większą ilością wolnego czasu w porównaniu z uczniami liceów.

TYPY I RODZAJE PIJAŃSTWA

Modele picia

Na przestrzeni wieków wśród krajów kręgu kultury europejskiej wytworzyły się różne modele picia akoholu. Zdecydowały o tym odmienne warunki geograficzne, różnice w uprawach ziemiopłodów, pewne cechy narodowego charakteru, a zapewne i inne trudniej uchwytne czynniki. Modele te przejawiają dużą trwałość i do tej pory nie udało się w każdym kraju zmienić — pomimo licznych działań — dominującego modelu picia na inny. Wyróżnia się trzy modele picia alkoholu: romański, anglosaski i północno-wschodni.

Głównymi przedstawicielami romańskiego modelu picia są Francja i Włochy. Model ten charakteryzuje picie dużych ilości alkoholu w ciągu dnia, głównie wina, w małych jednorazowych dawkach, co nie prowadzi do upica, a jedynie do stanu pewnej euforii. O wykształceniu się tego modelu zadecydowała uprawa winnej latorośli oraz ciepły klimat, w którym wypicie jednorazowo większej dawki alkoholu prowadziłoby do głębokiego upicia, natomiast wypijanie niewielkiej ilości niskoprocentowego alkoholu (rozcieńczone wino) zaspokaja pragnienie i działa pobudzająco. Zapewne i cechy osobowości śródziemnomorskiego typu antropologicznego: żywy temperament, łatwość i potrzeba nawiązywania kontaktów z ludźmi, optymizm i sybarytyzm w stosunku do życia nie sprzyjają piciu prowadzącemu do zamącenia świadomości i rozluźnienia kontaktu ze światem.

Kraje, w których dominują dwa następne modele pokrywają

się w dużym stopniu z zasięgiem uprawy żyta i ziemniaków, podstawowych surowców do produkcji wysokoprocentowych napojów alkoholowych. Anglosaski model picia reprezentują Anglia i Stany Zjednoczone. Charakteryzuje się on piciem również dużych ilości napojów alkoholowych, zwykle mocniejszych, lecz w małych ilościach jednorazowo. O wykształceniu się tego modelu zadecydowały głównie cechy społeczne i kulturowe takie, jak: przedsiębiorczość, praktycyzm, chłodna kalkulacja w kontaktach z innymi, prestiż indywidualnego sukcesu, purytańska surowość obyczajów w poprzednich stuleciach i kult pracy.

Trzeci z wymienionych modeli — model północno-wschodni — reprezentowany jest głównie przez Polskę, Szwecję, Finlandię i narody słowiańskie Związku Radzieckiego. Jest on z całą pewnością najbardziej szkodliwy ze społecznego punktu widzenia. Model ten cechuje picie w dużych ilościach jednorazawo mocnych trunków — stąd znaczne zatrucie alkoholem i jego następstwa.

W Polsce ten model picia wykształcił się w czasach saskich, a winę za to niewątpliwie ponosi szlachta hołdująca w tym okresie hulaszczemu, niekulturalnemu stylowi życia, który znalazł swój wyraz w znanym porzekadle: „Za króla Sasa jedz, pij i popuszczaj pasa". Jeszcze większe znaczenie miało wprowadzenie w Polsce w XVII w. propinacji.

Następstwa tego wybitnie niekorzystnego dla nas modelu picia są takie, że chociaż w spożyciu napojów alkoholowych (w przeliczeniu na alkohol 100%) wyprzedza nas kilkanaście państw, to intoksykacja organizmu pijącego Polaka jest bez porównania większa niż pijącego Francuza lub Włocha. Przeciętny dorosły mężczyzna wypija u nas jednorazowo 200—300 cm^3 wódki. Stąd w Polsce każdego dnia jest około 800 tys. osób nietrzeźwych, a w izbach wytrzeźwień każdego roku przebywa około 230 tys. osób.

Style picia

Wyróżnienie modeli picia jest nsastępstwem uogólnienia dominującego w danym społeczeństwie sposobu picia. Jednak w ramach narodu poszczególne środowiska piją często w sposób od-

mienny. Dlatego każdy, kto zaczyna pić alkohol, czyni to w sposób charakterystyczny dla swojego otoczenia. Po pewnym, indywidualnie długim czasie u około 20% wszystkich pijących kształtuje się osobisty styl picia. U tych ludzi alkohol zaczyna zaspokajać potrzeby, których nie mogą zaspokoić inną drogą.

Kępiński wyróżnia pięć indywidualnych stylów picia alkoholi: a) neurasteniczny, b) kontaktywny, c) heroiczny, d) samobójczy, e) dionizyjski [13].

Neurasteniczny styl picia cechuje zwykle częste picie, lecz w małych ilościach. Częste stany znużenia, rozdrażnienia bądź apatii są typowe dla współczesnego homo-faber — utarł się więc pogląd, że kieliszek „stawia na nogi", usuwa zmęczenie. U ludzi wykonujących czynności proste tak jest istotnie. Jednak równocześnie subtelne funkcje psychiczne ulegają zaburzeniu. Opóźnia się czas reakcji, osłabia spostrzegawczość, obniża krytycyzm. Wykazał to już przed kilkudziesięciu laty Kraepelin, przeprowadzając doświadczenia na rekrutach, którzy po wypiciu niewielkiej dawki alkoholu nie wykazując żadnych objawów upicia osiągali o 3% gorsze wyniki w strzelaniu niż zwykle, chociaż wszyscy twierdzili, że strzelali lepiej. Obserwowano również przy alkoholemii 0,5‰ — dwukrotne, a przy 1‰ alkoholu we krwi — czterokrotne zwolnienie czasu reakcji.

W stylu kontaktywnym pije się również często, ale nie do utraty przytomności. W ten sposób piją zazwyczaj ludzie mający trudności w kontaktowaniu się z otoczeniem, nieśmiali, zamknięci w sobie, dla których alkohol jest „lekiem" zbliżającym ich do świata.

Styl heroiczny to 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 w stanie głębszego upicia. Alkohol wyzwala wówczas poczucie mocy, realizujące się w naszych warunkach zazwyczaj w ekscesach chuligańskich.

Natomiast samobójczy styl picia, którego głównym mo-

[13] A. Kępiński, *Dyskusyjne problemy alkoholizmu*, PTL, 1963, nr 18, 45, s. 1703.

tywem może być dążenie do utopienia siebie wraz z dręczącymi problemami w alkoholu, co Freud nazwał „instynktem śmierci", to zwykle „picie do dna", upicie się w „trupa". W ten sposób piją często ludzie, którzy nie są w stanie zaakceptować sensu życia. Nie wypracowali oni żadnej aprobowanej przez siebie formy działania organizującej i nadającej znaczenie ich codziennej aktywności. Równocześnie osoby te krytycznie oceniają swój stan. Potrzeba sensu życia jest potrzebą cechującą dorosłego człowieka — bez jej zaspokojenia nie może on funkcjonować normalnie. Alkohol ma przynieść zapomnienie. Wyzwala on u ludzi — często chodzi o psychopatów — stany agresji i autoagresji, jako przejaw nienawiści do siebie i innych.

Dionizyjski styl picia, częsty wśród artystów i ludzi z egzystencjalnym „bólem istnienia", to zazwyczaj podświadoma ucieczka od „szarzyzny życia", nawet w świat psychozy, po nieudanych próbach osiągnięcia nadmiernie ambitnych celów, przekraczających możliwości ich talentu.

Fazy rozwoju alkoholizmu

Na podłożu społecznego modelu picia, w oparciu o indywidualny styl picia, rozwija się alkoholizm. Jellinek na podstawie 2 tys. życiorysów alkoholików opisał 4 fazy rozwoju alkoholizmu: początkową, ostrzegawczą, rozstrzygającą (krytyczną) i końcową [14].

Poszczególnie fazy nie muszą jednak się ujawnić, niekiedy występują w innej postaci, niekiedy nie stwierdza się ich wcale [15]. Czas trwania poszczególnych faz jest różny. Zależy m.in. od wieku rozpoczęcia picia. Alkoholizm u młodzieży przebiega szczególnie gwałtownie — fazy ulegają skróceniu, wcześniej rozwijają się objawy psychodegradacji.

Objawy fazy początkowej są mało charakterystyczne. Najistotniejsze są: wykształcenie się indywidualnego stosunku do alkoholu, który zaspokaja potrzeby psychiczne pijącego,

---

[14] Jellinek, *op. cit.*
[15] J. Skala, *Alkoholizm*, Warszawa 1966.

ten z kolei pije coraz częściej, chociaż niekoniecznie za każdym razem do stanu zupełnego upicia, a z upływem czasu wzrasta tolerancja alkoholu — można wypić więcej. Piwo, wino, wódka przestają być różnymi rodzajami napojów, a stają się jedynie „środkiem", którego się potrzebuje.

Dla fazy ostrzegawczej charakterystyczne jest wystąpienie palimpsestów alkoholowych. Są to stany niepamięci, występujące po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu. Alkoholik często nie przejawia w takim stanie wyraźniejszych objawów upicia. Niepamięć obejmuje różny okres w początkowej fazie picia. W tej fazie dotknięty alkoholizmem zaczyna zwykle pić potajemnie. Będąc w towarzystwie pierwsze kieliszki wypija łapczywie, 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. W alkoholizmie przewlekłym — poczucie winy zanika. Poczucie winy to doświadczenie ujemnych uczuć w stosunku do własnej osoby, pozostałych w wyniku negatywnych ocen samego siebie ze względu na określone wartości moralne. Jest ono uczuciem konstruktywnym, jeśli jest adekwatne do sytuacji, natężenie jego nie przekracza pewnej granicy.

Objawem istotnym dla fazy krytycznej jest utrata kontroli nad piciem rozpoczętym, będąca wyrazem głodu alkoholowego i zależności psychicznej.

Pojęcie głodu alkoholowego nie jest jednoznaczne. Wyróżnia się cztery znaczenia tego terminu:

1) głód powstający po rozpoczęciu picia (utrata kontroli),

2) głód dla usunięcia objawów abstynencyjnych,

3) dążenie do alkoholu w okresie zachowania kontroli picia, w celu osiągnięcia błogostanu,

4) dążenie do alkoholu występujące w zaburzeniach nastroju, snu.

Dla picia nałogowego charakterystyczny jest zakres dwóch pierwszych znaczeń. W tej fazie alkoholizmu pojawiają się zazwyczaj konflikty społeczne związane z piciem. W następstwie tych objawów samoocena alkoholika obniża się, narasta poczucie niepewności. Dotknięty nałogiem usiłuje zazwyczaj kompensować

niekorzystne cechy i przykre uczucia krótko trwającymi okresami nadmiernej pracowitości, hojności, przechwałkami. Ponieważ coraz trudniej o aprobatę w dotychczasowym środowisku, alkoholik szuka innego, w którym nadal mógłby coś znaczyć.

W fazie końcowej — terminalnej 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 do pracy, wygasają ambicje zawodowe. U około 10% alkoholików rozwija się w tej fazie któraś z czterech psychoz alkoholowych, najczęściej majaczenie drżenne. W miarę pogłębiania się alkoholizmu rozwija się alkoholowy zespół abstynencyjny zwany wczesnym, przejawia się on zaburzeniami wegetatywnymi i psychicznymi, występującymi w 8—12 godzin po ostatnim spożyciu alkoholu [16]. Rozwija się on w dwóch fazach.

W pierwszej fazie alkoholowego zespołu abstynencyjnego dominują objawy wegetatywne: wzmożona potliwość, drżenie palców rąk, języka, niekiedy całego ciała, rozlane tępe bóle głowy, subiektywne poczucie niepewności przy chodzeniu, ucisk w okolicy serca i przyspieszona jego czynność, niesmak w ustach, nudności, wymioty poranne, biegunka, częstoskurcz, uczucie „ciężkości nóg", kurcze mięśni łydek itp.

Zaburzenia psychiczne w pierwszej fazie alkoholowego zespołu abstynencyjnego schodzą zwykle na plan drugi. Przejawiają się one uczuciem znużenia, szybkim wyczerpaniem się psychicznym i fizycznym, przygnębieniem bądź rozdrażnieniem oraz stanami dysforii (częsty tzw. wisielczy humor).

Objawy pierwszej fazy alkoholowej zespołu abstynencyjnego utrzymują się do 2—3 dni, a jeśli alkoholizm pogłębia się, to nawet do kilkunastu dni. Można jednak stwierdzić, że pierwsza faza tego zespołu mało różni się od zespołu przepicia (tzw. kaca).

---

[16] J. Jarosz, *Choroba alkoholowa jako narkomania. Rola alkoholowego zespołu abstynencyjnego w jej wczesnym rozpoznaniu*, „Zdrowie Psychiczne" 1973, nr 4, s. 9; J. Jarosz, *Obraz kliniczny wczesnego alkoholowego zespołu abstynencyjnego* (AZA), „Lekarz Wojskowy" 1977, nr 2, s. 84.

W drugiej fazie alkoholowego zespołu abstynencyjnego objawy psychiczne dominują nad wegetatywnymi, chociaż i w tej fazie, w porównaniu z pierwszą — 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 paranoicznego. Szczególnie charakterystyczne jest podejrzenie zdrady małżeńskiej, urastające do rozmiarów przelotnych urojeń, występujących u 50 do 80% alkoholików. W godzinach wieczornych niepokój narasta, pojawiają się iluzje wzrokowe i słuchowe, występują zaburzenia snu — trudności w zasypianiu, płytki sen, któremu towarzyszą koszmarne — lękowe majaki. Często występują w tym stanie zlewne poty. U pewnego odsetka alkoholików po 2—3 dniach powyższy zespół abstynencyjny przechodzi w majaczenie drżenne, a u pozostałych alkoholowy zespół abstynencyjny ustępuje stopniowo w ciągu kilku bądź kilkunastu dni.

W zaawansowanym alkoholizmie nałogowym, a tym bardziej w przewlekłym, często spotyka się zaburzenia potencji. Zazwyczaj idą w parze: obniżenie wydolności seksualnej i wzrost pobudliwości (libido). Poczucie męskości odgrywa w naszej kulturze doniosłą rolę w samoocenie mężczyzny. Szczególnie duże znaczenie ma ono dla alkoholika, jeśli nie osiągnął on jeszcze „dna psychodegradacji", a to z powodu często uświadamianego puczucia niższości, które pragnie kompensować. Niechęć partnerki do pożycia seksualnego, zrozumiała z uwagi na nieatrakcyjność partnera (wygląd, sposób bycia), odmiennie przez niego tłumaczona, tym bardziej skłania go do wykazania się męskością prowadząc do przerostu seksualizmu. W czasie aktu płciowego alkoholik koncentruje uwagę nie na osobie partnerki, ale na przebiegu stosunku płciowego, wskutek czego zniechęca ją, pogłębiając dysharmonię. Z kolei każde niepowodzenie ugruntowuje w nim poczucie mniejszej wartości i prowadzi do dalszego picia. Powyższy mechanizm odgrywa niewątpliwie rolę w genezie rozwoju zazdrości u alkoholików.

Profilaktyka i leczenie choroby alkoholowej

Pijaństwo i alkoholizm, jako zjawisko o zasięgu ogólnospołecznym są przedmiotem zainteresowania różnych dyscyplin naukowych. Socjologia, ekonomia, medycyna, psychologia, prawo — ujmują różne aspekty tych samych zagadnień. Dlatego wszelka profilaktyka musi uwzględniać, koordynować i scalać wyniki badań każdej z tych dyscyplin. Nie można podejmować skrajnych, emocjonalnie uzasadnionych decyzji, w rodzaju wprowadzenia prohibicji lub propagowania tylko abstynencji. Byłoby to działanie nieskuteczne. Nie znaczy to jednak, że nie należy popierać wysiłków pewnych środowisk propagujących abstynencję. Profilaktykę pijaństwa i alkoholizmu można podzielić na: a) szeroko rozumiane zapobieganie pijaństwu, b) profilaktykę alkoholizmu w wyższym znaczeniu.

Profilaktyka w szerokim ujęciu powinna obejmować propagowanie pożądanych wartości osobowych i społecznych (współczesna pedagogika zbyt mało mówi o potrzebie samowychowania i samodoskonalenia, w której świadoma rezygnacja z pewnych przyjemności i stała konieczność wyboru są warunkami koniecznymi). Należy do niej również troska o podnoszenie kultury życia i współżycia, rozbudzanie potrzeb kulturalnych i umysłowych oraz tworzenie możliwości społecznie korzystnego rozładowania napięć emocjonalnych. Szczególne zadanie mają tu do spełnienia szkoła i organizacje młodzieżowe, telewizja, radio, kino i prasa. Profilaktyka pijaństwa i alkoholizmu w węższym znaczeniu powinna przeciwdziałać towarzyskiemu przymusowi picia, propagować i bezwzględnie egzekwować trzeźwość zawodową oraz wykrywać osoby z wczesną fazą choroby alkoholowej i skłaniać je do leczenia na tych samych zasadach, co osoby chore wenerycznie lub na gruźlicę.

Mało znane, jeszcze mniej egzekwowane w praktyce społecznej są przepisy prawne mówiące o potrzebie trzeźwości zawodowej pracowników [17]. Egzekwuje się je właściwie jedynie od osób kierujących pojazdami mechanicznymi komunikacji lądowej, po-

[17] J. Fiutowski, *Biologiczno-prawne zagadnienia alkoholizmu*, Warszawa 1970.

wietrznej lub wodnej. Artykuł 70 § 2 *Kodeksu wykroczeń* mówi, że kto wbrew obowiązkowi zachowania trzeźwości znajduje się w stanie wskazującym na użycie alkoholu i podejmuje w tym stanie czynności, podlega karze. Warto wspomnieć, że poziom alkoholu we krwi od 0,2 do 0,5‰ jest stanem wskazującym na użycie alkoholu. Natomiast poziom powyżej 0,5‰ wskazuje na stan nietrzeźwości. Jeżeli w życiu codziennym przestrzegano by tego artykułu oraz innych zawartych w ustawie o zwalczaniu alkoholizmu z 10 grudnia 1959 r. można by w sposób widoczny zmniejszyć rozmiary pijaństwa. Ustawa mówi również o obowiązku leczenia otwartego i zamkniętego, w tym przymusowego dla alkoholików. Do chwili obecnej problem lecznictwa zamkniętego jest nie rozwiązany ze względu na szczupłość bazy szpitalnej.

Stan nietrzeźwości stanowi zagrożenie dla zdrowia, a często i życia nie tylko osoby nietrzeźwej, ale i współpracowników. Dlatego powinno się bezwzględnie egzekwować obowiązek trzeźwości zawodowej na każdym stanowisku pracy.

Badania ankietowe przeprowadzone przez Polskie Radio w latach 1962 i 1968 wykazały znaczny wzrost spożycia alkoholu na terenie zakładów pracy. Spostrzeżenia zanotowane przez publicystów w ostatnich latach zdają się świadczyć o pogłębianiu się tej wysoce niekorzystnej tendencji.

W warunkach wojska skuteczność walki z pijaństwem i alkoholizmem jest zdecydowanie większa niż w środowiskach cywilnych. Wynika to z samej istoty służby wojskowej, a zwłaszcza takich jej cech, jak: ściśle zorganizowany, stale kontrolowany rodzaj zajęć oraz swoiście otwarty, w ramach grupy, tryb życia.

Wpływa na to również pogłębiający się wśród kadry obyczaj bardziej kulturalnych form spożywania alkoholu. Jedną z miar poziomu kulturalnego żołnierza zawodowego jest umiejętność prowadzenia interesującej, możliwie dowcipnej, wyważonej rozmowy towarzyskiej, której może sprzyjać spożycie niewielkiej ilości alkoholu. Natomiast picie w większych ilościach stępia intelekt i dowcip, wyzwala dążenie i działania popędowe, a zachowanie pijanego staje się niekulturalne, a nawet ordynarne. Moim zda-

niem w stosunku do żołnierzy służby zasadniczej należałoby jednakże prowadzić bardziej wszechstronną działalność wychowawczo-uświadamiającą, a zatem nie tylko przedstawiać nadużywanie alkoholu jako główną przyczynę wypadków, licznych chorób i innych nieszczęść, lecz propagować wzory kulturalnego picia. Należy — być może — rozważyć możliwość kierowania żołnierzy nadużywających alkoholu, a nawet dotkniętych alkoholizmem, jednak bez znaczniejszych objawów psychodegradacji, do pododdziałów o zaostrzonej dyscyplinie.

W warunkach wojska można wcześnie stwierdzić tendencję do nadmiernego picia i w porę im przeciwdziałać. W wypadku zaś kształcenia się nałogu wcześnie kierować pacjenta do leczenia. Skuteczność leczenia w dużym stopniu zależy od wczesnego jego rozpoczęcia, zanim rozwiną się i utrwalą objawy psychodegradacji. Leczenie osób dotkniętych chorobą alkoholową jest procesem złożonym. Wynika to zarówno z wieloprzyczynowych, indywidualnie różnych czynników prowadzących do nałogu, jak i jego następstw wyrażających się bądź w trwałych uszkodzeniach narządów, bądź w burzliwie przebiegających zakłóceniach ich czynności. Ponadto tylko niewielki odsetek alkoholików jest przeświadczony o swojej chorobie, a jeszcze mniejszy procent przyznaje się do niej. Nieprzyznawanie się do nałogu jest zarówno wyrazem postawy obronnej pacjenta, który nie chce przyznać się przed sobą do poniesionej klęski, jaką jest nałóg, jak i płytkiego wglądu we własną osobowość, wynikłego z postawy lękowej.

Lęk towarzyszący zawsze alkoholizmowi, czy to w słabo wyrażonej postaci niepokoju w początkach nałogu, czy w gwałtownych napadach lęku beztematycznego w zaawansowanej fazie alkoholowego zespołu abstynencyjnego, czy wreszcie w postaci gwałtownego strachu i trwogi w ostrych psychozach alkoholowych, utrudnia tworzenie obrazu samego siebie. Będąc z istoty swojej uczuciem destrukcyjnym, zaburza bądź uniemożliwia integrację osobowości, utrudniając określenie własnej hierarchii wartości i celów godnych realizacji.

Wgląd we własną osobowość wydaje się koniecznym warunkiem osiągnięcia korzystnych wyników leczenia. Zmniejszenie

lęku oraz złagodzenie zaburzeń czynności narządów składają się na wstępną fazę leczenia. Proces leczenia szpitalnego, który jest bardzo istotnym etapem w leczeniu nałogu, można podzielić na dwa okresy:

1) leczenie z zaburzeń pointoksykacyjnych manifestujących się dysfunkcją różnych narządów oraz zaburzeniami emocjonalnymi, które w sumie składają się na obraz alkoholowego zespołu abstynencyjnego;

2) leczenie z właściwego nałogu. W tym czasie podaje się pacjentowi glukozę, witaminy i inne leki wzmacniające, a w wypadku zaburzeń ze strony poszczególnych narządów, odpowiednie skuteczne środki.

W czasie kolejnych rozmów z pacjentem, będących równocześnie kontynuacją badania, poznaje się jego biografię, analizuje linię życiową, zasadnicze konflikty, genezę i rozwój nałogu. W wypadku pacjentów żonatych usiłuje się w tym czasie nawiązać kontakty z małżonkami w celu uzupełnienia wywiadu i pouczenia o zasadach postępowania ze współmałżonkiem. Pod koniec tego okresu omawia się z każdym pacjentem wyniki badań w powiązaniu z objawami klinicznymi, informując ich o stwierdzonych uszkodzeniach narządów wynikłych z alkoholizmu. Przedstawia się dalsze następstwa picia — możliwość ustąpienia zmian w wypadku abstynencji bądź ich postępowania w wypadku dalszego picia. Opisany pokrótce sposób postępowania przyśpiesza wykształcenie krytycznej postawy pacjentów wobec siebie, umożliwiając im przez to osiągnięcie właściwszego wglądu we własną osobowość. Właściwą metodą leczenia samego nałogu jest psychoterapia zarówno indywidualna, jak i grupowa. Obie te metody powinny się uzupełniać. Proces leczenia z nałogu trwa miesiące, a niekiedy i lata [18]. W tym czasie leczący się jest zdolny do wykonywania pracy. Kilkudniowy pobyt w szpitalu zapoczątkowuje jedynie proces leczenia, w który należy włączyć rodzinę pacjenta, najbliższe środowisko, dowództwo. Tylko wyrozumiała, lecz niepobłażająca, nacechowana serdecznością i życzliwością atmosfera otaczająca pacjenta po opuszczeniu szpitala gwarantuje pozytyw-

[18] Z. Rydzyński, *Problemy zdrowia psychicznego żołnierzy*, Warszawa 1971.

związanych z medycyną, mających łatwy dostęp do leków, a także osób ciężko chorych somatycznie, u których stosowanie narkotyków jako środków uśmierzających bóle doprowadziło w ostateczności do nałogu. Sporadyczne wypadki narkomanii stwierdzano również wśród przedstawicieli elitarnych środowisk twórczych.

W latach dwudziestych sygnalizowano wystąpienie fali narkomanii kokainowej w Związku Radzieckim wśród sierot i półsierot — ofiar I wojny światowej. W Niemczech w erze tzw. narodowego socjalizmu stwierdzono wiele przypadków nałogowego używania perwityny. W tym samym czasie w Stanach Zjednoczonych pojawiły się sygnały o używaniu marihuany w środowiskach imigrantów murzyńskich i portorikańskich. W czasie II wojny światowej, w wyniku m. in podawania żołnierzom w wielu krajach (np. Japonia, Anglia, Niemcy) środków pobudzających w charakterze dopingu oraz w wyniku przemieszczeń ludności związanych bezpośrednio lub pośrednio z działaniami wojennymi, w różnych rejonach świata zaczęła wzrastać liczba osób narkotyzujących się.

O prawdziwej epidemii czy wręcz pandemii narkotyzowania się można mówić na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych naszego wieku. W tym czasie walkę z narkomanią podjęły tak ważne organizacje międzynarodowe jak ONZ, WHO czy Interpol. Zaistniała pilna potrzeba prowadzenia wielokierunkowych badań i ustalenia efektywnego programu działania nie tylko w aspekcie medycznym, ale także socjologicznym, prawnym czy politycznym.

Zjawisko narkomanii doby współczesnej różni się w sposób istotny od narkomanii tradycyjnej w krajach rozwijających się. Przede wszystkim dotyczy ludzi młodych, zwykle przed 25 rokiem życia, w znacznym stopniu nastolatków. Zażywają oni, często „eksperymentalnie", różne substancje pochodzenia roślinnego i syntetycznego. Liczba tych substancji wzbogaca się wciąż o nowe leki i środki chemiczne nie mające uprzednio nic wspólnego z medycyną. Stosowanie przez młodzież jednocześnie kilku środków (lub na przemian) określa się jako politoksykomanię. Charakterystyczne, że młodociani narkomani rekrutują się

głównie z krajów wysoko uprzemysłowionych i rozwiniętych ekonomicznie.

W piśmiennictwie naukowym i popularnonaukowym spotykamy się z różną terminologią dotyczącą omawianego zjawiska: narkomania, toksykomania, oszałamianie się, nałóg, nadużywanie leków, przyzwyczajenie do leków, farmakomania, farmakofilia, lekomania, zależność lekowa. Termin „narkomania" powinien zasadniczo odnosić się tylko do używania narkotyków, „toksykomania" do zażywania środków toksycznych, „farmakomania" — leków. Często ścisła granica pomiędzy tymi pojęciami jest trudna lub wręcz niemożliwa do określenia. Próbowano tematykę związaną ze zjawiskiem nadużywania leków podzielić na dwie grupy pojęć: toksykomania i przyzwyczajenie do leku (nałóg). Przez t o k s y k o m a n i ę rozumiano stan przewlekłej lub okresowej intoksykacji spowodowanej powtarzającym się zażywaniem leku naturalnego lub syntetycznego. Cechami charakterystycznymi tej formy są:

— niezwalczone pragnienie, potrzeba lub wewnętrzny przymus stałego zażywania leku i zdobywanie go wszelkimi środkami;

— dążenie do zwiększania dawek;

— obok zależności psychicznej zależność fizyczna ujawniana w razie zatrzymania dowozu zespołem abstynencji;

— skutki nadużywania szkodliwe dla jednostki i dla całego społeczeństwa.

Przez p r z y z w y c z a j e n i e rozumiano stan wynikający z powtarzanego zażywania leku charakteryzujący się:

— pragnieniem, ale niekoniecznie potrzebą kontynuowania zażywania leku ze względu na lepsze samopoczucie po jego zażyciu;

— niewielką tendencją (lub nawet jej brakiem) do podwyższania dawek;

— pewną zależnością psychiczną w odniesieniu do skutków działania leku przy braku zależności fizycznej, a więc braku zespołu objawów abstynencji;

— brakiem społecznych skutków nadużywania. Skutki szkodliwe społecznie, jeśli istnieją, odnoszą się głównie do jednostki.

Nie zawsze jednak łatwo zaszeregować działanie leku według powyższego podziału. Światowa Organizacja Zdrowia zaleciła więc zastąpienie wszystkich terminów jednym określeniem *drug dependence* (ang.) — zależność lekowa. Polskie tłumaczenie nie jest zbyt ścisłe, *drug* w języku angielskim oznacza bowiem zarówno lek, jak i każdy inny niefarmakologiczny środek, który po wprowadzeniu do żywego organizmu może zmienić jedną lub kilka jego funkcji. W związku z tym w Polsce używane są raczej terminy narkomania czy toksykomania młodzieżowa — określamy nimi zjawisko stosowania przez młodzież różnych środków chemicznych w celu uzyskania niezwykłego stanu psychicznego.

Środki te nazywa się często środkami odurzającymi określając tym mianem każdą substancję naturalną czy syntetyczną zdolną do wywołania pożądanych przez jednostkę zmian w jej stanie psychicznym i mogącą wywołać uzależnienie. Pamiętać należy, że część młodzieży sięgającej po *drugs* poprzestaje na kilku — czy kilkunastokrotnym ich zażyciu, część zaś wykazuje skłonność do stosowania częstszego i bardziej systematycznego oraz do poszukiwania środków o coraz silniejszym działaniu. Spośród tych ostatnich pewien procent z biegiem czasu staje się uzależniony od działania środka.

Pojęciem toksykomania młodzieżowa obejmujemy wszystkie wymienione grupy młodzieży, różnicując je jednak wyraźnie.

Podział farmakodynamiczny środków powodujących uzależnienie przedstawia się następująco:

I. Analgetyki (środki przeciwbólowe) narkotyczne: opium, morfina, heroina, palfium, metadon. Środki z tej grupy to klasyczne narkotyki o autentycznych właściwościach odurzających.

II. Analgetyki nienarkotyczne (np. popularne tabletki przeciwbólowe).

III. Alkohol i narkotyki chirurgiczne (np. eter etylowy, tri).

IV. Środki nasenne (np. luminal, glimid, tardyl, bromural).

V. Ataraktyki (środki uspokajające, np. meprobamat, relanium, oxazepam).

VI. Środki psychodysleptyczne (halucynogeny; np. haszysz,

marihuana, gałka muszkatołowa, peyotl, psylocybina, LSD, harmina, muskaryna).

VII. Środki antycholinergiczne (np. atropina, skopolamina, parkopan).

VIII. Środki psychopobudzające (np. amfataminy, ritalina, preludina, kokaina, katyna).

IX. Inne (np. detergenty, butapren).

Wszystkie wymienione w punktach I—VIII środki stosowane są zwykle doustnie, w zastrzykach lub w postaci tabaczki.

Uczeni i znawcy problemu w sposób jednoznaczny wypowiadają się o szkodliwości ich działania. Pewna rozbieżność ocen istnieje jedynie w stosunku do marihuany. W skład jej wchodzą rozdrobnione kwiatostany i liście konopi indyjskich zmieszane z tytoniem. W zależności od dawki i osobniczej wrażliwości może mieć ona właściwości pobudzające lub hamujące czynności psychiczne. Może także powodować zaburzenia spostrzegania typu iluzji czy halucynacji zwykle z towarzyszącą euforią. Marihuana jest używana najczęściej w postaci papierosów w wielu krajach zachodnich. W Stanach Zjednoczonych w latach sześćdziesiątych 1/5 uczniów w szkołach paliła marihuanę przynajmniej jeden raz w życiu. Od 1967 r. spożycie LSD spada tam na „korzyść" marihuany. W Kanadzie trwa kampania o jawną sprzedaż marihuany. Zwolennicy powołują się na rzekomą nieszkodliwość tego środka. Badania naukowe dowodzą, że jest to pogląd błędny, po latach stosowania marihuany stwierdzono bowiem m.in. zmiany zanikowe w mózgu. Największe jednak niebezpieczeństwo związane z używaniem marihuany wynika z faktu, iż może ona być środkiem inicjującym narkomanię groźniejszego typu. Od marihuany zaczynało 60% heroinistów, 82% używających amfetaminy i 85% używających LSD w Stanach Zjednoczonych [1].

W latach 1962—1963 w Stanach Zjednoczonych (głównie w Teksasie i Nowym Jorku) pojawił się nie znany uprzednio typ narkomana młodzieżowego tzw. wąchacz. Wiek inicjacji, pierwszego zetknięcia się ze środkiem odurzającym w tej toksykomanii jest wyjątkowo niski, notowano przypadki wąchactwa już

[1] J. Schenk, *Droge und Gesselschaft*, Berlin, Heidelberg, Nowy Jork 1975.

u kilkuletnich dzieci. W celu oszołomienia wdycha się pary lotnych rozpuszczalników organicznych, zawierających głównie toluol i aceton. Wymienić tu należy rozpuszczalniki farb oraz lakiery, pasty, płynne środki piorące i czyszczące, a przede wszystkim kleje. Samopoczucie w trakcie wąchania przypomina wstępną fazę upojenia alkoholowego z wesołością, gadatliwością, skłonnością do zaczepki, czasem z halucynacjami. Wśród wąchaczy notowano znaczne trudności w nauce i istotny wzrost przestępczości w porównaniu z grupą kontrolną. Występują u nich liczne dolegliwości somatyczne związane z uszkodzeniami śluzówek nosa, jamy ustnej, spojówek, oraz układu moczowego i krwiotwórczego przez związki organiczne. Kleje wdychane są zwykle grupowo, benzyna raczej indywidualnie. Wąchactwo rzadko ma cechy pełnego nałogu, jest to raczej nawyk, który podobnie jak w wypadku marihuany stanowić może etap pośredni w przejściu do narkomanii morfinowej, heroinowej, haszyszowej czy LSD. Od 1968 r. liczba wąchaczy w świecie ulega stopniowo zmniejszeniu.

Proces powstawania uzależnienia analogiczny jest, w ogólnych zarysach, do powstawania nałogu alkoholowego. Początkowo wprowadzanie się w stan oszołomienia podlega aktom woli. Można sięgnąć po środek odurzający lub powstrzymać się od jego zażycia. Stopniowo jednak, w miarę powtarzania dawek, działanie człowieka staje się coraz bardziej podporządkowane emocjom, coraz mniej zależne od kontroli intelektu. Dobrowolne powstrzymywanie się od użycia określonego środka jest coraz trudniejsze. Dobre samopoczucie narkomana i jego funkcjonowanie w społeczeństwie uwarunkowane są aktualną obecnością *drugs* w ustroju. Czas potrzebny do powstania pełnego nałogu zależy od indywidualnej wrażliwości i tolerancji oraz od rodzaju środka. Leki uspokajające i nasenne przez szereg miesięcy mogą nie powodować objawów zależności, natomiast heroina czy preludina prowadzą czasem do nałogu już po kilku wstrzyknięciach. W miarę upływu czasu, dawka, która wystarczała poprzednio do osiągnięcia stanu oszołomienia, musi być podwyższana. Dochodzi do przyjmowania dawek wielokrotnie przewyższających pierwotne.

Pragnienie lub wewnętrzny przymus przyjmowania środka wynika z objawów tzw. głodu czy też wręcz zespołu abstynencyjnego, występującego w określonym czasie po ostatnim zażyciu środka, w razie braku następnej dawki. O zespole abstynencyjnym mówimy w przebiegu toksykomanii charakteryzującej się zależnością zarówno psychiczną, jak i fizyczną. Zależność fizyczna jest wynikiem wprzęgnięcia nadużywanego środka w przemianę materii jako niezbędnego metabolitu. Tak dzieje się np. przy używaniu pochodnych morfiny, wielu środków pobudzających czy nasennych. Na zespół abstynencyjny składają się: uczucie rozdrażnienia i niepokoju, dysforia, podenerwowanie, trudności w skupieniu uwagi, uczucie ogromnego znużenia przy jednoczesnej niemożności zaśnięcia, drżenie kończyn, bóle mięśniowe, czerwienienie się, zlewne poty, nudności, wymioty, biegunka, jadłowstręt, bóle i zawroty głowy. Mogą wystąpić również omdlenia i zapaść. Zależność psychiczna polega głównie na dotkliwym dyskomforcie psychicznym i niemożności prawidłowego funkcjonowania przy braku środka narkotycznego. Obniżonemu samopoczuciu może towarzyszyć lęk określony bądź nieokreślony, może ono także prowadzić do podejmowania prób samobójczych. W skład zespołów abstynencyjnych mogą wchodzić także stany majaczenia lub napady drgawkowe.

Po przyjęciu pożądanego środka występuje u toksykomana tzw. rausz przypominający najczęściej pod wieloma względami różne postacie upojenia alkoholowego. Osobnik „na rauszu" ma podwyższone samopoczucie i obniżony krytycyzm. Teraźniejszość, jak i przyszłość wydają mu się wesołe, pełne wspaniałych możliwości. Realne, autentyczne problemy przestają odgrywać jakąkolwiek rolę. Świat jest pełen barw i osób życzliwych. Taki stan emocjonalny nazywamy euforią. Jednocześnie aktywność ruchowa może być obniżona lub podwyższona. Obniżona aktywność towarzyszy np. uczuciu relaksu po użyciu morfiny. Podwyższona aktywność psychoruchowa przejawiać się może jako przyśpieszenie (często złudne) procesów myślowych, bogactwo twórczości, gadatliwość, konieczność licznych kontaktów towarzyskich. Po zażyciu środków pobudzających, jak np. fenmetrazyna, pemolina, występuje m. in. pęd do pracy fizycznej.

Obraz „rauszu" wygląda odmiennie po użyciu środków psychodysleptycznych. Wystąpić mogą wtedy znaczne zaburzenia świadomości, halucynacje, zaburzenia schematu ciała, zmiana subiektywnego poczucia upływu czasu, uczucie zrozumienia sensu bytu, wrzechrzeczy itp. Podobne objawy wystąpić mogą po dożylnym podaniu środków pobudzających. W trakcie „rauszu" często dochodzi do intensywnie odczuwanych doznań erotycznych, morfiniści wręcz porównują stan po iniekcji do orgazmu. Symptomatologia „rauszu" może być bardzo bogata ze względu na praktyki jednoczesnego stosowania kilku środków o różnych właściwościach (*der amerikanische Rausch*). Najczęstsze połączenia to: rozpuszczalniki i środki nasenne, marihuana i środki pobudzające, środki pobudzające i środki nasenne [2]. Wszystkie te środki zażywa się czasem wraz z alkoholem i nikotyną.

Gdy środek przestaje działać, nadzwyczajne doznania „rauszu" kończą się — ustępując znów objawom abstynencyjnym. Stopniowo wszystkie zainteresowania narkomana koncentrują się wokół sposobów zdobycia *drugs*, nie waha się on przed kradzieżą (środka lub pieniędzy na jego zakup), sprzeniewierzeniem, oszustwem, rozbojem czy nawet morderstwem. Nałóg alkoholowy jest stosunkowo łatwy w realizacji z powodu dostępności alkoholu. Toksykomanie innego typu często wiążą się z wyłudzaniem, fałszerstwem recept czy pokątnym handlem — są więc silniej związane z przestępczością już na etapie zdobywania środka uzależniającego. Na ten właśnie aspekt toksykomanii powołują się zwolennicy dopuszczenia marihuany do wolnej sprzedaży.

Długotrwałe działanie toksyczne środka doprowadza ostatecznie do degradacji fizycznej (wyniszczenie, wychudzenie, uszkodzenie narządów wewnętrznych, schorzenia dermatologiczne, okulistyczne, laryngologiczne, zmiany zapalne i ropne wokół miejsc niesterylnych wstrzyknięć, zaburzenia neurologiczne) i psychicznej (regresja intelektualna i zaburzenia charakteru). Gdy porówna się historie życia poszczególnych narkomanów, stwierdzić można generalne rysy wspólne polegające na staczaniu się

[2] W Hong-Kongu np. bardzo popularne jest mieszanie heroiny z barbituratami, podgrzewanie tej mieszanki i wdychanie oparów. Nazywa się to „polowaniem na smoka".

na dno moralne i społeczne, zaniku więzów emocjonalnych i wszelkich wartości etycznych, odhamowaniu popędów, zubożeniu uczuciowości wyższej. Narkoman jest ciężarem dla rodziny i dla najbliższych, nie radzi sobie z nauką i pracą zawodową, wymaga częstych interwencji lekarskich, wciąż łamie prawo.

Przyczyny narkomanii młodzieżowej rozważać można w dwóch aspektach. Z jednej strony wiążą się one z obyczajowością, ujemnymi objawami postępu, cywilizacji i dobrobytu. Wśród nich wymienić należy rozwój farmakologii (zwłaszcza środków psychotropowych), rozwój środków masowego przekazu i środków komunikacji, a co za tym idzie większe możliwości zarówno wymiany informacji, jak i przemytu. Nie jest sprawą przypadku, że toksykomania znalazła podatny grunt głównie w krajach kapitalistycznych. Założenia ustrojowe warunkujące nierówności społeczne, atmosfera napięć wynikająca z antagonizmów klasowych i politycznych, bezideowość, dehumanizacja życia, kult wartości materialnych — wywołują u młodzieży reakcje buntu demonstrowane w formach drastycznych. Istnienie kapitału prywatnego i korupcja aparatu państwowego utrudniają tam konsekwentną prewencję i przeciwdziałanie zjawiskom patologii społecznej. Wiąże się z tym oczywiście niedostateczna kontrola przerobu i przemytu *drugs*.

Z drugiej zaś strony znane jest zjawisko pewnej predyspozycji do sięgania po środki odurzające wśród osobników o nieprawidłowej strukturze osobowości zwłaszcza w sferze emocjonalno-popędowej. Są oni chwiejni emocjonalnie, skłonni do niekontrolowanych reakcji efektywnych, łatwo ulegają sugestii, szukają podpory życiowej. Często od najmłodszych lat uciekają z domu, wagarują, kradną, kłamią. W rodzinach ich znaleźć można wiele obciążeń i nieprawidłowości: narkomanię lub alkoholizm rodziców, przestępczość, choroby psychiczne, rozpad rodziny. Częste są błędne postawy rodzicielskie: nadmierna troskliwość lub oschłość matki, słaba pozycja ojca. Wpływ wymienionych nieprawidłowości jest szczególnie silny na tle ogólnoświatowego kryzysu tradycyjnej rodziny. Bywa i tak, że używanie środków odurzających wiąże się z dolegliwościami fizycznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza w swej początkowej fazie. Opisy-

wano np. wypadki wprowadzania dożylnie środka odurzającego w wyniku natrętnej i przymusowej chęci „kłucia się" — sam fakt wprowadzenia igły sprawia człowiekowi przyjemność, narkomania jest niejako procesem wtórnym. W zależności od obrazu klinicznego i przewagi określonych czynników wytwarzających motywację do nałogu próbowano dzielić narkomanię na: somatogenną — warunkowaną głównie dolegliwościami fizycznymi, które narkoman próbuje łagodzić, psychogenną — wynikającą z zaburzeń psychicznych, jatrogenną — spowodowaną błędnym postępowaniem lekarskim, i socjogenną — warunkowaną negatywnymi wpływami środowiska. Za predyspozycją indywidualną do nałogów świadczy fakt, że często idą one w parze. Stwierdzono np., że wśród nałogowych alkoholików jest 80% palaczy nikotyny. Wśród toksykomanów i potencjalnych toksykomanów jest trzykrotnie więcej mężczyzn.

Znaczny procent toksykomanów wykazuje objawy organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (*oun*), co może być z kolei nie tylko przyczyną zaburzeń charakteru, ale także usposabiać do reakcji i mechanizmów nerwicowych. A człowiek znerwicowany chętnie sięga po „pigułkę szczęścia", aby zmniejszyć choć okresowo męczące napięcie psychiczne i uczucie dyskomfortu. Stąd już tylko krok do określenia jego stanu psychicznego jako przednałogowego.

Badania prowadzone w krajach zachodnich dowodzą, że młodzież z rodzin o niskim statusie ekonomicznym, ze środowisk bardziej zaniedbanych, sięga chętniej po morfinę czy dożylnie stosowane amfetaminy chcąc osiągnąć raczej coś w rodzaju głębokiego snu, w trakcie którego zapomina się o wszystkim i koncentruje na pełnej rozkoszy cielesnej. Jest to ucieczka „od". Natomiast przedstawiciele wyższych klas w hierarchii socjalnej, znudzeni nadmiarem rozrywek, poszukują intensywnych, barwnych przeżyć, takich jakie gwarantuje im tzw. podróż po LSD czy zażywanie haszyszu (ucieczka „do"). W każdym wypadku narkoman poszukuje środka, który oderwie go od rzeczywistości. Świadczy to o słabej wewnętrznej integracji, o nieumiejętności stawiania czoła autentycznym problemom życiowym, o uchylaniu się od wysiłku. Według niektórych jednak teorii w organiz-

mie, w cyklu biochemicznym potencjalnego narkomana istnieje jakiś brak, jakaś luka, którą dopiero odpowiedni środek wypełnia. W ten sposób środek ten spełniałby niejako rolę „protezy". Uczony szwedzki Bejerot z kolei uważa, że narkomanem zasadniczo może zostać każdy człowiek w warunkach sprzyjających używaniu *drugs*, zaś utrwalony nałóg ma siłę sztucznie wytworzonego popędu i stąd usunięcie go jest sprawą ogromnie trudną [3].

Rozmiary narkomanii w świecie i w Polsce

Głównymi światowymi dostawcami narkotyków są wspomniane na wstępie kraje rozwijające się. Uprawy maku w krajach Azji (głównie Indie, Tajlandia, Indonezja, Turcja) stanowią podstawę światowej produkcji opium, a więc morfiny i heroiny. Konopie indyjskie służące jako surowiec do wyrobu haszyszu i marihuany uprawia się na Środkowym Wschodzie, w północnej Afryce i w Ameryce. Kokaina pochodzi głównie z Peru i Boliwii. Naturalna sytuacja geograficzna wielu krajów Azji Południowo-Wschodniej — bagna, wody przybrzeżne, dżungle — ułatwia przemyt. Za największy światowy ośrodek handlu narkotykami uważa się Liban, jednym zaś z największych punktów tranzytowych jest Hong Kong. Spośród 4 mln ludności Hong Kongu 150 tys. stanowią narkomani. W samym tylko 1972 r. skonfiskowano tam 5582 kg opium, 300 kg morfiny, 55 kg heroiny, 51 kg konopi indyjskich. Według danych Interpolu aresztowani dotąd handlarze narkotykami reprezentują w skali światowej 91 narodowości. Największy procent spośród nich stanowią Amerykanie, Persowie, Niemcy, Francuzi i Hiszpanie. Najpoważniejsze centrale handlowe w Europie znajdują się we Włoszech. Ze względu na liczbę nielegalnych laboratoriów przerabiających produkty na gotowe narkotyki istotną rolę odgrywała do niedawna Francja. W 1971 r. skonfiskowano w Europie 405 kg heroiny, z tego 106 kg we Francji [4].

[3] *Materiały XXXI Zjazdu Psychiatrów Polskich* (Poznań 3—5 maja 1973), Warszawa, Poznań 1975.

[4] Dane powyższe oparte są na trzech źródłach: B. Hołyst, *Kryminalistyka*, Warszawa 1975; H.K. Kühne, *Problem narkotyków i zwalczanie*

Jak wynika z danych Interpolu zaledwie 5—10% narkotyków ulega konfiskacie policyjnej (podobnie wykrywanych zostaje około 10% przestępstw), pozostała zaś ilość dociera do narkomanów. Nielegalny handel samą tylko heroiną szacuje się na 6—12 t rocznie, obrót opium na około 1200 t. Największym światowym rynkiem zbytu są Stany Zjednoczone. Tam właśnie (równolegle z Japonią) rozpoczęła się epidemia narkomanii młodzieżowej, która objęła potem Kanadę i kraje Europy zachodniej.

Żadne statystyki nie mogą charakteryzować tego problemu w sposób jednoznaczny. Dotyczą one bowiem liczby zarejestrowanych narkomanów, przypadków hospitalizowanych lub przestępczości związanej z narkomanią. Nie obejmują młodzieży „eksperymentującej" z różnymi środkami. Pewien wgląd w sytuację stanowić mogą badania ankietowe przeprowadzone w określonych środowiskach czy na określonych terenach. Dane szacunkowe dotyczące używania różnych środków przez młodzież amerykańską zawierają się w granicach 30—70% ogólnej populacji wiekowej w Stanach Zjednoczonych. Plagą narkomanii szczególnie dotknięte są tereny na wybrzeżu zachodnim i południowo-wschodnim. W szkołach typu *high-schools* [5] 50% uczniów próbowało jakieś środki, około 25% używa ich mniej lub bardziej systematycznie. Marihuanę pali 36% studentów, 11% używa halucynogenów, 8% bierze środki pobudzające, około 2% heroinę. Liczba heroinistów w skali kraju przekracza 100 tys. Według niektórych statystyk liczba tych ostatnich maleje, według innych nadal wzrasta. Wzrasta również stale liczba używających marihuanę i różne mieszanki, w skład których wchodzą m. in. trankwilizatory i aspiryna. Okazyjnie różne środki stosuje 20 mln Amerykanów.

W szkołach kanadyjskich 10% uczniów i 25% studentów narkotyzuje się LSD, haszyszem i marihuaną. W Japonii (wg oceny japońskiego Ministerstwa Zdrowia) 8 do 10 mln mieszkańców

---

narkomanii w krajach Azji Płd.-Wsch., Biuletyn Informacyjny Instytutu Problematyki Przestępczości na Świecie, Warszawa 1975, nr 3 (5); M. Lipka, *Zjawiska patologii społecznej wśród młodzieży*, Akademia Spraw Wewnętrznych, Warszawa 1974.

[5] Odpowiednik naszych szkół licealnych.

tego kraju miało kontakt ze środkami odurzającymi. Znaczną część tej liczby stanowi młodzież.

Największą liczbę młodocianych narkomanów spośród krajów zachodnioeuropejskich notuje się w Szwecji, Danii, Holandii, Norwegii, Anglii, Francji, Austrii, RFN, Szwajcarii. W Szwecji w wyniku badań przeprowadzonych wśród młodzieży w wieku 13—18 lat uznano za nałogowców 0,9% badanych, 1,5% nadużywa różnych środków (głównie haszyszu i marihuany) okolicznościowo. Dane te wydają się jednak zaniżone, bowiem właśnie w Szwecji zaistniała konieczność utworzenia specjalnych szkół zawodowych dla narkomanów. We Francji 15% młodzieży miejskiej i 5% wiejskiej zagrożonych jest narkomanią. W Anglii liczba zarejestrowanych oficjalnie narkomanów wzrosła w ciągu 10 lat (1960—1970) sześćdziesięciokrotnie. W RFN liczbę młodzieży mającej kontakt z *drugs* ocenia się na co najmniej 30%. Badania ankietowe wykazują znaczne różnice w poszczególnych ośrodkach. Liczba uczniów próbujących zażywać środki odurzające waha się w granicach 10—30%, a używających systematycznie wynosi 1—13%. Szczytowe zainteresowanie środkami odurzającymi przypadło na przełom lat 1969/70, od tej pory stopniowo spada, i tak zanotowano: np. w grupie osób w wieku 16—29 lat procent używających haszyszu i LSD z 14 w 1970 r. spadł do 10 w 1972 r.

W wyniku badań studentów bońskich ustalono, że najczęściej stosowane są tam haszysz i marihuana, a w następnej kolejności środki pobudzające, halucynogeny, trankwilizatory i opiaty. W 1973 r. w RFN było 60 tys. młodocianych rencistów, którzy utracili zdolność do pracy w wyniku używania *drugs* [6].

Narkomania młodzieżowa w świecie (także i jej objawy w Polsce) wiąże się w pewnym stopniu z tzw. ruchami młodzieżowymi, takimi jak ruch hipisów. Oficjalnie przyjmuje się, że ruch ten rozpoczął się w Stanach Zjednoczonych w 1967 r. Był on jednak genetycznie związany z wcześniejszym ruchem młodzieżowym beatników, którzy w latach pięćdziesiątych w San Francisco zamieszkiwali w szałasach, nie uczyli się, nie praco-

[6] Dane liczbowe wg: J. Schenk, *op. cit.*; R. Gädeke, J. Gehrmann, *Drogenabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen*, Stuttgart 1973.

wali, chodzili zaniedbani, prowadzili swodobne życie seksualne, używali marihuanę i alkohol. Hipisi przejęli od beatników generalny styl postępowania, wykazywali jednak większą zwartość organizacyjną. Przewodniczył im psycholog amerykański Tymoteusz Leary, który wylansował LSD tworząc podstawy filozofii hipisów; uważał on, że LSD powoduje niezwykły stan psychiczny, w którym możliwy jest moment „wglądu", olśnienia analogicznego do stanu „satori" w buddyzmie Zen. Stan ten rzekomo ułatwia człowiekowi odkrycie własnej, indywidualnej drogi życiowej, nie skrępowanej nakazami moralnymi i wzorcami kulturowymi społeczeństwa. Hipisi głosili hasła „kochaj się, zamiast wojować", „wszyscy ludzie stanowią jedność", tworzyli komuny oparte na wspólnocie miejsca zamieszkania, wspólnocie przedmiotów codziennego użytku, wspólnocie partnerów seksualnych itp. W komunach tych każdy mógł robić to, co chciał. Skutki tego rodzaju „wolności" były opłakane, prowadziły wręcz do różnych przejawów zwyrodnień. Nieskrępowana ekspresja seksualna, używanie narkotyków, niedożywienie prowadziły też do wyniszczenia, chorób somatycznych i psychicznych. Prawie wszyscy hipisi chorowali wenerycznie [7]. „Filozofia" hipisów była mieszaniną oderwanych fragmentów buddyzmu, chrześcijaństwa oraz filozofii Marcuse'a i Ghandiego. Pomimo pewnych elementów pozytywnych (głoszenie życzliwości, występowanie przeciw hipokryzji, kapitalistycznemu porządkowi społecznemu, antymilitaryzm) — był to ruch utopijny, w programie jego działania nie znajdujemy elementów konstruktywnych. Ruch hipisów objął wiele krajów Europy zachodniej. Tłumy obdartych, odurzonych nastolatków oblegają i dziś parki i place w Londynie, Kopenhadze, Amsterdamie, Paryżu czy Rzymie — choć pod względem liczebnym stwierdzić należy w ostatnich latach zdecydowane tendencje malejące.

W 1968 r. zorganizowana została pod Warszawą pierwsza komuna polskich hipisów. Tu prawdopodobnie szukać należy początku epidemii narkotyzowania się „tri", jaka miała miejsce w Polsce w latach 1968—1969. Preparaty takie jak „tri", ben-

[7] K. Jankowski, *Hipisi. W poszukiwaniu ziemi obiecanej*, Warszawa 1972.

Biblioteka Główna ASC

zyna, butapren, proszek „omo" i „ixi", pasty do podłóg i obuwia, różnego rodzaju detergenty i rozpuszczalniki stosowane były przez młodzież zamiast „prawdziwych" narkotyków, nazywano je więc namiastkami lub zamiennikami. W 1970 r. było w Polsce kilka tysięcy hipisów. W gruncie rzeczy jednak nie znali oni bliżej zasad ideologii hipisów amerykańskich, przyjęli od nich jedynie wygląd i styl bycia w sensie generalnej bierności lub generalnej negacji. Po spadku fali zatruć „tri" w latach 1970—72 w Polsce notowano znaczną liczbę świadomych intoksykacji parkopanem. Epidemia ta nie wiązała się już ściśle z ruchem hipisów, raczej po prostu z marginesem społecznym. W wyniku zatrucia parkopanem do szpitali trafiały także dzieci ze środowisk rodzinnych funkcjonujących prawidłowo. Dzieci te dotąd nie przejawiały cech niedostosowania społecznego. W tej grupie sprawa kończyła się zwykle na jednorazowej intoksykacji. Autorce osobiście znany jest także przykład podstępnego podania parkopanu dzieciom 8-letnim przez 18-letniego młodzieńca, który wprowadził je w ten sposób w stan psychozy, a następnie ukradł im rowerki. Epidemia parkopanowa jest przykładem niedoskonałości naszej wiedzy dotyczącej działania środków farmakologicznych. Poprzednio zaledwie kilka doniesień sygnalizowało możliwość występowania stanów majaczeniowych jako powikłania w przebiegu leczenia parkopanem. W latach 1970—72 młodzi ludzie na terenie Polski przyjmowali parkopan w celu wywołania u siebie zaburzeń świadomości z towarzyszącymi halucynacjami i euforią. Część spośród nich poprzestała na użyciu jednorazowym lub sporadycznym, część uzależniła się od parkopanu (ci ostatni twierdzili zwykle, że w miarę postępu nałogu słabnie nasilenie zaburzeń świadomości na korzyść wzrastającej euforii), część zaś próbowała z kolei środków silniejszych, do morfiny włącznie.

Poza wymienionymi środkami używanymi w gospodarstwie domowym i parkopanem pewna część młodzieży w Polsce nadużywa środków przeciwbólowych, amfetaminy, fenmetrazyny, pemoliny, kropli inoziemcowa, leków przeciwastmatycznych, rzadziej delantyny i morfiny. Fenmetrazyna stosowana uprzednio często jako lek odchudzający wywołuje — jak wszystkie środki

z tej grupy — pobudzenie psychoruchowe, mogą także wystąpić pod jej wpływem krótkotrwałe psychozy. Krople inoziemcowa stosowane są nie tylko doustnie, ale także wstrzykiwane dożylnie. W wyniku tych wstrzyknięć (podobnie jak po niesterylnych iniekcjach morfiny) często tworzą się zmiany zapalne. Nasuwa się analogia z praktykowanym w Szwecji wstrzykiwaniem dożylnie rozpuszczonych tabletek preludyny. Narkomani, zażywający preludynę w ten właśnie sposób, twierdzą, że jej działanie odurzające wielokrotnie przewyższa morfinę. Preludynie w tej postaci przypisuje się też najsilniejsze ze wszystkich znanych środków podwyższenie potencji seksualnej.

Na „czarnym rynku" w naszym kraju dostępne też są papierosy z marihuaną, natomiast nie potwierdzono oficjalnie sygnałów o używaniu heroiny. Zdarzają się, zwłaszcza na Wybrzeżu, przypadki używania LSD. Do celów oszałamiania się stosowano odpowiednio preparowane skórki bananowe. Wszystkie wymienione leki i środki chemiczne stosuje się także w różnych mieszankach. Nieograniczona wręcz możliwość modyfikacji tych mieszanek, zmiany w technologii ich przyrządzania wraz z rozwojem przemysłu środków farmaceutycznych i gospodarstwa domowego niesie za sobą niebezpieczeństwo „odkryć" w tej dziedzinie również w przyszłości, czego nie można bagatelizować.

Z prac badawczych dotyczących młodocianych narkomanów w Polsce wynika, że ich związki uczuciowe z rodziną są słabe. Wydawać by się mogło, że znajdowali oni rekompensatę w związkach uczuciowych ze środowiskiem rówieśniczym. Jest to jednak rekompensata pozorna. Aczkolwiek bowiem narkomani zgłaszają silną przynależność do grupy — po dokładnej analizie okazywało się jednak, że pomiędzy jej członkami autentyczna więź emocjonalna nie istnieje. Łączy ich zwykle jakieś powierzchowne zainteresowanie lub po prostu nuda, której przeciwdziałają wspólnym zażywaniem środków oszałamiających (zwykle z towarzyszeniem specjalnego ceremoniału). Często nazywali się hipisami utożsamiając hipisa z długowłosym zaniedbanym człowiekiem bez określonego zajęcia. Wielu spośród nich to tzw. git-ludzie. Sondażowe badania ankietowe wśród uczniów i studentów na terenie większych miast w naszym kraju nie pozwalają jednak na takie

uproszczenie problemu. Okazało się bowiem, że po 2—3 dzieci z ostatnich klas szkół podstawowych, a także spośród uczniów zasadniczych szkół zawodowych i średnich próbowało już używać w celu oszołomienia jakieś środki. Liczby te wzrastały w dwójnasób w odniesieniu do studentów (zwłaszcza w uczelniach artystycznych).

Pocieszającym zjawiskiem zdaje się być utrata zainteresowania w latach 1976—77 dzieci i młodzieży polskiej problematyką oszałamiania się. O ile w latach 1971—73 liczbę młodzieży zagrożonej zależnością lekową w Polsce szacowano na 20—40 tys. (dane ze Zjazdu Psychiatrów Polskich w Poznaniu), o tyle obecnie Instytut Psychoneurologiczny szacuje tę grupę na nie więcej, jak 5—8 tys. w skali kraju.

Wydaje się, że Polska szczęśliwie uniknęła długotrwałej epidemii zależności lekowej, która w krajach zachodnich utrzymuje się od co najmniej 10 lat, np. w Holandii, RFN i Francji wykazuje nawet tendencje wzrostowe, a w Japonii — ostry nawrót.

Bezpośrednim motywem pierwszego użycia środka bywa zwykle ciekawość i moda połączona z namową bądź presją rówieśników. Podobnie zresztą kształtują się okoliczności pierwszego zetknięcia się z narkotykiem w Stanach Zjednoczonych — około 99% badanych podaje, że otrzymało środek z rąk kolegów lub przyjaciół.

Leczenie i profilaktyka

Leczenie pełnej narkomanii jest ogromnie trudne i skomplikowane. Proces terapeutyczny należy zresztą rozpatrywać w dwóch kategoriach. Pierwsza z nich: detoksykacja, a następnie (zwykle w warunkach ścisłej izolacji) złagodzenie objawów głodu czy zespołu abstynencyjnego — jest stosunkowo łatwa do przeprowadzenia. Drugiej natomiast, a więc trwałej abstynencji, a co ważniejsze — resocjalizacji narkomana w większości wypadków nie udaje się przeprowadzić. Istotną przeszkodą w tym procesie jest brak alternatywnie przyciągających, atrakcyjnych dla narkomana cech w społeczeństwie „konwencjonalnym". Nasilający

się w miarę trwania nałogu defekt sfery charakteru osłabia motywację do leczenia. Wobec powyższych zastrzeżeń koniecznością staje się postępowanie zgodne z zasadami szeroko pojętej profilaktyki, w której ramach wyróżnić trzeba:

— zwalczanie uwarunkowań społecznych toksykomanii (poradnictwo rodzinne, wychowawczo-zawodowe, wypracowanie atrakcyjnych metod pracy z młodzieżą),

— dyskretną kontrolę społeczno-pedagogiczną w miejscach zgromadzeń młodzieży,

— ścisłą cenzurę wiadomości podawanych za pomocą środków masowego przekazu, aby uniknąć atmosfery sensacji,

— systematyczną informację profesjonalistów na bieżąco o sytuacji w kraju i za granicą,

— szkolenie nauczycieli, wychowawców, przywódców organizacji młodzieżowych (dyskusje z młodzieżą na tematy narkomanii zwykle nie zdają egzaminu, gdyż pobudzają głównie ciekawość),

— kontrolę recept na środki narkotyczne,

— działalność władz dążącą do eliminacji przemytu i nielegalnej syntezy środków odurzających.

Zauważyć trzeba z satysfakcją, że założenia powyższe są w Polsce z całą konsekwencją realizowane, w porównaniu bowiem z krajami Zachodu — nasza statystyka oficjalnie zarejestrowanych narkomanów nie przedstawia się, na szczęście, imponująco (tab. 1).

Tabela 1

Zarejestrowana liczba narkomanów w Polsce

Rok	1965	1970	1971	1972	1973
Liczba przypadków	102	394	993	1171	1064

Źródło: *Rocznik statystyczny GUS 1974.*

Przypadki narkomanii jako zagrożenie dla armii

Narkomani mogą — w określonych warunkach — stanowić poważne zagrożenie również i dla wojska. W sposób jaskrawy za-

znacza się tu jednak kontrast pomiędzy naszą armią a armiami krajów kapitalistycznych. Na przykład w Stanach Zjednoczonych przebadano kwestionariuszami około 20 tys. poborowych. Okazało się, że około 25% przed podjęciem służby wojskowej paliło marihuanę, 16% zażywało haszysz, 11% amfetaminy, około 9% LSD, tyleż barbituraty, około 3% heroinę. Liczby te w miarę przebiegu służby wojskowej z reguły wzrastały. W latach 1970/72 zanalizowano sytuację wśród 15 tys. żołnierzy stacjonujących w Fort Lee. Okazało się, że liczba osób palących marihuanę utrzymywała się stale w granicach 20—23%, liczba zaś używających heroinę sukcesywnie wzrastała. Trudno w takich warunkach myśleć o zwalnianiu narkomanów ze służby wojskowej (ale też i trudno mówić o pełnej zdolności bojowej oddziałów tak mocno „naszpikowanych" narkomanami). Organizuje się więc równolegle z odbywaniem służby wojskowej programy lecznicze oparte w znacznym stopniu na samopomocy i działalności klubowej. Lepsze rezultaty uzyskuje się z reguły w stosunku do narkomanów, którzy sami dobrowolnie zgłosili się do leczenia, gorsze zaś wśród skierowanych na leczenie przymusowe (np. w wyniku masowej akcji badania moczu na obecność narkotyków) [8].

W ludowym Wojsku Polskim problem „klasycznej" narkomanii i toksykomanii w gruncie rzeczy nie istnieje. Komisje poborowe są na takie przypadki uczulone. Do wojska trafia jedynie pewna — niewielka zresztą — liczba młodych ludzi, którzy gdzieś tam kiedyś zetknęli się z różnymi preparatami (namiastkami, zamiennikami) i albo zupełnie zerwali z tymi praktykami, albo mogą do nich kiedyś powrócić jedynie przy wyjątkowo „sprzyjających" warunkach, a takich — jak wiadomo — w wojsku nie ma. Niemniej jednak lekarze, psycholodzy, dowódcy, aparat polityczny, organizacje partyjne i młodzieżowe powinny i te sprawy mieć na uwadze, zarówno w działalności wychowawczej, jak i postępowaniu praktycznym. Fachową pomocą słu-

[8] Dane liczbowe wg: J.P. Callon, C.D. Patterson, *Patterns of Drug Abuse Among Military Inductees*, „The American Journal of Psychiatry" 1974, t. 130, 3; J.F. Greden, D.W. Morgan, S.I. Frenkel, *The Changing Fort Lee Drug Seene: 1970—1972, tamże*, t. 131, 1; P. Nace, L. Meyers, M. Rothberg, *Addicted Viet Nam Veterans: A Compavison of Self Refferred and Systems-Refferred Sanples, tamże*, t. 130, 11.

żą im — również i w tej dziedzinie — wojskowe poradnie zdrowia psychicznego, jak i garnizonowe poradnie higieny psychicznej, a także inne placówki wojskowej służby zdrowia.

Obowiązkiem więc kadry — także nie związanej bezpośrednio ze służbą zdrowia — jest ingerencja i postawa aktywna wszędzie tam, gdzie istnieją jakiekolwiek podejrzenia w tej dziedzinie. Dobrze pojęty interes społeczny wymaga działań wielokierunkowych (także profilaktycznych) i zdecydowanych.

WOJCIECH GRUSZCZYŃSKI

Rozdział VI

PRZESTĘPCZOŚĆ MŁODZIEŻY

Wprowadzenie. — Problemy przestępczości wśród młodzieży. — Git-ludzie. — Odchylenia od normy psychicznej — czynnikiem kryminogennym w środowisku wojskowym.

Wprowadzenie

W nauce prawa karnego, zwłaszcza w nauce marksistowskiej, przyjmuje się powszechnie, że przestępstwo jest zjawiskiem społecznie niebezpiecznym (lub społecznie szkodliwym). Nie każdy rodzaj zachowania się społecznie niebezpiecznego jest przestępstwem. Tym bowiem, w rozumieniu prawa karnego, może być takie niebezpieczne zachowanie, które jest zabronione pod groźbą kary kryminalnej. Nauką zajmującą się metodami ustalania faktu przestępstwa, sposobu jego popełnienia, wykrywania sprawców i zapobieganiu przestępstwom jest k r y m i n a l i s t y k a.

Najbliższą nauce kryminalistyki jest k r y m i n o l o g i a. Jest to nauka o objawach i przyczynach przestępczości oraz o metodach ich eliminacji. Kryminalistyka i kryminologia ze względu na zakres swoich zadań muszą korzystać z osiągnięć innych nauk, m. in. medycyny, biologii, fizyki, chemii, elektroniki, matematyki itp.

Jedną z ważniejszych dziedzin, znajdującą się w centrum zainteresowania wymienionych dyscyplin naukowych jest prze-

stępczość młodzieży (nieletnich i młodocianych). Od kilkunastu lat przestępczość nieletnich i młodocianych stanowi poważne zagadnienie nie tylko dla poszczególnych państw, ale i organizacji międzynarodowych, takich jak Organizacja Narodów Zjednoczonych czy Międzynarodowa Organizacja Policji Kryminalnej.

Przestępczość (nie tylko młodzieży) większość autorów zalicza do zjawisk patologii społecznej. Przedstawienie przyczyn przestępczości w ogóle przekraczałoby ramy niniejszego rozdziału. Jest to problem bardzo złożony, który trzeba rozpatrywać kompleksowo z punktu widzenia społeczno-politycznego, etyczno-moralnego, prawnego, kryminologicznego, socjologicznego, medycznego, wychowawczego, ekonomicznego, światopoglądowego itp.

Znajomość zjawisk patologii społecznej wśród młodzieży, a zwłaszcza przestępczości, ma dla wojska bardzo duże znaczenie. Służba wojskowa jest dla młodego mężczyzny ostatnim etapem w kształtowaniu jego obywatelskich postaw. Wynika stąd m. in. wychowawczo-resocjalizacyjna rola wojska w stosunku do grupy młodzieży z tzw. marginesu społecznego.

Problemy przestępczości wśród młodzieży

Współczesna cywilizacja wymaga od obywateli dużej dyscypliny wewnętrznej i społecznej, jako czynnika harmonijnego rozwoju osobowości, bardziej niż kiedykolwiek w dziejach świata skonkretyzowanych ideałów, które by równoważyły w psychice wzrastający nacisk techniki, coraz silniej sprawiającej wrażenie wyzwalania się spod kontroli człowieka. Inaczej mówiąc, wymaga ona zwiększonych zdolności adaptacyjnych do życia w środowisku społecznym o dużym dynamizmie rozwojowym, odmiennym od znanego ludziom od tysięcy pokoleń środowiska naturalnego.

Niemal w geometrycznym postępie rośnie lista nakazów, zakazów, ograniczeń, które muszą być ściśle przestrzegane i egzekwowane. Człowiek dorosły rozumie ich potrzebę, akceptuje je, podporządkowuje się im, przeważnie bez zbytniego zachwiania równowagi psychicznej. Inaczej mówiąc adaptuje się do nowych warunków, których jest współtwórcą.

Kształtowanie się osobowości młodzieży, okres przejściowy między dzieciństwem a dorosłością (wiek dojrzewania) jest szczególnie ważny, a jednocześnie najtrudniejszy w życiu człowieka. Okres dorastania obejmuje równolegle dojrzewanie fizyczne, społeczne, umysłowe, emocjonalne, kulturowe. 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 niemal dziecinnym. W wieku 20—21 lat, młody osobnik nie osiąga jeszcze częstokroć pełnej integracji osobowości, czyli intelekt, uczucia i wola oraz cielesne ich podłoża nie są w pełni zharmonizowaną całością.

Z drugiej strony w świetle „praw i obowiązków" obywatelskich jest on osobą traktowaną na równi z „dorosłą" częścią społeczeństwa, nie będąc na ogół do tego odpowiednio przygotowanym. Jeden z uczonych francuskich Fourastile stwierdził, że uderzający jest olbrzymi kontrast pomiędzy naszymi wielkimi możliwościami technicznymi a możliwościami oddziaływania na człowieka. Nie jest to stwierdzenie nowe, jedna ze starych myśli Dalekiego Wschodu głosi: „gdy planujesz na rok — posiej zboże, gdy planujesz na 10 lat — posadź sad, a jeśli planujesz na 100 lat zajmij się wychowaniem człowieka".

W naszym kraju zaczynamy szybko „odrabiać pewne zaległości" w dziedzinie wychowania młodego człowieka. Przejawem tego jest m. in. zmniejszający się udział młodzieży w popełnianiu przestępstw. O ile w latach sześćdziesiątych obserwowano systematyczny wzrost udziału nieletnich i młodocianych w globalnej liczbie sprawców przestępstw, to w latach siedemdziesiątych rokrocznie zarysowuje się spadek globalnej liczby przestępstw dokonywanych przez młodzież. Jednak dynamika spadku nie jest tak wysoka, jak spadek przestępczości dorosłych. Udział młodzieży w popełnianiu przestępstw jest jednym ze zjawisk występujących w sposób ewidentny we współczesnym świecie.

Na rozmiary stanu zagrożenia, obok działalności przestępczej, składają się również inne aspołeczne postawy części młodzieży przejawiające się w nieodpowiednim zachowaniu się w miejscach publicznych, niszczeniu sprzętu, zaczepianiu przechodniów, wul-

garnym słownictwie, wykazywaniu pogardy i swojej siły w stosunku do słabych. Te i tym podobne przykłady braku poszanowania dla powszechnie przyjętych norm oraz brak szacunku dla wyników pracy ludzkiej — to czynniki coraz częściej demonstrowane przez grupy młodzieży zdemoralizowanej. Niepokojący jest również fakt, że w przestępczości młodzieży znaczny odsetek stanowią działania grupowe, a ich nasilenie obserwuje się przede wszystkim w ośrodkach wielkomiejskich, na terenach urbanizujących się, zamieszkanych przez ludność napływającą o nie ugruntowanej jeszcze więzi społecznej między mieszkańcami. Jednym z groźnych zjawisk sygnalizowanych przez MO jest wzrost recydywy (ok. 20% nieletnich przestępców). Badania prowadzone nad młodzieżą przestępczą w środowiskach wielkomiejskich dowodzą, że spośród nieletnich skazanych przez sądy, aż 61% stawało ponownie przed sądem po ukończeniu 17 roku życia. Temu problemowi poświęca się obecnie dużo uwagi ze względu na znaczny stopień demoralizacji, na ogół trwałe nawyki i wysokie umiejętności działania przestępczego w tej grupie młodzieży.

Obserwowane w ostatnich latach obniżanie się wieku sprawców budzi zrozumiały niepokój organów wymiaru sprawiedliwości, wychowawców i społeczeństwa. Na przykład w 1972 r. udział sprawców w wieku do lat 12 stanowił aż 24,2% przestępczości nieletnich, w latach następnych odsetek ten miał tendencje wzrostowe. W działalności przestępczej nieletnich dominują chłopcy, w większości uczniowie szkół podstawowych, zaś około 1/5 stanowi młodzież nie ucząca się i nie pracująca.

Jak wspomniano, stwierdza się wyraźny wzrost przestępstw uzewnętrzniających się dużą agresją. Takie kategorie działań przestępczych wśród młodzieży, jak gwałty, rozboje, uszkodzenie ciała, kradzież rozbójcza, włamania, czynna napaść na funcjonariusza publicznego, stanowią 3/4 ogółu przestępstw dokonywanych przez młodzież. Tego typu przestępstwa są orzekane przez sądy i z nimi mamy do czynienia w materiałach statystycznych publikowanych przez organa sprawiedliwości.

Musimy jednak pamiętać o tym, że spora liczba skazań młodocianych (17—21 lat), za przestępstwa pospolite, wybryki chuligańskie, jest orzekana przez kolegia karno-administracyjne i nie

ujęta w statystyce sądowej. Również energiczne działanie i aktywność funkcjonariuszy MO na nieodpowiednie zachowanie się nieletnich w miejscach publicznych, obejmujące poważniejsze zakłócenia przez młodzież spokoju i porządku publicznego, kończy się zawiadomieniem szkoły, komitetu blokowego, zakładu pracy lub rodziny.

Jakie są przyczyny zjawiska demoralizacji i przestępczości pewnej części młodzieży? Oczywiście trudno wymienić wszystkie, postaram się jednak zwrócić uwagę na najważniejsze.

1. *Działalność przestępcza rodziców lub dorosłego rodzeństwa*

W większości sprawcy przestępstw mają pod swoją opieką dzieci lub wspólnie z nimi zamieszkują. Tryb życia i postawa — zwłaszcza sprawców przestępstw kryminalnych — prowadzi do demoralizacji środowiska rodzinnego. O demoralizującym wpływie dorosłych na dzieci i młodzież świadczy również znaczna liczba przestępstw przeciwko rodzinie, np. uchylanie się od obowiązku alimentacyjnego.

2. *Alkoholizm środowiska rodzinnego*

Według danych Zarządu Głównego Społecznego Komitetu Przeciwalkoholowego około miliona dzieci i młodzieży żyje w rodzinach alkoholików. Czynnikiem szczególnie demoralizującym młodzież jest wywoływanie przez osoby będące w stanie nietrzeźwym awantur rodzinnych, w czasie których następuje fizyczne i moralne znęcanie się nad członkami rodziny. Na przestrzeni ostatnich lat wzrosła również liczba nieletnich dopuszczających się przestępstw pod wpływem alkoholu. Młodzież ta styka się zbyt często z pijackimi obyczajami rodzinnymi w domu rodzinnym, w miejscach publicznych, a czasami i w zakładach pracy, próbując je naśladować nabywa złe nawyki, przyjmuje je jako normalny tryb postępowania.

3. *Pasożytniczy tryb życia rodziców i osób dorosłych zamieszkujących wspólnie z nieletnimi*

Przejawia się to w braku zainteresowania wychowaniem własnych dzieci, niełożeniu na utrzymanie rodziny, niepodejmowaniu pracy zarobkowej społecznie użytecznej.

4. *Uprawianie nierządu przez członków rodziny*

Pewna grupa młodzieży ulega systematycznemu procesowi demoralizacji pod wpływem stylu bycia osoby uprawiającej nierząd i osób utrzymujących z nią kontakty.

5. *Niezaradność życiowa rodziców*

Przejawia się ona przede wszystkim w niemożności zagwarantowania społecznie przyjętego minimum egzystencji materialnej, nieumiejętności rozwiązywania bieżących trudności wychowawczych, w braku umiejętności organizowania życia rodziny. Negatywne skutki niezaradności życiowej rodziców mają tendencję wzrastającą. Świadczy o tym liczba nieletnich pozbawionych opieki.

6. *Niedomagania pracy wychowawczej we współczesnej szkole*

Działalność przestępcza młodzieży szkolnej jest poprzedzona symptomami społecznego nieprzystosowania, wyrażającymi się złymi postępami w nauce, wagarami i nagannym zachowaniem. Dotychczas szkoła nie podejmuje w tej dziedzinie skutecznych metod wychowawczych, co stwarza u młodzieży przeświadczenie o bezkarności i pogłębia proces demoralizacji.

7. *Niewychowawcze postawy dorosłego społeczeństwa*

Nie działają na młodzież wychowawczo postawy części dorosłych wyrażające się mało odpowiedzialnym stosunkiem do pracy, obojętnością wobec marnotrawstwa, znieczulicą na sprawy ludzi,

mało skutecznymi interwencjami podejmowanymi przez instytucje i organizacje w celu usunięcia z życia społecznego przypadków demoralizujących.

8. *Pozostawienie młodzieży poza nauką i pracą*

Na tę stosunkowo liczną grupę młodzieży nie oddziałuje ani zorganizowany system szkolny, ani zakłady pracy.

9. *Ucieczki z domów rodzicielskich oraz z zakładów opiekuńczo-wychowawczych*

Milicja Obywatelska zatrzymuje w ostatnich latach ponad 30 tys. rocznie uciekinierów z domów rodzicielskich oraz zakładów opiekuńczo-wychowawczych i poprawczych. Same ucieczki stwarzają wiele okazji do popełniania przestępstw i wykroczeń.

W ostatnich latach do najczęstszych przyczyn ucieczek nieletnich i małoletnich z domu rodzicielskigo należą: obawa przed karą za niepowodzenia szkolne lub niewłaściwe zachowanie się podczas zajęć szkolnych, ujawnienie nie usprawiedliwionej nieobecności w szkole spowodowanej wagarowaniem, nieporozumienia między rodzicami, doznanie zawodu miłosnego, wymierzenie kary cielesnej przez rodziców, uleganie namowie kolegów, chęć wyrwania się spod kontroli rodziców. Ucieczki dziewcząt są związane niekiedy z zamiarem uprawiania prostytucji.

Przyczyny ucieczek wychowanków z zakładów zamkniętych są bardziej złożone. Wynikają one z niezaspokojenia potrzeb wychowanków, niewłaściwej atmosfery panującej często w zakładach, złej organizacji trybu życia lub niewłaściwej postawy wychowawców itp.

10. *Ruch „hippies" i zagrożenie narkomanią*

Ruch ten — ostatnio wyraźnie malejący — głosi hasła afirmujące sprzeciw wobec zastanych norm prawnych, moralnych i obyczajowych, jest więc w swej istocie ruchem potencjalnie kryminogennym. Również propagowanie przez hipisów narko-

manii powoduje, że zdobycie narkotyków lub leków narkopodobnych przez młodzież najczęściej kończy się popełnieniem przestępstwa: fałszerstwa recept, włamania do aptek, kradzieże, nielegalny handel

11. Zjawisko tzw. „drugiego życia" wśród młodzieży

Zjawisko to omówione jest szerzej w dalszej części rozdziału.

12. Zaburzenia rozwojowe dzieci i młodzieży oraz odchylenia od normy psychicznej

Problem, który chcemy zasygnalizować Czytelnikowi jako ostatni jest zdaniem większości badaczy przestępczości młodzieżowej najważniejszym i najpełniej wyjaśniającym jej istotne, bezpośrednie przyczyny.

Przestępczość młodzieży wiąże się ściśle z dezadaptacją społeczną. Z kolei najczęstszą przyczyną dezadaptacji części młodzieży jest sprzężenie dwóch czynników — małej sprawności psychicznej oraz negatywnych wpływów społecznych, kształtujących źle lub niewłaściwie osobowość nieletniego. Patologia społeczna jest najczęściej pierwszym sygnałem niezdrowia psychicznego. Jak wykazały badania lekarzy, psychologów oraz spostrzeżenia praktyków u podstaw małej wartości psychicznej młodzieży naruszającej prawo leżą w większości wypadków różnego rodzaju organiczne uszkodzenia mózgu we wczesnym dzieciństwie prowadzące do zaburzeń charakteru, upośledzenia intelektualnego, gorszej sprawności motorycznej. Dzieci z wadami osobowości (encefalopaci, niedorozwinięci, psychopaci itp.), mające i tak utrudnioną adaptację do normalnego środowiska, łatwiej ulegają negatywnym wpływom socjalnym.

Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest wzrost liczby nerwic zarejestrowanych w młodzieżowych poradniach zdrowia psychicznego. Fakt ten dowodzi, że młodzież ta reaguje na swe niedostosowanie do życia ucieczką w chorobę.

Bardziej wszechstronne badania nad problematyką zdrowia psychicznego młodzieży, to najważniejszy klucz do wyjaśnienia

powstania i rozwoju przestępczości wśród młodzieży. Potwierdzają to dane opublikowane przez zespół psychologów działających w Komisji Ekspertów do Spraw Rozwoju Oświaty. Na około 7 mln dzieci objętych obowiązkiem szkolnym 1,5 mln wymaga opieki specjalistycznej. Wśród tych dzieci jest spora grupa osobników z lżejszymi postaciami encefalopatii, niedorozwojów, nerwic i socjopatii. Młodzież ta wykazuje cechy niedostosowania społecznego i stanowi grupę potencjalnych przestępców lub pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego, a nierzadko jednych i drugich jednocześnie.

Git-ludzie

Zjawisko git-ludzi, czyli grypsery pojawiło się na terenie szkół w latach siedemdziesiątych, a stało się wyraźnie dostrzegalne w roku szkolnym 1972/73. Samo to zjawisko wywodzące się ze środowisk przestępczych i zakładów karnych, zaczęło przenikać przez kontakty wychowanków domów poprawczych z pozostałą młodzieżą, najpierw do szkół zawodowych, głównie zasadniczych, potem ogarnęło również inne szkoły. Młodzież przyciąga do tego „nurtu" niecodzienność, coś zakazanego, dokonywanego w ukryciu, otoczonego tajemnicą wobec dorosłych, dającego możność niekontrolowanego wyżycia się. Atrakcyjna i pełna tajemniczości jest specyficzna obrzędowość, język i cały system zachowań. Charakterystyczna jest również nazwa zjawiska, obok grypsery — „drugie życie".

Gitowcy stanowią nieformalną organizację pozornie niezhierarchizowaną. Faktycznie jest to organizacja o ściśle ustalonej strukturze, zależnościach, prawach i obowiązkach poszczególnych jej „członków". Młodzi gitowcy jednoczą się w grupy „paczki", w których jednostki o walorach przywódczych ujmują ster władzy w swe ręce, inicjują akcję i działanie, pilnują rygorów i obowiązującego ceremoniału. Zwykły uczestnik podlega grupie bez reszty i musi być jej nakazom ślepo posłuszny. W razie wykroczenia, braku dyscypliny lub chęci zerwania, grupa sądzi swych członków i egzekwuje „wyroki". Istnieje łączność między grupami, sięga-

jąca poza teren szkoły, osiedla, po organizację w ramach dzielnicy, a niekiedy i dalej.

Działalność gitów polega na solidarnym popieraniu się członków grupy, a prześladowaniu tych, którzy nie spełniają ich warunków. Jest to wyszukiwanie ofiar, które się terroryzuje i którym narzuca się swe żądania. Od ofiar żąda się wszelkich możliwych świadczeń: oddawania pieniędzy i różnych przedmiotów, składania okupu, zmuszania do kradzieży, a nawet wymuszania osobistych, poniżających posług. Dzięki temu gitowcy zapewniają sobie za pomocą podporządkowanych im uczniów również ulgowe warunki w szkole. Zmuszają innych do odrabiania za nich prac domowych, przynoszenia książek i pomocy, prowadzenia zeszytów. Wywierają presję na tych, którzy więcej umieją, aby nie „wychylali się" ponad minimum, tj. ocenę trójkową albo w ogóle nie zabierali głosu na lekcjach. W ten sposób osiągają zamierzony cel — kryją swoje nieuctwo. Jak odbija się to na poziomie nauczania i wychowania młodzieży, nie trzeba chyba wyjaśniać. Zjawisko „równania w dół" do najsłabszego stało się bardzo groźnym i niebezpiecznym zwłaszcza w szkołach typu zawodowego.

Liczna rzesza oddanych swej pracy pedagogów nie w pełni zorientowana początkowo w tej sytuacji tłumaczyła ją zaniedbaniami wynikłymi ze zróżnicowanego poziomu nauczania w szkołach podstawowych.

Przed reformą systemu oświatowego istniało u nas tzw. zjawisko negatywnej selekcji. Polegało ono na tym, że np.: do zasadniczych szkół zawodowych trafiały głównie dzieci z rodzin robotników niewykwalifikowanych oraz rodzin zdezorganizowanych. Przyczyna tego tkwiła w niewydolności funkcjonalnej szkoły podstawowej, która nie była wówczas skutecznym narzędziem likwidowania różnic startu społecznego dzieci i młodzieży. W konsekwencji uczniami szkół zawodowych typu zasadniczego była w przeważającej liczbie młodzież pochodzenia wiejskiego i małomiasteczkowego. Z drugiej strony do szkół zasadniczych kierowani byli wychowankowie zakładów poprawczych, domów dziecka, podopieczni milicyjnych izb dziecka itp. Młodzież ta przenosiła na grunt szkolny „ideologię" grypsery, mianowała się

przywódcami „drugiego życia", trafiając na podatny grunt, jakim była młodzież przybyła do ośrodków wielkomiejskich z „prowincji". Szybko dochodziło do uzależnienia i podporządkowania tej grupie młodzieży. Kara dla tych, którzy wyłamywali się spod rygorów obowiązujących „ludzi" i dla nieposłusznych ofiar — to prześladowanie, upadlanie, szantaż, działanie strachem prowadzące do rozstroju, a nawet samobójstwa delikwenta, pogróżki np.: pokaleczenia nożem lub żyletką, wrzucenia pod pociąg lub samochód. Groźby w stosunku do nieposłusznych i ofiar wcielano w czyn — biciem, uszkodzeniem ciała, niekiedy aż sadystycznym znęcaniem się nad ofiarami.

W bandzie „git-ludzi" rządzi prawo przemocy, samowola, krycie się zbiorowe i anonimowość. Nie widać ani rozkazodawców ani wykonawców. Osoby postronne, zagrożone i zastraszone nie wskazują sprawców.

Wyłamanie się spod władzy grupy jest bardzo trudne. Próby ucieczki z pola widzenia, jak np. przeniesienie się delikwenta do innej szkoły, a nawet zmiana miejsca zamieszkania, są mało celowe, gdyż banda przekazuje „cynk" swym adherentom z innego terenu i prześladowanie trwa dalej.

Przy okazji analizy „drugiego życia" należy również zwrócić uwagę na swoiste podłoże ideologiczne tego zjawiska. Niepisany ale obowiązujący kodeks gitów zakłada podział zbiorowości ludzkiej na „mocnych", „prawdziwych" ludzi oraz na pogardzanych, słabych. Ci pierwsi mają przywilej być bezwzględnymi i okrutnymi, drudzy muszą spełniać ich życzenia.

Tego rodzaju przekreślenie norm współżycia społecznego ma swoją wymowę ideologiczną. Ideologia ta jest zaprzeczeniem wszelkich zasad humanizmu i humanitaryzmu, które stanowią podstawę naszego ustroju, zaprzeczeniem tego wszystkiego, co w wychowaniu młodzieży wpajamy. Obecność w szkole choćby kilku związanych w grupę gitowców, to poważne niebezpieczeństwo rozbijania dążeń i usiłowań pedagogów, poważne utrudnienie pracy wychowawczej szkoły.

Do całości obrazu dorzucić można jeszcze jeden groźny szczegół: grypsera objęła zasadniczo chłopców. Ale ostatnio słyszy się sygnały, że zagnieżdża się w niektórych klasach lub szkołach

żeńskich, a więc mamy już grupy gitowców-dziewcząt, nazywane w ich nomenklaturze „gitmankami".

Od czasu pojawienia się w naszym kraju zjawiska grypsery upłynęło sporo czasu. Co zmieniło się w ostatnich latach, jak jest ono widziane obecnie przez specjalistów zajmujących się tym problemem?

Zdaniem większości badaczy zmieniło się rozprzestrzenienie zjawiska. „Grypserowanie" objęło dużą liczbę szkół, w tym również podstawowych. Głównie z nich rekrutują się „gity" w szkołach ponadpodstawowych, stąd też najwięcej ich mamy w klasach I i II. Nastąpiło też ujawnienie metod działania i wewnętrznych mechanizmów „grypsowania", a więc dekonspiracja ukrytego dotąd zjawiska. W wielu szkołach „zarejestrowano sobie" uczniów kropkowanych i tatuowanych. Rozpoznania środowisk, dochodzenia prokuratorskie, interwencje doraźne i profilaktyczne MO, sprawy złożone w sądzie pomogły w ujawnieniu problematyki grypsery, a także pokazały, jak można ją zwalczać. Na skutek dekonspiracji zaszła m.in. ta zmiana, że kropki i tatuaże zostały wywabione.

Wraz z rozprzestrzenieniem się grypsery następuje stępienie jej rygorów wewnętrznych, zmniejszanie „dyscypliny organizacyjnej" członków, wytworzenie się odmian lokalnych, dzielnicowych lub węższych. W tej sytuacji dochodzą do głosu antagonizmy międzyśrodowiskowe. Następuje pewne „spowszechnienie" zjawiska, zmniejszenie jego atrakcyjności.

Kwestię grypsery można rozpatrywać w kilku aspektach. Przede wszystkim należy ją widzieć w aspekcie tych, którzy powiązani są ze światem przestępczym lub się z nim stykają. Tu istnieje prawdziwa grypsera.

W innym aspekcie należy rozpatrywać młodych ludzi — naśladowców, zaawansowanych praktyków, rutyniarzy. To ci w szkołach średnich i podstawowych próbują metod terroru i wymuszeń, okupów na kolegach. Trzeba wreszcie widzieć dość szerokie kręgi uczniów, głównie szkół podstawowych, którzy chętnie wiążą się w grupy dające im posmak sensacyjności, tajemniczych związków, sprzeciwu wobec zasad moralnych i wobec dorosłych.

Tu panuje pełne naśladownictwo, bez rozeznania istoty zja-

wiska z pewnym elementem zabawy i przygody, tzw. zabawy w podziemie. Zabawa ta staje się jednak z czasem bardzo niebezpieczna. Uczniowie słabi, niechętnie odnoszący się do nauki i nie przejawiający nią zainteresowania, tworzą często grupę gitowską w celu zwalczania uczniów dobrych.

Należy również wspomnieć o czynnikach ze sfery ideowo-politycznej i światopoglądowej. Chodzi tu również o przemycanie ideologii wrogiej socjalizmowi, którą serwują nam dywersyjne ośrodki zagraniczne. W różnych audycjach radiowych starają się one m. in. zaszczepiać młodzieży bezideowość, nieprzestrzeganie norm moralnych, społecznych itp. Dążą do podważania naszych osiągnięć, przeciwstawiania młodzieży starszemu pokoleniu, osłabiania patriotyzmu, niekiedy nawet do inspirowania działalności antypaństwowej i łamania przepisów naszego prawa.

W programie np. polskich hipisów i git-ludzi wyraźnie można dostrzec wpływy imperialistycznej dywersji ideologicznej i politycznej.

Informacje z sądów na temat „drugiego życia" potwierdzają dane o działalności git-ludzi. Analiza spraw karnych młodzieży o rozboje oraz ciężkie uszkodzenia ciała wykazała, że przestępstwa wymienionych kategorii łączą się z działalnością gitowską. Zarejestrowani w sądach gitowcy pochodzą w większości ze środowiska lumpenproletariackiego, mała grupa ze środowiska inteligenckiego, natomiast odsetek młodzieży chłopskiej jest znikomy, praktycznie nie istnieje.

W większości wypadków pochodzą oni z rodzin pełnych, które jednak wskutek alkoholizmu, kłótni, awantur nie stanowią właściwych wzorców wychowawczych dla dzieci. W grupie zanotowanych git-ludzi byli nierzadko osobnicy nadużywający alkoholu. Nie stwierdzono natomiast używania narkotyków.

Przedstawione dość szczegółowo zjawisko grypsery, „drugiego życia" wśród młodzieży pozwala na wyciągnięcie wniosków natury wychowawczej. Powołane do tego w Polsce odpowiednie instytucje opracowały program i metody oddziaływania wychowawczego na młodzież związaną z ruchem „drugiego życia". W warunkach wojska zjawisko prawdziwej grypresy, czyli powiązanej ze światem przestępczym, zorganizowanej, skupiającej

młodzież o znacznym stopniu demoralizacji, hołdującej zasadzie używania brutalnej siły i przemocy — nie istnieje. Należy zawsze jednak pamiętać o tym, że niektórzy git-ludzie mogą trafiać do służby wojskowej i wówczas dowódcy znając zjawisko powinni szybko i efektywnie przeciwdziałać ewentualnym próbom tworzenia grup pseudogitowskich w pododdziałach.

W mojej praktyce lekarskiej spotykałem się np. z żołnierzem, który opowiedział mi o podejmowanych w jego pododdziale przez niektórych cwaniaków ze starszego rocznika próbach stworzenia nieformalnej „hierarchii ważności". Otóż w zależności od czasu trwania służby wojskowej dzielono żołnierzy na następujące grupy: tzw. koty (najmłodsi służbą), średniacy, „wicerezerwa", „rezerwa". Dążono do tego, by tym cwaniakom, którzy notabene najdłużej służyli, służba ta przebiegała bez wysiłku, gdyż każde polecenie, pracę itp. dowódca drużyny zlecał... najmłodszym. Porządek ten był ściśle przestrzegany zwłaszcza przez żołnierzy starszych (podobnych w pewnym sensie do git-ludzi), a w wypadku niesubordynacji lub odmowy wykonania polecenia przez „młodego" był on „przywoływany do porządku" przez „starszych służbą" żołnierzy.

Oczywiście sytuacja ta została przez dowódcę zlikwidowana, a cwaniacy musieli normalnie pełnić dalszą służbę, bez ulg kosztem młodszych, mniej doświadczonych kolegów.

Był to na pewno przypadek odosobniony, ale sądzę, że warto go zasygnalizować dowódcom-wychowawcom.

Odchylenia od normy psychicznej — czynnikiem kryminogennym w środowisku wojskowym

Wykonywanie zadań militarnych stawiało zawsze przed żołnierzami wysokie wymagania w zakresie karności. Dyscyplina była i jest nadal jednym z zasadniczych czynników decydujących o gotowości bojowej i wartości jednostek oraz całych armii. W warunkach służby wojskowej postępowanie niezgodne z wymaganiami regulaminów musi być w związku z tym traktowane bardzo ostro. *Zasady etyki zawodowej żołnierza Polski Ludowej* (Warszawa 1974, s. 15) określają, że „...specyficznym nakazem

żołnierskiej wspólnoty — jest żołnierska cnota, brak karności najostrzejszą winą".

Jednakże w wojsku naszym służą żywi, konkretni ludzie, a nie anioły, toteż zdarzają się czasami przypadki niesubordynacji i nawet przestępstw.

I dlatego chcę przedstawić najważniejszy, zdaniem większości badaczy, czynnik kryminogenny — odchylenia od normy psychicznej żołnierza, który dopuszcza się przestępstwa.

Wieloletnie doświadczenia wskazują, że najczęstszą przyczyną wykroczeń prawnych i dyscyplinarnych, takich jak: samowolne oddalenia, nieterminowe powroty z przepustek, różne czyny godzące w honor i godność żołnierza, są różnego typu anomalie psychiki, stwierdzone najczęściej już po dokonaniu czynu przestępczego. Psychopatologię wojskowego środowiska przestępczego można rozpatrywać co najmniej w dwóch płaszczyznach:

1) związaną z psychopatologią okresu dojrzewania;
2) dotyczącą żołnierzy, którzy popełnili przestępstwo na skutek choroby psychicznej lub trwałego kalectwa psychiki. Kategoria przestępstw zarówno pierwszej, jak i drugiej grupy może być taka sama, jednak możliwości resocjalizacji i powodzenia pedagogiczno-wychowawczego są w pierwszej grupie zdecydowanie większe.

Do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w okresie dojrzewania należą:

— infantylizm,
— zaburzenia nerwicowe,
— dysmorfofobia,
— psychopatyczne zachowanie się.

Infantylizm

Wiemy, że u pewnej grupy młodocianych pokwitanie odbywa się burzliwie. Opóźnienie rozwoju psychicznego przebiegające bez lub z dysplazją ciała prowadzi do infantylizmu psychicznego polegającego na utrzymywaniu się u człowieka dorosłego cech psychiki dziecka lub osobnika dojrzewającego. Niedojrzałość psy-

chiczna dotyczy najczęściej zaburzeń afektu pod postacią nadwrażliwości, chwiejności emocjonalnej, postawy lękowej, zaburzeń aktywności (niepokój lub bezczynność), niedomogi decyzji, zaburzeń dostosowania się (agresja lub bierne uzależnienie), 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 dotyczy nie pojedynczych żołnierzy, a sporej populacji z uwagi choćby na niski wiek wcielonych do wojska poborowych. W wojsku spotykamy się z takimi reakcjami niedojrzałych emocjonalnie żołnierzy. Znając ich od wielu miesięcy wiemy, że są inteligentni, sprytni, znają regulaminy, wywiązują się dobrze ze skomplikowanych zadań. Nagle, ni stąd, ni zowąd, samowolnie oddalają się, schodzą z posterunku, upijają się. Skarceni czy ukarani sądownie, wykazują skruchę, po czym beztrosko znów popełniają to samo przestępstwo. Perswazje, kary, wychowanie kolektywne, indywidualne rozmowy nie odnoszą skutków. Żołnierze ci za każdym razem szczerze żałują swego postępku, przyrzekają poprawę, przez pewien czas są idealni, by ponownie lekkomyślnie robić to samo.

Dalszym krokiem w tym postępowaniu może być zamach samobójczy lub jeszcze częściej manifestacyjne samookaleczenie albo czynny opór władzy. Charakterystyczną cechą zachowania infantyla w mundurze jest dziecinna, niepoważna reakcja na trudności życiowe. Na przykład żołnierz skarcony za nieprzepisowe pełnienie służby wartowniczej po kolejnym wyznaczeniu go do tej służby chowa się w jakimś ukryciu i nie wychodzi stamtąd mimo wielogodzinnych poszukiwań. Inny schodzi z posterunku z bronią w ręku, idzie do najbliższej wioski na zabawę taneczną, gdzie pozwala strzelać z pistoletu maszynowego uczestnikom zabawy. Jeszcze inny, chcąc imponować otoczeniu czy też kolegom, przyszywa sobie bezprawnie dystynkcje podoficera, stawia opór funkcjonariuszom porządku publicznego przy próbie zatrzymania go, nadużywa alkoholu, krytykuje rozkazy przełożonych, opowiada o swoich rzekomych koneksjach i znajomościach, z których skorzysta, by „ustawić" przełożonego.

Zaburzenia nerwicowe

U części żołnierzy służby zasadniczej niedostateczna sprawność biologiczna powoduje dużą podatność na uraz psychiczny. Stąd dość duża w tym okresie zachorowalność na nerwice. Przeważają obrazy kliniczne hipochondrii. Dość często występują krótkie epizody histeryczne.

Hipochondria należy do tych nerwic, które poprawiają się, a nie pogarszają w środowisku wojskowym, o ile nieumiejętni wychowawcy lub okrutni koledzy nie przyczynią się, przez niewłaściwe postępowanie, do zaostrzenia zaburzeń.

Epizody histeryczne mają natomiast zwykle za przyczynę ostry stan dezadaptacji, a więc spotykamy się z nimi przeważnie na początku służby wojskowej (pierwsze 3 miesiące). Szczególnie występują one u osobników z niską inteligencją, zwłaszcza ubogich psychicznie w myśleniu abstrakcyjnym. Żołnierze ci sprawiają dużo kłopotów wychowawczych, zwłaszcza jeżeli daje się im zadania wymagające dużego wysiłku adaptacyjnego. Bardzo często niewykonanie rozkazu, samowolne oddalenie, ucieczka żołnierza z pola ćwiczeń, rzekomy lub nagły ból brzucha czy głowy, albo demonstracyjne okaleczenie się przed wykonaniem zadania z towarzyszącymi, widocznymi dla otoczenia, objawami takimi jak kręcz karku, bezgłos, osłabienie, zaburzenia widzenia itp. są przeważnie traktowane jako symulacje i po odpowiednim zakwalifikowaniu czynu do wykroczenia czy przestępstwa — karane. Takie postępowanie powoduje zaostrzenie choroby, pogłębia konflikt z przełożonym i kolektywem. Kary w tym wypadku odnoszą skutek ujemny, zamiast zmniejszać — powiększają przestępczość.

Dysmorfofobia

Zespołem psychopatologicznym, typowym dla późnego okresu pokwitania jest tzw. dysmorfofobia. Polega ona na pojawieniu się nieuzasadnionego przekonania o własnej odpychającej brzydocie. Z obserwacji wynika, że jest to zespół bardzo rzadko występujący wśród żołnierzy, jednak bywa on przyczyną wykro-

czeń lub przestępstw. Osobnicy z dysmorfofobią sprawiają wrażenie nieśmiałych, lecz bywają aroganccy. Uwagi, żarty na swój temat przełożonych lub kolegów wywołują u tych żołnierzy agresję w stosunku do „prześladowców". Dochodzi do bójki, znieważenia przełożonego, samowolnego opuszczenia pododdziału i schowania się w trudno dostępnym miejscu, z dala od ludzi, niewykonania rozkazu, niechęci do uczestnictwa w szkoleniu wojskowym. Żołnierzy tych cechuje podejrzliwość i nieufność w stosunku do otoczenia, co wynika z przekonania o własnej brzydocie.

Psychopatyczne zachowanie się

Psychopatyczne zachowanie się w okresie dojrzewania podobnie jak infantylizm psychiczny jest zjawiskiem przejściowym. Zachowanie to należy odróżnić od psychopatii, czyli trwałej anomalii osobowości w zakresie życia uczuciowo-popędowego oraz napędu psychoruchowego. Jednak cechy psychopatycznego zachowania się niektórych żołnierzy są najczęściej powodem różnych wykroczeń i przestępstw. Arogancja, wybuchowość, przekora, dążność do obalenia autorytetów, małe poczucie odpowiedzialności, zainteresowanie „użyciem życia" bez oglądania się na skutki, nieliczenie się z normami życia w kolektywie, niechęć do wszelkiego rodzaju dyscypliny i porządku powoduje, że żołnierze ci często i bardzo szybko popadają w konflikt z regulaminem i wojskowym wymiarem sprawiedliwości. Ich zachowanie przed służbą wojskową (wagary, kilkudniowe ucieczki z domu, niewłaściwe zachowanie w stosunku do nauczycieli i rodziców, niewywiązywanie się ze swoich obowiązków, wybryki chuligańskie itp.) uchodziło im często bezkarnie. Takie samo postępowanie w warunkach służby wojskowej staje się wykroczeniem dyscyplinarnym, naruszeniem regulaminu lub przestępstwem. Żołnierze ci są niejednokrotnie zdziwieni i zaskoczeni oskarżeniem, twierdząc „... a co ja takiego zrobiłem, przecież nikogo nie zabiłem". Brak kontroli ze strony dowódców, pobłażliwość albo np. „krycie nadzwyczajnego wypadku" rozzuchwala tych żołnierzy i powoduje wzrost liczby przestępstw i ich ciężaru ga-

tunkowego. Na przykład żołnierz, któremu udało się samowolnie oddalić, przy następnych samowolnych oddaleniach liczy na „szczęście", przedłuża swą nieobecność w jednostce, która często traktowana jest w końcu jako dezercja.

Przyczyną dokonywanych przestępstw i wykroczeń wśród żołnierzy zaliczonych do grupy pierwszej są przejściowe objawy psychopatologiczne charakterystyczne dla okresu dojrzewania. Duża część młodych ludzi nie uzyskała jeszcze stanu dojrzałości psychicznej, a u wielu zaznaczają się objawy braku synchronizacji między rozwojem poszczególnych narządów i układów fizycznych, a także synchronizacji działania intelektu i charakteru. Stąd postępowanie wychowawcze musi odznaczać się dużym taktem i cierpliwością oraz uwzględnić indywidualne cechy danej jednostki.

Znajomość wspomnianych przyczyn kryminogennych w wojsku pozwoli dowódcom i wychowawcom na właściwe planowanie i prowadzenie akcji profilaktycznej w działalności wychowawczej. Kadra zawodowa naszego wojska posiadając niezbędne minimum wiedzy teoretycznej i praktycznej z zakresu pedagogiki, socjologii, psychologii itp., znając problemy psychopatologii, będzie mogła wybrać w zależności od konkretnego wypadku najwłaściwsze, najbardziej rzeczowe i sprawiedliwe postępowanie wychowawczo-resocjalizacyjne.

Do drugiej grupy przyczyn (z punktu widzenia zdrowia psychicznego) powodujących przestępczość w wojsku, należą żołnierze chorzy psychicznie lub ci, u których stwierdza się trwałe kalectwo psychiki. Pomimo coraz sprawniejszej selekcji poborowych, przenikają jednak w szeregi wojska osobnicy, u których w czasie poboru nie udało się stwierdzić choroby psychicznej, a ujawnia się ona dopiero w czasie odbywania zasadniczej służby wojskowej. Oczywiście żołnierze ci są bardziej skłonni do działania przestępczego niż z grupy pierwszej.

Do najczęściej występujących chorób psychicznych i trwałych anomalii psychiki stwierdzonych u żołnierzy, którzy popełnili przestępstwo w czasie służby wojskowej, należą:

— psychozy endogenne — schizofrenia, cyklofrenia, obłęd (paranoja),

— psychopatia i socjopatia,
— lekkie niedorozwoje,
— zaburzenia psychiczne związane z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (encefalopatia, zaburzenia psychiczne pourazowe i intoksykacyjne, pierwsze napady padaczki itp.)

Psychozy endogenne

W okresie młodzieńczym (19 do 25 lat) ujawnia się wiele chorób, w tym także psychicznych, jak schizofrenia, psychoza maniakalno-dypresyjna, paranoja. Zdarza się, że żołnierze chorzy psychicznie (z czynną psychozą) pełnią przez pewien czas służbę wojskową, będąc osobnikami najbardziej skłonnymi do działania przestępczego. Dokonują oni niejednokrotnie groźnych przestępstw, co wynika z niewłaściwej oceny sytuacji i otoczenia, spowodowanego chorobą psychiczną. Takie objawy psychopatologiczne jak: omamy, urojenia, zaburzenia świadomości, mogą być powodem zabójstwa lub samobójstwa, użycia broni, dezercji, znieważenia przełożonego, niewykonania rozkazu itp. Przypadki popełniania przestępstw w stanie czynnej psychozy są bardzo rzadkie z uwagi na wczesne wykrywanie tych chorób i kierowanie takich żołnierzy do placówek leczniczych.

Wyjątek stanowi paranoja (obłęd), choroba psychiczna przebiegająca przewlekle, której obraz na początku jest trudny do rozpoznania. Paranoicy w wojsku mogą stanowić duże zagrożenie i często dopiero dokonanie przez nich przestępstwa pozwala na wykrycie choroby.

Psychopatia

Najliczniejszą grupą dokonującą przestępstw i naruszającą przepisy stanowią psychopaci. Ludzie ci mają względnie duże możliwości adaptacyjne i dlatego nieraz przez szereg miesięcy mogą pełnić zasadniczą służbę wojskową, ukrywając swoje wady. Ich anomalia ujawnia się najczęściej po natrafieniu na jakąś trudność, niejednokrotnie błahą i wtedy właśnie rozwija się tzw.

sytuacyjna reakcja psychopatyczna. Przestępstw popełnianych przez psychopatów w wojsku można by uniknąć, gdyby wcześniej poznać ich życiorysy. W biografii psychopaty spotykamy wiele sytuacji konfliktowych, których są sprawcami (usunięcia ze szkół, obniżone stopnie ze sprawowania, wagary, ucieczki z domu, zatargi z milicją, demonstracyjne samookaleczenia, ciągłe zmiany miejsca pracy, negatywne opinie otoczenia, skłonność do nadużywania alkoholu itp.). Amerykański psychiatra Cleckley określił podstawowe cechy osobowości psychopaty:

a) obdarzony jest przeciętnym, a często wybitnym poziomem inteligencji;
b) zachowuje się często w sposób aspołeczny (bez powodu);
c) reaguje na alkohol niestosownie lub dziwacznie;
d) jest kłamliwy, lekceważy możliwość odkrycia kłamstwa;
e) nie potrafi uznać słuszności stawianych mu zarzutów;
f) nie potrafi korzystać z doświadczeń;
g) nie ma wglądu we własne zachowanie;
h) jest nieodpowiedzialny;
i) stale powraca do sposobów zachowania, które przynoszą mu szkodę;
j) ma powierzchowny, bezosobowy stosunek do życia seksualnego;
k) jest niezdolny do miłości, płytki uczuciowo;
l) obce mu jest przeżycie „klęski życiowej";
ł) nie odczuwa lęku lub niepokoju, jest opanowany i spokojny w sytuacjach, w których inni są napięci i niespokojni.

Żołnierze psychopaci stwarzają stale tzw. pogotowie kryminogenne, gdyż występuje u nich słabość hamulców moralnych, prymitywizm życia uczuciowego i zła kontrola popędów (mimo krytycznego wglądu w sytuacje nie mogą powstrzymać się od działania spowodowanego chwilową zachcianką), wkraczają na drogę najgroźniejszych przestępstw.

Te cechy charakteru doprowadzają do tego, że psychopata w mundurze permanentnie narusza przepisy dyscyplinarne i porządkowe, nie wykonuje poleceń, ma ciągłe konflikty z przełożonymi, samowolnie opuszcza teren jednostki i garnizonu, do-

puszcza się nawet dezercji, prowokuje i uczestniczy w bójkach i wyczynach chuligańskich, samookalecza się itp.

W cięższych przypadkach psychopatii chorzy szybko dezadaptują się i są zwalniani od pełnienia służby wojskowej. Osobnicy lżej chorzy adaptują się i trudno ulegają dekompensacji, od czasu do czasu zdarzają się u nich opisane „sytuacyjne reakcje psychopatyczne".

Niedorozwoje

Przez sito komisji poborowych mogą przenikać w szeregi wojska osobnicy niedorozwinięci umysłowo w stopniu lekkim. Często przed rozpoczęciem służby wojskowej ich niedorozwój nie jest „widoczny" w ich życiorysie. Kończą szkoły podstawowe, a następnie wykonują proste czynności zawodowe (pomoc w gospodarstwie rolnym, stróż, drwal, goniec itp.) ciesząc się w środowisku dobrą opinią.

W służbie wojskowej niedorozwinięty umysłowo żołnierz nie potrafi opanować programu szkolenia, niewłaściwie wykonuje rozkazy i polecenia, gdyż ich nie rozumie. Jego postępowanie jest szkodliwe, ponieważ ma osłabioną lub zniesioną zdolność przewidywania następstw dokonywanych czynów. Ukarany dyscyplinarnie, odczuwa to jako krzywdę, znęcanie się nad nim, wobec czego stosuje prymitywne formy protestu w postaci: zamachów samobójczych, dezercji, samowolnych oddaleń, odmowy wykonania rozkazu.

Zaburzenia psychiczne związane z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego

Postęp medycyny, który potrafi utrzymać przy życiu jednostki z różnego rodzaju uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, a z drugiej strony wzrost urazowości, związany z rozwojem techniki, powoduje, że z roku na rok rosną odsetki osobników z organicznym uszkodzeniem mózgu. Przed służbą wojskową młodzież z defektem ośrodkowego układu nerwowego

dzięki sprzyjającym warunkom społeczno-ekonomicznym, życzliwej atmosferze, opiece rodziny itp. ma duże możliwości korekcji swoich wad. Wojsko stawiając wysokie wymagania przed tą grupą osobników mało wartościowych psychicznie powoduje trudności adaptacyjne do warunków służby wojskowej. Żołnierze ci, pod wpływem trudów codziennego życia załamują się, reagują nerwicowo lub psychopatycznie, stają się agresywni. Tego typu zachowanie powoduje wzrost przestępczości w tej grupie żołnierzy.

Omawiając problem przestępczości w wojsku należy wspomnieć o zagadnieniu nadużywania alkoholu przedstawionym w innym rozdziale. Jak wykazały badania, 80% żołnierzy dopuszcza się czynów karalnych będąc w stanie nietrzeźwym. Zwykłe upojenie alkoholem jest zatruciem całego organizmu, przede wszystkim zaś ośrodkowego układu nerwowego. Spośród różnych zaburzeń psychicznych w upojeniu zwykłym szczególnie niebezpieczne jest obniżenie krytycyzmu pijącego i wzmożenie jego samopoczucia. Stan nietrzeźwości powoduje: beztroski nastrój, rozluźnienie napięcia psychicznego, osłabia mechanizmy samokontroli i samooceny, krytycznego osądu sytuacji i jej następstw etc. U niektórych osób stan upojenia alkoholem wzmaga pobudliwość seksualną, czasem pojawia się zachowanie cyniczne, wyzywająca agresywność, nieliczenie się z otoczeniem, normami moralnymi i etycznymi. Skutki wymienionych objawów wydają się aż nazbyt oczywiste. Żołnierze znajdujący się w stanie nietrzeźwości najczęściej niewłaściwie wykonują rozkazy i polecenia, spóźniają się z przepustek, urlopów i podróży służbowych, samowolnie opuszczają miejsce zakwaterowania, dopuszczają się czynów chuligańskich. Jeżeli alkoholu nadużywa żołnierz niepełnosprawny psychicznie skutki okazać mogą się groźniejsze, gdyż opisane objawy charakterystyczne dla upojenia zwykłego znacznie nasilają się, a nawet pojawić się mogą pewne zaburzenia psychiczne. Właściwy osąd rzeczywistości jest wówczas niemożliwy lub opaczny i doprowadza nawet niekiedy do samookaleczenia, próby samobójczej, dezercji, groźnych czynów przestępczych.

Służba wojskowa jest dla młodego mężczyzny ostatnim etapem w kształtowaniu jego obywatelskich postaw. W związku

z tym w ciągu około 2 lat, dowódcy wojskowi mają do zrealizowania szeroki program wychowawczy. Efekty oddziaływań wychowawczych zależą w wojsku — obok szeregu innych — w najistotniejszy sposób od znajomości cech psychiki żołnierza wcielonego w szeregi wojska i ciągłego doskonalenia metod edukacyjnych.

Innym, nie mniej ważnym elementem w działalności wychowawczo-pedagogicznej w wojsku jest bieżąca znajomość problematyki zdrowia psychicznego młodzieży w wieku przedpoborowym.

Przestępczość w wojsku, jak widać z powyższego, wiąże się istotnie ze zdrowiem psychicznym żołnierzy. Wczesne wykrycie zaburzeń psychicznych przez dowódcę, oficera politycznego, lekarza jest skuteczną metodą zmniejszenia przestępczości w wojsku. Dlatego też należy orientować się przynajmniej w ogólnym zarysie w problematyce psychopatologii.

WIESŁAWA NIZEL-SIMIŃSKA

Rozdział VII

SAMOBÓJSTWA MŁODZIEŻY

Samobójstwa młodzieży. Przyczyny wewnętrzne i zewnętrzne. Profilaktyka.

Samobójstwo, tzn. celowe i świadome pozbawienie się życia, od dawna budzi szerokie zainteresowanie lekarzy, psychologów i socjologów. Jest ono czynem skierowanym nie tylko przeciw jednostce, ale i otoczeniu, którego samobójca nie może lub nie chce zaakceptować.

Ocena samobójstwa jako zjawiska w dużej mierze uzależniona jest od uznawanych w danej społeczności norm etycznych. W starożytnym Rzymie, gdzie życie uważane było za osobistą własność człowieka, śmierć samobójcza była niekiedy jedynym wyjściem z trudnej sytuacji, akceptowanym przez otoczenie. Podobny charakter miały samobójstwa w Japonii i w niektórych innych krajach Dalekiego Wschodu.

Religie katolickie i muzułmańskie uważają samobójstwo za ciężki grzech, a prawo angielskie karze odratowanych samobójców. Dla większości współczesnych ludzi fakt, iż codziennie na świecie 10 000 obywateli usiłuje popełnić samobójstwo, z czego tysiąc umiera [1], nie może być obojętny.

Problem samobójstw zaostrza ich coroczny wzrost odnotowany prawie we wszystkich krajach świata. Tak np. w Polsce w 1955 r. wskaźnik samobójstw (liczba zgonów samobójczych na 100 000

[1] E. Stengel, *Suicide and Attemted Suicide*, Wiktoria (Australia) 1967.

Tabela 2

Samobójstwa w różnych krajach świata

Zajmowane miejsce pod względem liczby samobójstw	Kraj	Liczba samobójstw na 100 000 mieszkańców w latach:			
		1955	1960	1965	1968
1	Węgry	21	25	30	34
2	Austria	23	23	23	22
3	RFN	19	19	21	·
4	Szwecja	18	17	19	22
5	Finlandia	20	20	20	·
6	Dania	23	20	19	·
7	Szwajcaria	22	19	18	17
8	Francja	16	16	15	·
9	Belgia	14	15	15	·
10	Polska	6	7	9	11
11	Stany Zjednoczone	10	11	11	·
12	Bułgaria	6	8	9	
13	Wielka Brytania	11	11	10	·
14	Kanada	7	16	12	·
15	Holandia	6	7	7	·
16	Norwegia	7	6	8	·
17	Hiszpania	6	6	6	·
18	Włochy	7	6	5	·
19	Irlandia	2	3	2	·

Źródło: *Rocznik statystyczny GUS 1968 i 1970.*

mieszkańców) wynosił 6, a w 1968 r. — 11. Wzrost samobójstw w różnych krajach świata w latach 1955—68 ukazuje tabela 2. Dane w niej zawarte wykazują, iż samobójstwa są częściej popełniane w krajach wysoko uprzemysłowionych. Fakt ten tłumaczony jest wieloprzyczynowo. W krajach wysoko uprzemysłowionych większość ludności zamieszkuje w miastach, gdzie samobójstwa są częściej popełniane niż na wsi, ponadto w krajach bogatszych mieszkańcy częściej dożywają późnego wieku, w którym usiłowania suicydalne są częstsze. Najpospolitszy dla krajów zacofanych typ rodziny wielopokoleniowej zamieszkałej pod jednym dachem, przeciwdziałając uczuciu osamotnienia, jest także elementem osłabiającym tendencje suicydalne.

Zajmowanie przez kraje wybitnie katolickie (Hiszpania, Włochy, Irlandia) ostatnich miejsc pod względem liczby samobójstw, może świadczyć zarówno o tym, iż religia jest czynnikiem zmniejszającym częstość samobójstw, jak i o tym, że statystyki tych krajów nie są dokładne, ponieważ rodziny samobójców uważając ich śmierć za grzeszną, okrywającą hańbą zmarłego i najbliższych, zgony takie starają się przedstawić jako spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.

Poza urbanizacją i rozwojem przemysłu, na częstość samobójstw wpływa sytuacja ekonomiczno-polityczna kraju. Stwierdzono, iż w okresach kryzysu (jak np. w czasie wielkiego kryzysu w Stanach Zjednoczonych) liczba samobójstw gwałtownie wzrasta, a w okresach dobrobytu maleje. Również doniosłe wydarzenia polityczne pochłaniające uwagę całego narodu, jak np. wojny lub korzystne przełomy społeczne wpływają hamująco na częstość samobójstw. Różni autorzy[2] tłumaczą to faktem, iż w okresach przełomowych (np. w czasie wojny) jednostka staje się bardziej zintegrowana ze społeczeństwem, sprawy osobiste, kłopoty miłosne i pieniężne wydają się błahe, życie staje się ciekawsze, a bodźce agresywne, ujawniające się w samobójstwie w postaci autoagresji kierują się na zewnątrz.

W krajach, w których zamieszkuje ludność biała i kolorowa (Stany Zjednoczone) samobójstwa popełniane są częściej przez

[2] Stengel, *op. cit.*; B. Hołys, „Zdrowie Psychiczne" 1968, nr 7, s. 11; A. Podgórecki, *Patologia życia społecznego*, Warszawa 1969.

białych. Próbowano także zbadać wpływ pory roku i warunków meteorologicznych na częstość samobójstw. Na ogół uważa się, że na półkuli północnej samobójstwa najczęściej dokonywane są w maju, czerwcu, czasem występuje mniejszy szczyt w październiku, natomiast na półkuli południowej w grudniu, styczniu i lutym. Zauważono także, że koicydencja w postaci zmiany ciśnienia atmosferycznego w granicach kilku milibarów, opady, silne wiatry i zachmurzenia zwiększają liczbę zamachów suicydalnych [3]. Stwierdzono również, iż próby samobójcze kobiet, choć częściej podejmowane, 4-krotnie rzadziej niż u mężczyzn kończą się zgonem [4]. Ponadto są one dokonywane głównie przez zatrucia lekami lub gazem, podczas gdy mężczyźni wybierają bardziej gwałtowne rodzaje śmierci (zranienie, powieszenie).

Analizując grupy wieku, w których podejmowane są zamachy samobójcze, okazało się, że w Polsce najczęściej prób suicydalnych dokonują mężczyźni 20—24-letni (ponad 30%), na drugim miejscu znajdują się chłopcy 15—19-letni, a w grupie kobiet zdecydowanie przeważają dziewczęta 15—19-letnie (ponad 50%) [5]. Statystyki zachodnie wskazują, że drugi szczyt samobójczy występuje w wieku powyżej 60 lat. U nas powyższa tendencja nie występuje. Usiłowania suicydalne młodocianych znacznie rzadziej niż u dorosłych doprowadzają do zgonów, niemniej jednak u młodzieży śmierć samobójcza wśród przyczyn zgonów zajmuje 3, a w niektórych nawet latach 2 miejsce po wypadkach drogowych i nowotworowych wraz z białaczką [6].

Systematyczny wzrost wskaźników samobójstw w grupie młodzieży i młodych mężczyzn nie może być obojętny dla wojska, ponieważ dotyczy on osób, które w niedalekiej przyszłości będą lub są żołnierzami. Samobójstwo jest z reguły wypadkową pa-

---

[3] Hołys, *op. cit.*; T. Kostrzewa i in., „Psychiatria Polska" 1968, nr 2, s. 653; Stengel, *op. cit.*

[4] D. Galewska, *Analiza przypadków samobójczych wśród młodocianych*, „Zdrowie Psychiczne" 1970, nr 11, s. 1; Kostrzewa i in., *op. cit.*; Z. Szymańska, S. Żelazowska, „Zdrowie Psychiczne" 1966, nr 7.

[5] E. Durkheim, *Le suicide. Etude de socjologie*, Paryż 1960, wyd. III; Kostrzewa i in., *op. cit.*; W. Nizel-Simińska, *Samobójstwa zamierzone u dzieci i młodzieży na terenie m. Łodzi w latach 1958—1969*, Łódź 1973 (praca doktorska).

[6] Nizel-Simińska, *op. cit.*

tologii stwierdzanej u samego samobójcy i w jego otoczeniu, dlatego też jego przyczyny, a zwłaszcza uwarunkowane zewnętrznie, będą inne w grupie młodocianych i młodych mężczyzn, tak jak różne są w tych grupach warunki życia i zakres obowiązków jednostki. Dlatego też osobno należy omawiać samobójstwa młodzieży oraz samobójstwa w wojsku.

Samobójstwa młodzieży. Przyczyny wewnętrzne i zewnętrzne. Profilaktyka

Próby samobójcze młodocianych w porównaniu z analogicznymi u dorosłych cechują się zarówno częstością podejmowania, mniejszą skutecznością zamachów, jak i częstym ponawianiem prób (dotyczy to 30% usiłujących odebrać sobie życie). Ponadto często podejmowane są z powodów, które otoczeniu mogą wydawać się błahe, a ze względu na znaczną podatność młodzieży na sugestywne wpływy, znajdują często naśladowców w najbliższym otoczeniu samobójcy. Samobójstwo może wynikać z patologii samej osobowości samobójcy lub patologii stwierdzonej w jego otoczeniu (szkolnym lub domowym), najczęściej jest wypadkową obydwu czynników.

Autorzy [7] w sposób bardzo różny oceniali liczby chorych psychicznie wśród samobójców (od 12 do 90%), co w dużej mierze jest uwarunkowane rozbieżnościami w klasyfikacji (np. zaliczanie do grupy chorych — psychopatów, oligofreników i chorych na nerwice).

Niektóre zaburzenia psychiczne niewątpliwie sprzyjają samobójstwom. Ze względu na stan psychiczny można by wydzielić 3 zasadnicze grupy samobójców:

— grupa pierwsza, w której samobójstwo jest jednym

[7] C.G. Bergstrand, U. Otto, „Acta Paediatr" 1962, nr 51, s. 17; C.L. Cazulo, *La tentatire de svicyde au cours de l'age pivenile Sandorama.* Nr special editado conmotive del IV Kongresso Mundial de Psiqiatria, Madryt, 5 XI 66; K. Dobišek, *Hospitalizace po suicydalnych pokusech w psychiatricke nemocnici v Praze. Pamiętnik II Polsko-Czechosłowackiej Konferencji Psychiatrycznej 1970;* Z. Durindowa, Z. Klimo, J. Lukač, „Československa Psychiatrice" 1966, nr 1, 1970, nr 43; Nizel-Simińska, „Zdrowie Psychiczne" 1970, nr 11, s. 113; Z. Rydzyński, „Lekarz Wojskowy" 1958, nr 34, s. 712.

z przejawów choroby (np. depresji) lub jego przyczyną są objawy chorobowe — urojenia, chorobliwe nakazy, omamy, natręctwa;

— grupa druga — to ludzie z trwałymi (psychopaci, encefalopaci, niedorozwinięci) lub przejściowymi (nerwice, zaburzenia poinfekcyjne lub okresu pokwitania) zaburzeniami osobowości utrudniającymi młodocianym adaptację do wymogów otoczenia, co czyni ich predysponowanymi do podejmowania prób samobójczych, przy zaistniałych negatywnych bodźcach możliwych do skompensowania dla ludzi zupełnie zdrowych;

— grupa trzecia — to ludzie zdrowi psychicznie, którzy doznali straty przekreślającej sens ich dalszego życia (śmierć ukochanej osoby, definitywne przekreślenie wymarzonej kariery, ciężka nieuleczalna choroba itp.).

Wyodrębnienie tych trzech grup ma także znaczenie profilaktyczne, ponieważ stosunek do samobójców z każdej grupy powinien być inny. Chorzy z grupy pierwszej przede wszystkim muszą być leczeni, w drugiej grupie leczenie w niektórych wypadkach także jest konieczne (np. nerwice), głównie należy jednak zmienić traumatyzujące układy między pacjentem a otoczeniem.

Wśród schorzeń psychicznych szczególnie predysponujących do popełnienia samobójstwa należy wymienić depresje. Są to stany chorobliwie obniżonego nastroju, smutku, któremu często towarzyszy spowolnienie procesów psychicznych, spowolnienie ruchowe, często lęk i zaburzenia snu. Myślenie chorych cechuje pesymistyczna ocena przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, poczucie mniejszej wartości i winy, skłonność do rozpamiętywania spraw przykrych, przy czym powyższe zaburzenia mogą narastać do rozmiarów urojeń (błędnych sądów nie podlegających korekcji), samoponiżenia, winy, grzeszności, pokrzywdzenia. Samobójstwo w depresji może wynikać zarówno z obniżonego samopoczucia, jak i być następstwem urojeń. W wypadku depresji o przebiegu okresowym z możliwością samobójstwa należy się liczyć głównie na początku i pod koniec fazy depresyjnej, ponieważ w głębokiej depresji spowolnienia i trudności w podej-

mowaniu decyzji są tak znaczne, że uniemożliwiają pacjentowi dokonanie zamachu. Pacjenci depresyjni muszą być hospitalizowani ze względu na znaczne zagrożenie samobójcze. Czasami, zwłaszcza u młodocianych, obniżenie nastroju może być nieznaczne, natomiast w obrazie depresji mogą przeważać liczne skargi somatyczne, jak: bóle głowy, brzucha, dolegliwości sercowe, brak łaknienia, zaburzenia snu. Stany depresyjne występują w różnych schorzeniach psychicznych, jak i w psychozie maniakalno-depresyjnej, psychozach reaktywnych, involucyjnych, a także w przewlekłym alkoholizmie i nerwicach.

Schizofrenia — jedna z najczęściej występujących chorób psychicznych także może być przyczyną samobójstwa. Może ono wystąpić w przebiegu tej choroby nieoczekiwanie mając charakter paragnomenu (niezwykłej, nieprzewidzianej czynności na tle uprzednio spokojnego zachowania chorego). Ponadto do targnięcia się na swoje życie mogą schizofrenika doprowadzić dręczące i nadzwyczaj przykre urojenia, nakazy samozniszczenia pod postacią natrętnie nawracających myśli lub omamów słuchowych (słyszenie nie istniejących głosów i dźwięków). W jednej z postaci schizofrenii katatonicznej obserwujemy niepohamowany popęd do samobójstwa. Samobójstwa schizofreników bywają często dziwaczne, a popełniane są zwykle w stanie lękowym. Nie należy zapominać o alkoholizmie jako przyczynie samobójstwa, ponieważ według statystyk 11—21% alkoholików ginie na skutek samobójstwa [8]. Podejmowane jest ono w przebiegu stanów depresyjnych i psychozach alkoholowych na skutek omamów i urojeń. Niekiedy alkohol, ze względu na swe właściwości rozhamowujące i obniżające krytycyzm, traktowany jest jako środek ułatwiający samobójcy podjęcie suicydalnych decyzji.

Nerwica natręctw — może doprowadzić do samobójstwa przy znacznym nasileniu objawów, zwłaszcza gdy natrętne myśli i lęki dotyczą zachorowania na chorobę psychiczną lub konieczności popełnienia samobójstwa, ponieważ takie wypadki zdarzały się w rodzinie chorego.

U młodzieży grupa, w której samobójstwo wywołane jest zaburzeniami psychicznymi, nie jest liczna i mieści

[8] Rydzyński, *op. cit.*; Kostrzewa i in., *op. cit.*

się w granicach od 7 do 15%. Znacznie częściej próby samobójcze są podejmowane przez osoby do nich predysponowane na skutek trwałych lub przejściowo występujących zaburzeń osobowości, o ile znajdują się oni w zbyt trudnej, przekraczającej ich możliwości adaptacyjne sytuacji. Szczególnie często prób suicydalnych dokonują psychopaci i encefalopaci. Stanowią oni około 30% młodocianych samobójców [9].

Psychopaci to osobnicy mający od wczesnego dzieciństwa konflikty z otoczeniem ze względu na występujące u nich zaburzenia w zakresie charakteru, temperamentu i sfery popędów. Nie znoszą oni dyscypliny, nie potrafią się opanować, cechuje ich duża chwiejność emocjonalna. Dlatego też nawet przy niewielkich trudnościach życiowych mogą oni nagle, bez zastanowienia dokonać próby samobójczej. Na ogół wkrótce po dokonaniu zamachu żałują swego czynu, jednak przy następnych trudnościach ponawiają usiłowania suicydalne. Psychopaci podejrzliwi, nieufni, schizoidalni mogą w samobójstwie szukać ucieczki przed karą, trudnościami lub dokonywać go z zemsty nad inną osobą, którą o swoją śmierć w zostawionych listach obwiniają.

Encefalopaci to osobnicy, u których zaburzenia życia popędowo-emocjonalnego, podobne do opisywanych u psychopatów, powstają po urazach, intoksykacjach ośrodkowego układu nerwowego, także często dokonują prób samobójczych. W licznych pracach autorzy [10] podkreślają, iż u większości samobójców stwierdza się w wywiadach dane o przebytych schorzeniach, które mogły uszkodzić ośrodkowy układ nerwowy, ponadto badania dodatkowe również na takie uszkodzenia wskazują. U encefalopatów stosunkowo często występują nerwice oraz zaburzenia okresu pokwitania, co ich dodatkowo predysponuje do popełniania samobójstw.

W nerwicach — zwłaszcza neurastenii — samobójstwa mogą być popełniane na skutek silnego poczucia choroby, obni-

---

[9] Nizel-Simińska, „Zdrowie Psychiczne", *wyd. cyt.*; Szymańska, *op. cit.*

[10] Nizel-Simińska, *Samobójstwa zamierzone...*, *wyd. cyt.*; Rydzyński, *op. cit.*; Szymańska, *O samobójstwach dzieci i młodzieży. Pamiętnik XXVIII Naukowego Zjazdu Psychiatrów w Lublinie*; Szymańska, Żelazowska, *op. cit.*

żonej wydolności psychofizycznej oraz obniżonego nastroju. Samobójstwa w nerwicy histerycznej organizowane bywają w sposób demonstracyjny, najczęściej w obecności innych osób i rzadko kończą się zgonem.

Zarówno w nerwicach, psychopatiach, jak i encefalopatiach samobójstwa są podejmowane wówczas, gdy do osłabionej, na skutek podstawowego schorzenia, zdolności adaptacyjnej dołączy się czynnik reaktywny, najczęściej w postaci konfliktów z najbliższym otoczeniem.

U młodocianych samobójców stosunkowo często nie stwierdza się choroby psychicznej, nerwicy czy zaburzeń osobowości [11]. Także przyczyny ich suicydalnych dążeń są zbyt błahe, aby zrozumieć ich działanie. Należy jednak pamiętać, iż czyny te dokonywane są przez młodocianych znajdujących się w trudnym okresie pokwitania. Przypada ono zazwyczaj na okres od 12 do 16 roku życia, przy czym zakończenie dojrzewania, a zwłaszcza osiągnięcie pełnej dojrzałości psychicznej przeciąga się niejednokrotnie aż do okresu młodzieńczego (18—20 lat). Okres pokwitania cechuje zazwyczaj rozchwianie emocjonalne. U młodzieży w tym okresie często pojawia się nieumotywowane poczucie krzywdy, przekora, drażliwość, wzmaga się konfliktowość, zwłaszcza z osobami najbliższymi, a u niektórych występują bezpodstawne stany obniżonego samopoczucia. Młodzież, która doznała organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz pacjenci z zaburzeniami endokrynologicznymi przechodzą okres pokwitania szczególnie ciężko. Nasilają się u nich zaburzenia zachowania, a fizjologiczne objawy pokwitania manifestują się bardzo wyraźnie. Również choroby somatyczne, zwłaszcza o charakterze przewlekłym obniżają odporność psychiczną, doprowadzają do powstania stanów depresyjnych i asteniczno-depresyjnych predysponujących do samobójstwa.

Obok wewnętrznych przyczyn samobójstw uwarunkowanych zaburzeniami psychicznymi istnieją przyczyny zewnętrzne, wśród których zdecydowanie pierwsze miejsce zajmują konflikty z rodziną (30—50%), trudności w nauce i konflikty szkolne (20—30%),

[11] Nizel-Simińska, *Samobójstwa zamierzone...*, oraz tejże, „Zdrowie psychiczne", *wyd. cyt.*; Szymańska, *op. cit.*

dalsze miejsca zajmują: zawód miłosny, lęk przed karą, naśladownictwo, protest wobec otoczenia.

Przewaga konfliktów rodzinnych, nad innymi przyczynami samobójczych usiłowań, zwróciła uwagę badaczy na stosunki wewnątrzrodzinne młodocianych samobójców. Okazało się, że z reguły są one złe. Prawie połowa młodocianych wychowywana była w rodzinach rozbitych lub ponownie powstałych na skutek małżeństwa jednego z rodziców. Ponadto w większości rodzin (ponad 80% odnotowano patologię pod postacią alkoholizmu rodziców (zwłaszcza ojców), awanturnictwa, błędów wychowawczych rodziców. Błędy te dotyczyły zarówno braku opieki, stosowania kar cielesnych, nadmiernych wymagań w stosunku do możliwości dziecka, jak i wychowania niekonsekwentnego, nadmiernej tolerancji, zaspokajania wszelkich zachcianek dziecka. Konflikty wewnątrzrodzinne są częstsze w rodzinach rozbitych i ponownie powstałych, ponadto młodociani częściej są skłóceni z rodzicami, a zwłaszcza z ojcami niż z rodzeństwem.

Często także próby samobójcze dokonywane są z powodu niepowodzeń w nauce i głównie przez chłopców. Do tej grupy samobójców należą zarówno młodociani, którzy ze względu na niedorozwój nie mogą podołać obowiązkom szkolnym, jak i encefalopaci z objawami dziecięcego zespołu psychoorganicznego, dysleksją, dysgrafią — dodatkowo znerwicowani kontafliktami szkolno-domowymi. Zespół psychoorganiczny cechuje się zaburzeniami pamięci, wzmożoną przerzutnością uwagi, szybką męczliwością, co niewątpliwie utrudnia naukę szkolną. Również konflikty z kolegami bywają przyczyną samobójstw. W okresie pokwitania, gdy słabnie autorytet rodziców, niezmiernie ważna staje się akceptacja grupy rówieśniczej. Zawód miłosny, oceniany jako potwierdzenie własnej małowartościowości, może być również przyczyną rezygnacji z życia.

Bardzo niebezpieczne jest traktowanie samobójstwa jako wyrazu protestu i szantażu wobec otoczenia. Te zamachy samobójcze wskazują na głęboką patologię osobowości samobójcy i jego otoczenia; popełniane bywają przez psychopatów i encefalopatów i są z reguły ponawiane.

Badając dalsze losy osób, które w okresie dzieciństwa i wczes-

nej młodości dokonały jednorazowej lub wielokrotnej próby samobójczej stwierdziłam, że grupy te różnią się między sobą w sposób znamienny. O ile osoby dokonujące jednorazowych zamachów po osiągnięciu pełnej dojrzałości nie różniły się od osób z odpowiadających im grup wiekowych, o tyle w grupie ponawiających stwierdzono znaczne objawy dezadaptacji. Przejawiały się one w: osiągnięciu niższego poziomu wykształcenia, częstym porzucaniu nauki przed ukończeniem szkoły, niepodejmowaniu pracy zarobkowej lub częstej zmianie zakładów pracy, konfliktów zarówno z kolegami, jak i przełożonymi. Także pożycie małżeńskie tych osób było złe i z reguły kończyło się rozwodem. Często były one karane przez sądy cywilne i wojskowe; z reguły nie miały przyjaciół i izolowały się od otoczenia. Również charakterystyczną ich cechą było pojawienie się myśli samobójczych w trudnych sytuacjach życiowych.

Jak wynika z przedstawionych danych, przyczyny samobójstw można podzielić na zewnętrzne, związane z konfliktami z otoczeniem, i wewnętrzne, wypływające z patologii stwierdzonej u samego samobójcy. Najczęściej jednak dokonywane są przez osoby do nich predysponowane na skutek patologii ich osobowości, jeżeli znajdą się w traumatyzującym środowisku, a ponadto zadziałają na nie dodatkowe niekorzystne bodźce obniżające ich odporność psychiczną (w postaci burzliwie przebiegającego okresu pokwitania, ostrych i przewlekłych infekcji lub dodatkowych urazów psychicznych). Oddziaływanie każdego z wymienionych czynników bywa różnie nasilone w poszczególnych wypadkach prób samobójczych, jednak bardzo rzadko samobójstwa dokonuje młody człowiek o prawidłowej osobowości, wywodzący się z akceptowanej przez siebie i akceptującej go rodziny, nie mający konfliktów w środowisku szkolnym.

Choroby psychiczne, w których próby samobójcze wynikają z objawów psychopatycznych, są u młodocianych rzadziej przyczyną samobójstwa niż u dorosłych. Często natomiast prób samobójczych dokonują psychopaci i encefalopaci. Wśród cech osobowości szczególnie sprzyjają samobójstwu zaburzenia zachowania, jak: drażliwość, wybuchowość, obniżony krytycyzm, nadpobudliwość, demonstratywność.

Wymienione objawy, niezależnie od tego czy są uwarunkowane organicznie czy czynnościowo, prowadzą młodego człowieka do konfliktów z otoczeniem, a obniżony krytycyzm utrudnia samobójcy prawidłową ocenę sytuacji.

Profilaktyka samobójstw wśród młodocianych musi obejmować zarówno samobójcę, jak i jego otoczenie. Moim zdaniem szkodliwe jest publikowanie przez środki masowego przekazu reportaży dotyczących samobójstw młodzieży. Audycje te oglądane przez młodocianych nie zniechęcają ich do prób samobójczych, a wprost przeciwnie — pobudzają do naśladownictwa. Zastrzeżenia te nie dotyczą rodziców i wychowawców, którzy będąc najbliższymi dla dziecka osobami stanowią najskuteczniejszą zaporę przed jego suicydalnym działaniem. Informacja o samobójstwach młodzieży musi być im przekazywana nie jako sensacja lub straszna groźba, jaka zawisła nad ich dziećmi, lecz jako fragment z ogólnych wiadomości o fazach rozwoju osobowości, problemach okresu pokwitania oraz najczęstszych formach dezadaptacji dziecka.

Zapobieganie próbom samobójczym tylko wtedy może być skuteczne, gdy do akcji włączy się nie tylko rodzina, ale i szkoła. Na szczególną uwagę zasługują uczniowie nie czyniący dostatecznych postępów w nauce oraz tzw. wychowawczo trudni. W grupie tej, poza nielicznymi przypadkami psychoz, wymagającymi jak najszybszego leczenia, znajdują się: niedorozwinięci, nie mogący podołać zbyt trudnemu dla nich programowi szkolnemu, encefalopaci i psychopaci wymagający obok leczenia szczególnie troskliwej opieki wychowawczej, przypadki nerwic dziecięcych, a także dzieci, u których nie stwierdza się poprzednio wymienionych zaburzeń, a ich agresywne zachowanie i brak postępów w nauce są spowodowane niekorzystnym wpływem środowiska domowego. Odpowiednia, w porę udzielona pomoc, zmiana typu szkoły, skierowanie do Poradni Zdrowia Psychicznego, ingerencja w konflikty rodzinne, a w wypadkach szczególnych umieszczenie młodocianego w internacie lub Domu Dziecka zapobiegają próbom samobójczym.

Do szeroko pojętej profilaktyki samobójstw należy także zwalczanie patologii wewnątrzrodzinnej. Błędy wychowawcze popeł-

niane przez rodziców są również wynikiem ich nieznajomości podstawowych zasad pedagogiki. W tych wypadkach pedagog i psycholog z Poradni Zawodowo-Wychowawczej powinni udzielić rodzicom odpowiednich wskazówek.

Znacznie poważniejszy jest problem alkoholizmu. Powszechnie stosowane przymusowe leczenie alkoholików, objęcie w porę szczególną opieką ich dzieci, zarówno przez szkoły, jak i zakłady pracy rodziców, mogłyby spowodować poprawę ich losu. Również szczególną opieką należy otoczyć dzieci z rodzin rozbitych.

W wypadku dokonania zamachu suicydalnego (nieudanego lub udaremnionego) młodociany powinien być zbadany przez psychiatrę i psychologa, który powinien się wypowiedzieć o przyczynie próby samobójstwa oraz o pomocy, jakiej trzeba mu udzielić. Szczególną uwagę należy zwrócić na młodocianych usiłujących wielokrotnie dokonać samobójstwa. Leczenie farmakologiczne daje pozytywne rezultaty jedynie w psychozach, natomiast w wypadku patologii osobowości jedyną metodą jest szeroko pojęta psychoterapia zarówno samobójcy, jak i jego otoczenia. Podawanie leków psychotropowych nie tylko często zawodzi, ale może być przyczyną zatruć lekami. Zadaniem psychoterapii byłaby zmiana patologicznie kształtującej się osobowości samobójcy, przełamanie jego egocentryzmu, zacieśnianie więzów z otoczeniem, hartowanie na niepowodzenia życiowe.

Telefony zaufania mogą mieć pewne znaczenie w zapobieganiu samobójstwom, choć, jak wynika z piśmiennictwa [12], wśród zgłaszających się potencjalni samobójcy stanowią nieznaczny procent.

Samobójstwa młodzieży (uwaga ta dotyczy wszystkich jej środowisk) przestaną być problemem, gdy do walki z nimi włączą się jednocześnie rodzice, pedagodzy, psycholodzy i lekarze.

---

[12] A. Bukowczyk i in., *Dotychczasowe doświadczenia wrocławskie z telefonicznej pomocy psychiatrycznej. Pamiętnik II Polsko-Czechosłowackiej Konferencji Psychiatrycznej PTP*, Sekcja Psychiatrii Społecznej, 1970.

APOLONIUSZ MADEJ

Rozdział VIII

PROBLEMY SEKSUALNE WŚRÓD MŁODZIEŻY

Uwagi o strukturze i przejawach działania popędu seksualnego w różnych okresach życia. — Problemy seksualne w końcowym okresie dojrzewania płciowego. Życie koszarowe a popęd płciowy. — Nerwice i zboczenia płciowe. — Wychowanie seksualne w wojsku. Zasady prowadzenia profilaktyki i leczenia zaburzeń seksualnych. — Uwagi o problematyce seksualnej żołnierzy zawodowych.

Uwagi o strukturze i przejawach działania popędu seksualnego w różnych okresach życia

Jednoznaczne określenie popędu płciowego, chociaż na pozór wydaje się łatwe, sprawia jednak wiele kłopotów. Jeżeli bowiem głębiej wniknie się w istotę tego zjawiska, jeżeli chce się uwzględnić wszystkie jego aspekty i powiązania — wówczas piętrzą się znaczne trudności w poszukiwaniu najtrafniejszego sformułowania.

Pierwszym badaczem, który stworzył rozbudowany system teoretyczny wyjaśniający istotę oraz rolę popędu seksualnego w rozwoju i zaburzeniach osobowości, był Zygmunt Freud, neurolog i psychiatra wiedeński (1856—1939). Zwrócił on szczególną uwagę na przejawy popędu seksualnego w najwcześniejszym okresie życia człowieka, bo już w niemowlęctwie. W teorii Freuda wiele było spekulacji i nienaukowego subiektywizmu, ale niektóre jego ustalenia, nieustannie modyfikowane i weryfikowane w miarę postępów wiedzy o człowieku, przetrwały do czasów współczesnych wzbogacając teorię i praktykę psychoterapii.

Sälzer (1967) wyróżnia w popędzie seksualnym dwa kompotenty: biologiczny — popęd do rozładowania napięcia (*Detumeszenstrieb*) i psychiczny — popęd do zetknięcia cielesnego, do więzi (*Kontaktstrieb*) [1]. Komponent biologiczny związany jest z określonym stopniem rozwoju układu nerwowego i wewnątrzwydzielniczego (hormonalnego). Komponent psychiczny zależy od stopnia rozwoju psychicznego. W ciągu całego życia można obserwować przejawy działania obu tych form popędu płciowego. I tak, już u niemowlęcia daje się zauważyć funkcjonowanie biologicznego składnika popędu płciowego, co wyraża się chociażby w przejawach doznawania prymitywnego, elementarnego uczucia przyjemności w wyniku mechanicznego drażnienia jego narządów płciowych, np. w czasie dokonywania zabiegów higienicznych. Od wczesnego dzieciństwa obserwuje się u chłopców wzwody prącia, a także samogwałt u dzieci płci obojga. Są to zjawiska fizjologiczne, nieuświadomione, odruchowe i stanowią określony etap w rozwoju reakcji popędowych. Wraz ze wzrostem dziecka popęd do rozładowania napięcia (biologicznego składnika, popędu płciowego) zaczyna stopniowo wyrażać się w formie coraz bardziej dojrzałych potrzeb seksualnych. W okresie pokwitania zostają spełnione fizjologiczne warunki do rozpoczęcia życia płciowego. Pierwszymi sygnałami tej fizjologicznej dojrzałości są pierwsze polucje u chłopców i miesiączki u dziewcząt. Ta fizjologiczna dojrzałość nie oznacza dojrzałości seksualnej ani konieczności rozpoczęcia współżycia płciowego, o czym będzie mowa w dalszych częściach rozdziału. W miarę wzrostu i rozwoju człowieka rozładowanie napięcia seksualnego dokonuje się coraz częściej świadomie. W okresie dojrzewania płciowego nagminny staje się samogwałt, któremu w wyobraźni towarzyszy przeżywanie stosunków płciowych i którego celem staje się doznanie orgazmu. Wreszcie dochodzi do pierwszego stosunku płciowego z partnerem seksualnym.

Drugi komponent popędu płciowego — psychiczny popęd do więzi, pojawia się już w okresie niemowlęcym. Realizuje się

---

[1] Wg: J. Gromska, *Zaburzenia seksualne wieku dziecięcego*. W: *Seksuologia kliniczna*, pod red. T. Bilikiewicza i K. Imielińskiego, Warszawa 1974.

najpierw w relacjach dziecka z matką, a następnie, w późniejszych okresach rozwojowych, w kontaktach z rówieśnikami tej samej płci i wreszcie w okresie dojrzewania i później — z partnerami seksualnymi. Popęd do więzi może wyrażać się także w miłości platonicznej (wyłącznie duchowej, pozbawionej pierwiastka zmysłowego) jako wysublimowana potrzeba duchowa i w tej formie dominować może w ciągu całego życia człowieka. W poszczególnych okresach rozwojowych człowieka te obydwa komponenty popędu płciowego nawzajem się uzupełniają i występują w różnym nasileniu.

Rozpatrując popęd seksualny w poszczególnych okresach rozwojowych człowieka J. Gromska wyróżnia [2]: okres dzieciństwa trwający do 10—12 roku życia, a następnie okres dorastania (młodość) do 21—25 roku życia. Między 10 a 25 rokiem życia zachodzą więc wszystkie przemiany związane z pokwitaniem, a następnie z integracją psychiczną osobowości człowieka, u którego cielesno-fizjologiczny składnik dojrzałości pojawia się znacznie wcześniej niż dojrzałość psychiczna, w tym psychoseksualna. Jako kryterium dojrzewania (pokwitania) przyjmuje się powszechnie wystąpienie pierwszej polucji u chłopców i miesiączki u dziewcząt.

Wystąpienie tych zjawisk w czynnościach narządów płciowych nie dowodzi jeszcze pełnej dojrzałości psychoseksualnej. Najpierw występuje dojrzałość fizjologiczna, a potem seksualna dojrzałość psychiczna i społeczna. Okres dojrzewania zaczyna się u dziewcząt w 10—14 roku życia i trwa od 2 do 5 lat. Orgazm, jako przeżycie rozkoszy w pełni uświadomione, pojawia się u chłopców przeważnie później niż polucje, a u dziewcząt może występować dopiero po kilku latach współżycia płciowego. Trzeba kilku lat, aby po uzyskaniu fizycznej (fizjologicznej) dojrzałości seksualnej człowiek mógł zharmonizować przejawy swego seksualizmu ze wszystkimi składowymi rozwijającej się osobowości. Dopiero późniejsze lata okresu młodości nacechowane są postępującą integracją sfery seksualnej ze sferą charakteru człowieka, a zwłaszcza z uczuciowością wyższą, co przesądza m. in.

---

[2] Gromska, *op. cit.*

o dojrzałym sposobie godzenia przez człowieka jego potrzeb seksualnych z uczuciami i postawami etycznymi, moralnymi, społecznymi (dojrzałość seksualna, psychiczna i społeczna).

Problemy seksualne w końcowym okresie dojrzewania płciowego

Popęd płciowy, już w tym okresie wyraźnie skrystalizowany i domagający się praktycznego urzeczywistnienia — konfrontuje się nieustannie z dojrzewającą uczuciowością, zwłaszcza z uczuciowością wyższą, społeczną. Potęguje się trudna walka sprzecznych motywów, gdyż osobowość nie dysponuje jeszcze całkowicie sprawnymi mechanizmami samokontroli i samoregulacji. Sfera charakteru jest jeszcze niedojrzała, a intelekt nie zawiera wystarczających zasobów doświadczenia życiowego, które pomagałoby skutecznie w rozwiązywaniu erotycznych dylematów. Po dokonaniu się mniej lub bardziej licznych starć między tendencjami popędowymi, biologicznymi a przyswajanymi normami społecznymi następuje w końcu przezwyciężenie trudności w znajdowaniu właściwych proporcji dla własnej aktywności popędowo-emocjonalnej. Zwrócenie się ku własnym wewnętrznym przeżyciom, refleksja nad nimi, pozwalają na uzyskanie wobec nich pewnego dystansu, a przez to na wyrobienie zdolności do samooceny i kształtowania postaw akceptowanych społecznie. Fascynacja, wynikająca z coraz bardziej swobodnego władania własnymi funkcjami pychicznymi i możliwości ich ustawicznego doskonalenia, pozwala młodemu człowiekowi stawić skutecznie czoła burzliwemu naporowi popędu płciowego i podporządkować ten popęd dominującym wartościom osobowości. W okresie dojrzewania najpowszechniejszym przejawem seksualizmu jest samogwałt. Ankietowe badania wykazały, że w tym okresie samogwałt uprawia 93,6% chłopców i 44,8% dziewcząt[3]. Niektórzy autorzy podają jeszcze wyższe odsetki. I tak, Popielski stwierdził uprawianie samogwałtu przez 95—99% ogółu młodzieży płci

[3] K. Imieliński, *Życie seksualne*, Warszawa 1973.

obojga [4]. Jednakże, jak stwierdziła na podstawie swoich badań Gromska, „...formy realizowania i przeżywania popędu płciowego według wypowiedzi młodzieży nie ograniczają się wcale do konieczności odbywania stosunków płciowych lub uprawiania samogwałtu. Młodzi ludzie uważają, że popęd płciowy można realizować w formach sublimowanych — takich jak sport, życie towarzystkie lub miłość platoniczna (65—70%)" [5]. Z innych ustaleń autorki wynika, iż „Większość badanych uważa, że stosunek płciowy wymaga miłości, ale jednocześnie około 50% badanych sądzi, że miłość i czynności seksualne są od siebie niezależne. Prawie połowa badanych jest przekonana, że wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego jest konieczne z przyczyn biologicznych. Poglądy na temat wieku, w którym należy rozpocząć współżycie płciowe, nie pokrywają się z faktycznym początkiem życia seksualnego badanych. Większa ich liczba rozpoczęła współżycie seksualne między 15 a 18 rokiem życia, ale niewiele z nich uważało to za konieczne w tym czasie i towarzyszących mu okolicznościach. Część młodzieży mimo współżycia seksualnego nie znajduje w nim przyjemności. Zjawisko to występuje częściej u dziewcząt. Ci, którzy przystąpili do współżycia seksualnego przed 15 rokiem życia, rzadko miewają satysfakcję płciową. Pojawia się ona u około 40%" [6].

Określone postawy seksualne wśród młodzieży wynikają m. in. z takich zjawisk jak występujące coraz częściej dysproporcje w rozwoju osobowości młodych ludzi i przemiany społeczno-rodzinne. Brak harmonijności w rozwoju osobowości wynika często z nienadążania uczuć wyższych za szybszym obecnie rozwojem fizycznym i intelektualnym młodzieży (zjawisko akceleracji, które, być może, warunkuje także w pewnym stopniu wzrost liczby osobników infantylnych psychicznie). Z jednej strony szybkie dojrzewanie fizyczne i przyspieszony rozwój intelektualny umożliwia wczesną realizację popędu seksualnego, z drugiej zaś niedorozwój emocjonalny (charakterologiczny) może warun-

[4] B. Popielski, *O uświadamianiu i wychowaniu seksualnym*, Warszawa 1971.
[5] Gromska, *op. cit.*
[6] *Tamże.*

kować występowanie różnego rodzaju nieprawidłowości w życiu erotyczno-seksualnym, a tym samym i w rozwoju osobowości.

Najbardziej pozytywny wpływ na rozwój emocjonalny człowieka wywiera zwarta, zdrowa rodzina. Tymczasem, w związku ze zmianami w strukturze, hierarchii i funkcjonowaniu rodziny, rozluźniły się, dawniej bardzo ścisłe, więzy między poszczególnymi członkami rodziny. Zmieniły się także relacje między rodzicami a dziećmi, bardzo istotne z punktu widzenia rozwoju emocjonalnego tych ostatnich. Żłobek, przedszkole, szkoła oraz wszelkiego rodzaju instytucje wychowawczo-opiekuńcze nie są w stanie zrekompensować występującego często niedostatku pozytywnych oddziaływań emocjonalnych między rodzicami a dziećmi. Jednocześnie, wskutek rozwoju nauki i techniki — wydłużają się okresy nauczania, a tym samym opóźnia się moment podjęcia pracy zawodowej i uzyskania samodzielności społecznej. Dlatego część młodzieży musi odsuwać na dalszy plan perspektywę miłości i życia seksualnego w małżeństwie. W świetle powyższego zrozumiałe stają się spotykane wśród młodzieży tendencje do podejmowania stosunków seksualnych bez zaangażowania uczuciowego lub do długotrwałego uprawiania samogwałtu. Miłość i praktyka seksualna zostają rozdzielone. Wobec dezaktualizacji starych wzorów miłości małżeńskiej i braku nowych modeli współżycia — pojawiają się tu i ówdzie różne mody erotyczne rozprzestrzeniające się w poszczególnych grupach i środowiskach młodzieżowych. Stwierdza się zjawisko identyfikowania młodzieży z podawanymi jej wzorami zachowania i zatracania przez nią indywidualności uczuciowej.

Życie koszarowe a popęd płciowy

Żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową oraz uczący się zawodu podoficera, chorążego i oficera — to młodzi mężczyźni, którzy osiągnęli fizjologiczną dojrzałość seksualną, ale często nie wykazują jeszcze dojrzałości psychoseksualnej i społecznej. Nadal bowiem dojrzewa w nich sfera emocjonalna stanowiąca zasadniczy zrąb ludzkiego charakteru.

Według Saula, za kryteria dojrzałości emocjonalnej uważa się[7]:

— emocjonalną niezależność od środowiska;
— umiejętność udzielania pomocy otoczeniu;
— brak poczucia niższości;
— umiejętność emocjonalnego przystosowania się do grupy;
— dojrzałość uczuć seksualnych;
— brak agresywności;
— poczucie rzeczywistości;
— zdolność przystosowania się do środowiska.

Emocjonalna niezależność od środowiska ludzi dojrzałych pozwala im zachować własną indywidualność; o takich ludziach mówi się potocznie, że mają „charakter", nie ulegają sugestywnym wpływom emocjonalnym otoczenia (nie zawsze przecież pozytywnym). Z drugiej strony potrafią „przetrawić" emocjonalnie grupę, którą akceptują i której akceptacji pragną; potrafią współbrzmieć uczuciowo z tą grupą i wzbogacać swoje więzi intelektualne z innymi ludźmi o adekwatne treści uczuciowe (umiejętność emocjonalnego przystosowania się do grupy).

Wymienione kryteria dojrzałości emocjonalnej mogą jednocześnie posłużyć jako kryteria dojrzałości mechanizmów adaptacyjnych i kompensacyjnych osobowości. Mechanizmy te przesądzają o możliwościach przystosowawczych człowieka w różnych, zmieniających się sytuacjach życiowych i możliwościach skompensowania, a więc wyrównania i zrównoważenia własnych defektów osobowościowych. Do takiej dojrzałości emocjonalnej zmierza dopiero rozwój uczuciowy większości młodych ludzi.

Specyficznymi cechami życia koszarowego żołnierzy, mającymi istotne znaczenie dla przejawów seksualizmu w tym środowisku, są:

— stałe, ścisłe oraz intensywne interakcje między tymi samymi mężczyznami, pomiędzy którymi zachodzą stosunki równorzędności bądź ściśle określone zależności służbowe;
— utrudnione, a nawet okresowo uniemożliwione współżycie seksualne z kobietami;
— przeważnie bezżenny stan cywilny żołnierzy odbywających

[7] Cyt. za: *Seksuologia kliniczna, wyd. cyt.*

zasadniczą służbę wojskową lub kształcących się w szkołach i uczelniach wojskowych.

Życie koszarowe ma swoisty klimat, specyficzną atmosferę, której nie da się porównać z atmosferą innych zorganizowanych form życia i pracy młodych mężczyzn w środowisku cywilnym. Dobrze wie o tym każdy, kto odbywał zasadniczą służbę wojskową. Ta atmosfera życia koszarowego przesycona jest czasami tu i ówdzie seksem emanującym przeważnie z barwnych opowieści żołnierzy wracających z przepustek i urlopów. W godzinach wolnych od zajęć programowych młodzi ludzie niekiedy podniecają się nawzajem mocno przejaskrawionymi opowiadaniami na temat własnych i cudzych sukcesów seksualnych, przeplatanymi niewybrednymi dowcipami i dykteryjkami. Bywa, że treść i forma tych „zwierzeń" jest prymitywna, często wulgarna. W takiej atmosferze rzadko kto zdobywa się na publiczne ujawnienie swoich prawdziwych, najskrytszych, najbardziej intymnych przeżyć erotycznych w sposób uwzględniający wszystkie ich aspekty psychiczne, zwłaszcza wtedy, kiedy w grę wchodzi prawdziwa głęboka miłość. Dlatego w tych nieformalnych grupach „najmodniejsze" jest mówienie o sprawach seksu, jako o czymś bezproblemowym, dającym ujście spiętrzonym potrzebom seksualnym, czy chociażby rozbudzającym wyobraźnię. Przyjęcie bowiem takiej konwencji w rozmowach na tematy seksualne w zasadzie nikomu nie zagraża, a stwarza możliwości zaimponowania otoczeniu i, w pewnym sensie, rozładowuje napięcie seksualne (działa tu mechanizm rozładowania emocji poprzez ich werbalizację, o czym będzie mowa w rozdziale na temat psychoterapii).

Ci, którzy z powodu własnej nieśmiałości, skrępowania, niewyrobienia towarzyskiego i braku doświadczeń seksualnych uważają siebie za niepełnowartościowych mężczyzn — w opisanej atmosferze mogą czuć się jeszcze gorzej, nabierają przekonania, że ich „opóźnienie" w aktywności seksualnej ma charakter chorobliwy i wobec takiego nastawienia ich rozpaczliwe próby „nadrobienia zaległości" kończą się często fiaskiem.

Z kolei, ci, którzy z natury odznaczają się wybujałym życiem popędowym i niedomogą hamulców rozumowo-uczuciowych, są

dodatkowo pobudzani taką atmosferą do coraz liczniejszych ekscesów seksualnych.

W świetle powyższego staje się zrozumiała możliwość ujawniania się i powstawania różnego rodzaju nieprawidłowości w sferze seksualnej u żołnierzy.

Nerwice i zboczenia płciowe

N e r w i c e p ł c i o w e są to takie nerwice, których głównym objawem, a w każdym razie najsilniej uświadamianym i przeżywanym przez chorego, są zaburzenia w czynnościach płciowych utrudniające lub nawet uniemożliwiające spółkowanie oraz uzyskanie satysfakcji seksualnej z powodu osłabienia lub braku orgazmu. Nerwice płciowe, tak jak i inne, są spowodowane przez urazy psychiczne różnej natury.

Z b o c z e n i a p ł c i o w e z kolei wyrażają się utrwalonymi, nieprawidłowymi sposobami zaspokajania popędu płciowego, odbiegającymi niejednokrotnie bardzo daleko zarówno od celu biologicznego tego popędu, jak i od norm życia seksualnego, powszechnie przyjętych w danej kulturze i akceptowanych społecznie. Zboczeńcy płciowi uzyskują największą satysfakcję seksualną zaspokajając popęd płciowy w sposób zboczony, chociaż mogą także równolegle miewać normalne stosunki z partnerami odmiennej płci. W dużej liczbie przypadków udaje się wykryć psychogenne (związane z urazami psychicznymi) przyczyny zboczeń płciowych nabywanych w ciągu życia. Anomalie te w wielu wypadkach mają bardziej złożone podłoże: wydają się bowiem być uwarunkowane biologicznie, a nie tylko określonymi, traumatyzującymi psychicznie (działającymi jak uraz psychiczny) przeżyciami i zdarzeniami, jakie miały miejsce w interakcjach społecznych człowieka, u którego ujawniło się zboczenie seksualne. Bywa również tak, że człowiek o prawidłowej orientacji psychoseksualnej, który zapada na nerwicę upośledzającą niezaburzone dotychczas funkcje seksualne — może, w poszukiwaniu innych, bardziej satysfakcjonujących sposobów rozładowania

napięcia seksualnego, rozwinąć w sobie i utrwalić zboczone formy zaspokajania tego popędu.

Od początku swego życia człowiek narażony jest na różnego rodzaju oddziaływania, które mogą spełniać rolę urazu psychicznego będącego przyczyną późniejszych zaburzeń seksualnych. I tak, co się tyczy okresu dzieciństwa, należy wymienić chociażby stykanie się małych dzieci z życiem seksualnym rodziców i błędy wychowawcze rodziców reagujących nieprawidłowo na przejawy seksualizmu dzieci, które wiedzione naturalną ciekawością urządzają sobie zabawy odkrywające przed nimi różnice płci i wczesne przejawy seksualizmu; dzieci te, przyłapane na tego rodzaju „gorącym uczynku" i karane za coś, czego nie rozumieją i czego nikt im w sposób stosowny nie próbuje wyjaśnić — mają potem poczucie winy lub krzywdy, ale „eksperymentują" nadal, tylko już w większej konspiracji i w atmosferze nerwicotwórczego lęku.

Zagadnieniem „samym w sobie" jest samogwałt. W okresie dojrzewania jest to nieomal zupełnie normalny przejaw gwałtownie budzącego się seksualizmu. Również i w późniejszych okresach życia u całkowicie zdrowych i sprawnych seksualnie dorosłych ludzi może występować skłonność do uprawiania onanizmu w sytuacjach uniemożliwiających normalne zaspokajanie popędu seksualnego z osobą płci odmiennej. Jest to tzw. samogwałt zastępczy. Zjawiskiem patologicznym, zaliczanym do zboczeń płciowych, staje się samogwałt wtedy, gdy jest uprawiany w sytuacjach umożliwiających naturalne współżycie z osobą płci odmiennej. W tych patologicznych przypadkach w czasie stosunku seksualnego z kobietą uzyskuje onanista mniejszą satysfakcję niż w czasie aktu samogwałtu lub nawet wcale nie podejmuje stosunków płciowych, do których może odczuwać wręcz niechęć.

Jeśli samogwałt związany z okresem dojrzewania nie zanika wraz z osiągnięciem dojrzałości seksualnej i uzyskaniem społecznie akceptowanej możliwości podjęcia normalnych stosunków seksualnych (np. z powodu nieśmiałości w nawiązywaniu kontaktów z osobami płci odmiennej), lecz występuje długotrwale i wykazuje tendencje do nasilania się — może to z kolei coraz

bardziej utrudniać podjęcie normalnych stosunków płciowych i sprzyjać rozwojowi nerwicy płciowej.

W społeczeństwie, a zwłaszcza w środowiskach niewykształconych, o niskiej kulturze, szerzą się najrozmaitsze błędne poglądy, fałszywe wyobrażenia na temat samogwałtu i jego rzekomo zgubnych następstw. Co gorsza, niektóre publikacje dalekie są od naukowego obiektywizmu w ocenie tego zjawiska. W rezultacie u wielu młodych ludzi uprawiających onanizm szybko rodzi się i potęguje uczucie winy, wstydu i własnej niepełnowartościowości, a nawet przekonanie o tym, że jest się „nieuleczalnym zboczeńcem".

Przy takim nastawieniu psychicznym pierwsze w życiu próby stosunków płciowych kończą się z reguły niepowodzeniem, a w subiektywnym odczuciu — kompromitacją paraliżującą w obliczu następnych prób. Z kolei pojawia się i potęguje lękliwe oczekiwanie na następne niepowodzenia przy podejmowaniu stosunków płciowych i rzeczywiście tym łatwiej do tych niepowodzeń dochodzi. W takiej sytuacji, niektórzy młodzi mężczyźni mogą na długi okres stracić chęć do podejmowania kontaktów seksualnych z kobietami, a nawet całkowicie z takich kontaktów zrezygnować. Samogwałt staje się dla nich jedynym sposobem rozładowania popędu seksualnego. Onanista coraz bardziej przyzwyczaja się do tych doznań, jakie on sam i jego wyobraźnia dostarczają. Dlatego też, nawet jeżeli po pewnym czasie dojdzie do kontaktu seksualnego z kobietą — może ona być „odbierana" inaczej niż partnerka stworzona przez wyobraźnię podczas onanistycznych aktów. Kobieta rzeczywista może okazać się o wiele mniej atrakcyjna i pociągająca niż ta z marzeń towarzyszących masturbacji. Czasami partnerka „z krwi i kości" może wydać się odpychająca, a nawet zagrażająca, zwłaszcza jeżeli ujawni swoje zniecierpliwienie, niechęć lub co gorsza, wykpi nieudolnego partnera. W ten sposób dochodzi do nerwicowej impotencji u onanistów. Samogwałt służy już wtedy nie tylko do rozładowania napięcia seksualnego, lecz staje się nawykiem, jest uprawiany coraz częściej bez ewidentnej potrzeby seksualnej, bez marzeń erotycznych, służy jakby do wypełnienia pustki emocjonalnej lub do tłumienia poczucia własnej niepełnowartościowoś-

ci. Oczywiście samogwałt nie może spełnić tych oczekiwań onanisty i w ten sposób zamyka się błędne koło nerwicowych uwarunkowań.

W okresie dojrzewania urazy seksualne mogą się wiązać nie tylko z uprawianiem samogwałtu, lecz także z wszystkimi innymi zjawiskami seksualnymi, jeżeli towarzyszy im przekonanie, że są to zjawiska chorobowe, nienormalne lub zboczone.

U dojrzałych dziewcząt, które nie odczuwają jeszcze potrzeb seksualnych — wszelkie próby nakłonienia ich do stosunków płciowych mogą stać się urazami psychicznymi warunkującymi późniejszy strach przed zespoleniem seksualnym. Jakiekolwiek praktyki seksualne, którym towarzyszy przymus, gwałt i przemoc — stają się urazami psychicznymi. Dzieje się tak wskutek dołączenia się uczucia lęku do przeżyć seksualnych. Dotyczy to również dziewcząt skłonnych do miłości romantycznej nie odczuwających natomiast potrzeb seksualnych.

Liczba urazów seksualnych, które mogą być doznawane w okresie dojrzałości płciowej — jest praktycznie nieograniczona. Każda niedyspozycja fizyczna czy psychiczna może zakłócić normalny przebieg aktywności seksualnej człowieka. Z kolei zaburzone, chociażby tylko przejściowo, czynności seksualne mogą stać się źródłem przesadnej obawy i nadmiernej troski nie o zdrowie psychiczne czy fizyczne, lecz przede wszystkim o własną sprawność seksualną, która w hierarchii celów i wartości u niektórych ludzi może stać najwyżej. Następuje szkodliwe, z punktu widzenia fizjologii czynności płciowych, nadmierne zwrócenie uwagi na te czynności, z natury swojej automatyczne i odruchowe. Nadmiernie analizująca, badawcza, nastawiona na wychwytywanie wszelkich nieprawidłowości — ingerencja świadomości w automatycznie rozwijających się sekwencjach zachowań seksualnych oddziela je niejako od popędowo-emocjonalnego zrębu fizjologicznego, rozczłonkowuje na niespójne elementy i w konsekwencji burzy cały mechanizm psychoseksualny.

Z drugiej strony zachowanie się partnera seksualnego, jego gesty, słowa, mimika, wszystkie doznania, jakich dostarcza (wzrokowe, słuchowe itp.), mogą w pewnych wypadkach budzić silne pożądania płciowe, a w innych — stanowić źródło głębo-

kiego urazu psychicznego, wyzwalać uczucie wstrętu, obrzydzenia, upokorzenia, krzywdy.

Do nerwicowych zaburzeń seksualnych u mężczyzn, które ujawniają się w czasie współżycia seksualnego, należą [8]:

— zaburzenia wzwodu (erekcji) członka;
— zaburzenia wytrysku nasienia;
— zaburzenia szczytowania (orgazmu);
— zaburzenia siły popędu seksualnego (libido).

Zaburzenia wzwodu (erekcji) członka mogą mieć postać:

a) całkowitego braku wzwodu przy próbie stosunku,
b) częściowego wzwodu utrudniającego wprowadzenie członka do pochwy,
c) zaniku wzwodu w czasie stosunku mimo prawidłowego wzwodu przy wprowadzaniu członka do pochwy.

Te postacie zaburzeń występują najczęściej u mężczyzn nadmiernie pobudzonych seksualnie i przywiązujących tym większą wagę do swej sprawności seksualnej. Już pierwsze niepowodzenia stanowią silny uraz psychiczny i doprowadzają szybko do przekonania o własnej impotencji spowodowanej rzekomo schorzeniami organicznymi narządów płciowych. Z kolei samo to przekonanie wystarcza, aby zaburzenia nasilały się i utrwalały.

Do zaburzeń wytrysku nasienia zalicza się: wytrysk przedwczesny, wytrysk zbyt wczesny, opóźnienie wytrysku. Wytrysk przedwczesny polega na wystąpieniu wytrysku nasienia wcześniej, zanim dojdzie do wprowadzenia członka do pochwy. Dzieje się to najczęściej tuż przed usiłowaniem wprowadzenia członka do pochwy, w czasie dotykania członkiem narządów płciowych partnerki, chociaż do wytrysku może dojść jeszcze wcześniej, w czasie pieszczot erotycznych przed stosunkiem. Wytrysk zbyt wczesny następuje już po wprowadzeniu członka do pochwy, po kilku lub kilkunastu ruchach frykcyjnych, lecz przed wystąpieniem orgazmu u kobiety.

W poszukiwaniu norm ilościowych określających zjawisko wy-

[8] *Tamże.*

trysku, większość seksuologów uważa, że wytrysk zbyt wczesny występuje wówczas, gdy pojawia się przed upływem dwóch minut od chwili wprowadzenia członka do pochwy, jeżeli przy tym u partnerki nie wystąpił orgazm. Niektórzy autorzy są zdania, że o wytrysku zbyt wczesnym można mówić wtedy, kiedy występuje on przed wykonaniem 25 ruchów frykcyjnych. Przytoczone normy ilościowe mają jednak tylko wartość względną. Norma zależy bowiem przede wszystkim od tempa reakcji seksualnych obydwojga partnerów. I tak za wytrysk zupełnie prawidłowy należy uznać taki wytrysk, który występuje już po upływie pół minuty spółkowania, jeżeli czas ten wystarcza do osiągnięcia orgazmu przez kobietę [9].

Czas trwania stosunku, a więc i czas wystąpienia wytrysku, waha się w dość dużych granicach u tych samych mężczyzn. I tak pierwszy w życiu stosunek, któremu towarzyszy wyjątkowo duże podniecenie płciowe i ekscytacja wynikająca z konfrontacji rzeczywistości z wyobrażeniami — często kończy się zbyt wczesnym lub nawet przedwczesnym wytryskiem. Podobne zjawisko występuje po okresie długiej wstrzemięźliwości płciowej. Utrzymywanie regularnych i wystarczająco częstych stosunków płciowych obniża nadmierną pobudliwość płciową i wydłuża czas trwania stosunku.

Opóźnienie wytrysku staje się przeszkodą w pożyciu seksualnym wtedy, gdy ponad miarę długo trwające stosunki męczą partnerów, powodując stopniowy zanik wzajemnej atrakcyjności w odczuciu partnerów i niechęć do podejmowania następnych stosunków. Często właśnie wzajemne urazy, podejrzenia o niewierność erotyczną czy brak atrakcyjności seksualnej partnerki są przyczyną coraz większego „opóźniania się" wytrysku u mężczyzny. Opóźnienie wytrysku może mieć także podłoże inne niż nerwicowe, np. zaburzenie to występuje często w przewlekłym alkoholizmie. Alkohol zresztą, spożyty w większej ilości, nawet u mężczyzny nie będącego nałogowym alkoholikiem, może spowodować niezdolność do odbycia stosunku (brak wzwodu).

Czynnościowy brak wytrysku polega na tym, że w czasie

---

[9] *Tamże.*

stosunku płciowego nie dochodzi do wytrysku nasienia u mężczyzny, mimo że brak jest jakichkolwiek organicznych schorzeń warunkujących to zaburzenie. Drogi odprowadzające nasienie są drożne, a wytrysk nasienia może pojawić się w czasie snu. Mężczyzna cierpiący na czynnościowy brak wytrysku najczęściej nie przeżywa w czasie stosunku orgazmu albo tylko jego namiastkę. Zanim nastąpi czynnościowy brak wytrysku — bywa on najczęściej poprzedzony okresem występowania wytrysku opóźnionego.

Zaburzenia szczytowania występują wówczas, gdy prawidłowo pod względem technicznym przebiegający i kończący się wytryskiem nasienia stosunek nie daje przeżycia rozkoszy związanej z pojawieniem się orgazmu (brak przeżycia orgazmu). Orgazm u mężczyzny w warunkach prawidłowych wyprzedza zazwyczaj o kilka sekund wytrysk nasienia.

Zaburzenia siły popędu seksualnego uwarunkowane mechanizmami nerwicowymi mogą wyrażać się nadmiernym wzmożeniem życia seksualnego bądź jego obniżeniem.

O nerwicowym wzmożeniu życia seksualnego można mówić wtedy, gdy sprawy seksu zaczynają przysłaniać inne formy aktywności, gdy stają się najważniejszym celem tej aktywności, dominującą treścią życia człowieka. U źródeł tego zjawiska leży często poczucie własnej słabości i niewydolności seksualnej, które nieustannie zmusza do „sprawdzania" i „egzaminowania" siebie w tym zakresie. Hiperkompensacyjne wzmożenie aktywności seksualnej może także służyć poprawieniu samopoczucia u osób, które w innych dziedzinach nie mogą odnieść sukcesu.

Obniżenie siły popędu seksualnego występuje u osób, których rozczarowania i niepowodzenia w życiu erotycznym osiągnęły taki stopień, że siła uczuć negatywnych wobec spraw seksu przekracza siłę potrzeb seksualnych, tłumiąc je tak dalece, że zjawisko to określa się mianem „kastracji psychicznej".

Do zaburzeń nerwicowych zależnych od współżycia seksualnego u kobiet należą zaburzenia utrudniające mechanikę stosunku i podobnie jak u mężczyzny, zaburzenia szczytowania i siły popędu seksualnego (libido) [10].

[10] *Tamże.*

Mechanika stosunku płciowego może być utrudniona, gdy wydzielanie śluzu w pochwie i w jej przedsionku jest niedostateczne oraz gdy rozluźnienie mięśni okołopochwowych jest niewystarczające. Jeżeli występuje tak silne napięcie i skurcz mięśni zamykających ujście pochwy, że wprowadzenie członka do pochwy staje się niemożliwe — wówczas zaburzenie to nazywa się pochwicą. Pochwica jest uwarunkowana silnym lękiem kobiety przed zespoleniem płciowym, przy czym lęk ten nie zawsze jest uświadomiony, a jego geneza jest bardzo różnorodna. W licznych wypadkach rozwoju pochwicy współuczestniczą zarówno czynniki psychiczne, jak i somatyczne (cielesne). Do tych ostatnich mogą należeć różnego rodzaju drażniące i bolesne zmiany chorobowe w okolicy zewnętrznych narządów płciowych kobiety.

Zaburzenia szczytowania u kobiet występują najczęściej spośród wszystkich zaburzeń seksualnych. Wyrażają się one anorgazmią, czyli niezdolnością do osiągnięcia orgazmu w czasie stosunku, mimo istnienia popędu seksualnego. Zaburzenie to może występować w różnym nasileniu i z różną częstotliwością, w zależności od wielu czynników.

Według Matusseka (1959) anorgazmia nerwicowa u kobiet spowodowana jest przez świadome czynniki psychiczne. Należą do nich [11]:

— czynniki utrudniające „zapomnienie się", związane z obawą przed ciążą, niekorzystnymi warunkami sytuacyjnymi, obawą przed odkryciem stosunku przez niepożądanych świadków;
— zbyt małe aktualne pożądanie seksualne związane z nieodpowiednim nastrojem, przygnębieniem wskutek otrzymania złych wiadomości, z przemęczeniem fizycznym i psychicznym;
— miłość konfliktowa, tj. miłość erotyczna skierowana do innego mężczyzny niż ten, z którym kobieta odbywa stosunki płciowe. W tych wypadkach wyobrażenie ukochanego może sprzyjać wystąpieniu orgazmu przy stosunku z innym mężczyzną;
— czynniki społeczne związane z wpojonymi fałszywymi i negatywnymi postawami wobec życia seksualnego i wobec mężczyzn;

[11] Cyt. za: *tamże*.

— konflikty zależne od partnera. Czynnik ten odgrywa największą rolę w anorgazmie kobiety i jest najczęściej spotykany. Partner seksualny nie stwarza kobiecie dogodnych warunków do przeżycia orgazmu, gdy cierpi na zaburzenia seksualne utrudniające lub uniemożliwiające prawidłowy przebieg stosunku. Takie same następstwa pociąga za sobą brak doświadczenia seksualnego partnera, wyrażający się w braku umiejętności postępowania z kobietą, nieporadności itp. Zachowanie takie staje się hamulcem psychicznym dla kobiety utrudniającym odczucie orgazmu. Podobny negatywny wpływ wywiera brak kultury seksualnej partnera przejawiający się w egoistycznym osiąganiu rozkoszy seksualnej oraz braku dbałości o przeżycia kobiety. Wreszcie uszkadzająco na emocje kobiety wpływa brak miłości erotycznej do partnera, w przypadkach gdy kobieta wyszła za mąż kierując się tym, że mężczyzna jest „dobry" lub „przyzwyczaiła się" do niego. Podobny efekt powoduje uzyskanie przewagi kobiety nad mężczyzną i podporządkowanie go sobie w stopniu tak dużym, że zdanie jego nie liczy się w małżeństwie. W takim układzie trudno jest kobiecie uzyskać większe natężenie emocji seksualnych w czasie stosunku.

Zaburzenia siły popędu seksualnego (libido) u kobiet mają podobny charakter i genezę, jak i u mężczyzn.

Dla zboczenia płciowego charakterystyczne są odchylenia w kierunku popędu seksualnego. Obiektem tego popędu nie jest człowiek odmiennej płci, dojrzały płciowo. Nieprawidłowy bywa też sposób urzeczywistnienia tego popędu. Ludzie zboczeni seksualnie mogą równolegle uprawiać także normalne stosunki heteroseksualne, jednak satysfakcję seksualną (przeżycie orgazmu) uzyskują w większym stopniu lub wyłącznie na drodze zboczonego zaspokajania popędu seksualnego. Stosunek społeczeństwa do zboczeń seksualnych zmieniał się na przestrzeni dziejów, zależał od dominujących zapatrywań na dziedzinę seksu i powszechnie przyjętych norm w tym zakresie.

Liczba różnych możliwości realizowania popędu seksualnego w sposób zboczony jest ogromna. Istnieje także wiele teorii nt. przyczyn i sposobu powstawania poszczególnych zboczeń.

Zasygnalizowanie wszystkich aspektów tego zagadnienia, chociażby szkicowe, wymagałoby odrębnego opracowania. Dlatego też pokrótce omówię tylko główne grupy zboczeń płciowych [12], odsyłając zainteresowanych czytelników do bogatego już w naszym języku piśmiennictwa seksuologicznego.

Homoseksualizm

W zboczeniu tym popęd seksualny kieruje się do osób własnej płci. Homoseksualizm występuje zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Homoseksualistów-mężczyzn nazywa się potocznie pederastami, zwłaszcza wtedy, gdy uprawiają oni stosunki doodbytnicze z młodszymi od siebie partnerami (*pedicatio*). Praktyki homoseksualne u kobiet noszą miano miłości lesbijskiej (kobiety te nazywane są lesbijkami).

Homoseksualistów często wiążą silne uczucia miłości erotycznej, cechują zainteresowania sztuką i kulturą oraz skłonności do marzycielstwa i egzaltacji. Satysfakcję seksualną (przeżycie orgazmu) uzyskują w wyniku różnorodnych, często wymyślnych pieszczot i praktyk. Wbrew powszechnemu mniemaniu uprawianie stosunków doodbytniczych przez homoseksualistów-mężczyzn — nie jest często spotykane.

Do rozwoju homoseksualizmu lub biseksualizmu najczęściej przyczynia się uwiedzenie młodego chłopca lub młodej dziewczyny przez dorosłą osobę dotkniętą homoseksualizmem.

Dziecko, które nie zdobyło jeszcze własnych doświadczeń heteroseksualnych — nie ma żadnych nawyków ani nawet sprecyzowanych potrzeb seksualnych. Drzemią w nim dwa składniki popędu seksualnego: hetero- i homoseksualny. W normalnych warunkach, po uzyskaniu dojrzałości płciowej i nawiązaniu pierwszych kontaktów heteroseksualnych — komponent homoseksualny, który w pewnym stopniu przejawia się we wcześniejszym okresie życia — zanika, ustępując miejsca dynamicznie rowijającemu się popędowi heteroseksualnemu. Jeżeli jednak wcześniej dojdzie do praktyk płciowych z homoseksualistą — to mogą

---

[12] Wg: *tamże*.

one rozbudzić i uaktywnić komponent homoseksualny popędu płciowego dziecka, warunkując rozwój zboczenia. I tak, osobnicy uwiedzeni przed 9 rokiem życia przekształcają się z reguły w homoseksualistów wyłącznych, tzn. takich, którzy nie uprawiają w ogóle stosunków heteroseksualnych. Uwiedzeni między 9 a 14 rokiem życia zostają w części wypadków homoseksualistami wyłącznymi, a w części biseksualistami. Z kolei osobnicy uwiedzeni po 14 roku życia z reguły stają się biseksualistami.

Homoseksualizm jest zboczeniem, które stosunkowo łatwo może szerzyć się w wojsku. Duża liczba młodych mężczyzn przyciąga homoseksualistów do wojska jak magnes. Zdarzyć się mogą nawet wypadki zmuszania przez żołnierzy homoseksualistów swych podwładnych do praktyk homoseksualnych i „zaszczepiania" zboczenia tym, którzy nie mają jeszcze wykształconej orientacji psychoseksualnej.

Ekshibicjonizm

Zboczenie to polega na obnażaniu narządów płciowych wobec osób, które tego się nie spodziewają, w celu uzyskania zadowolenia seksualnego. Zboczeniec, widząc silną reakcję swej „ofiary" (reakcja ta może przejawiać się przestrachem, zainteresowaniem lub zawstydzeniem) — doznaje uczucia rozkoszy, równocześnie może on przy tym onanizować się.

Oglądactwo (skopofilia)

Zboczenie to polega na przeżywaniu rozkoszy seksualnej przy podglądaniu cech płciowych lub czynności płciowych wykonywanych przez inne osoby. Zboczenie to występuje przeważnie u mężczyzn, którzy w czasie podglądania kobiet onanizują się. Oczywiście, omówione praktyki są zboczeniem tylko wtedy, gdy stają się jedyną formą zaspokajania seksualnego, utrudniającą lub uniemożliwiającą odbywanie normalnych stosunków płciowych.

Odmianą oglądactwa jest p i g m a l i o n i z m; w zboczeniu tym popęd seksualny kieruje się do obrazów, fotografii, rzeźb.

Przy oglądaniu tych przedmiotów zboczeniec może uprawiać samogwałt. Czasami przedmioty te bywają obiektem wyłącznie miłości platonicznej.

Fetyszyzm

W zboczeniu tym zaspokojenie seksualne uzyskuje się przy zetknięciu z częścią ciała partnera seksualnego lub jego garderoby czy z przedmiotami, które do niego należą. Fetyszyzm występuje o wiele częściej u mężczyzn niż u kobiet. Jeżeli kontakt z partnerem erotycznym jest niemożliwy — fetyszyzm bywa formą zastępczą zaspokajania popędu seksualnego. W słabym nasileniu występuje fetyszyzm u ludzi z normalnym popędem płciowym.

Transwestytyzm

Zboczenie to polega na uzyskiwaniu największej satysfakcji seksualnej przy ubieraniu się w odzież osobników płci przeciwnej, naśladowaniu ich zachowań i wyglądu. Skrajna postać transwestytyzmu nosi miano transseksualizmu. Transseksualiści dążą aktywnie do zmiany płci, nawet przez operacje chirurgiczne narządów płciowych i żądają oficjalnej zmiany płci metrykalnej.

Narcyzm (autoerotyzm)

W zboczeniu tym dochodzi do zakochania się we własnym ciele. Występuje silne podniecenie seksualne przy oglądaniu własnego ciała, zwłaszcza narządów płciowych. Częstym zjawiskiem w tym zboczeniu jest onanizm.

Sadyzm

Zboczenie to polega na zadawaniu bólu partnerowi i wywoływaniu u niego cierpienia, co stanowi warunek osiągnięcia roz-

koszy płciowej przez sadystę. Istnieją różne stopnie tego zboczenia. Skrajną, najcięższą postacią sadyzmu jest mord z lubieżności.

Masochizm

Zboczenie to jest odwrotnością sadyzmu. Masochista doznaje uczucia tym większej rozkoszy płciowej im silniejszego bólu i cierpienia dostarcza mu partner seksualny (najczęściej sadysta). Dlatego też osobnicy wykazujący cechy dwóch ostatnio wymienionych zboczeń kojarzą się w pary erotyczne. Najczęściej bywa tak, że sadysta wykazuje także cechy masochizmu i odwrotnie.

Ponadto do rzadko spotykanych zboczeń płciowych należą:

— p e d o f i l i a — podejmowanie kontaktów płciowych z dziećmi;

— g e r o n t o f i l i a — skłonność do starych osób jako partnerów seksualnych;

— z o o f i l i a (sodomia, bestiofilia) — skierowanie popędu seksualnego do zwierząt.

Do najrzadziej występujących zboczeń płciowych należy nekrofilia. Wyraża się ona praktykami seksualnymi ze zwłokami.

Wychowanie seksualne w wojsku. Zasady prowadzenia profilaktyki i leczenia zaburzeń seksualnych

Dla wielu młodych mężczyzn trafiających do wojska, zwłaszcza w celu odbycia zasadniczej służby wojskowej lub do szkół wojskowych kształcących przyszłych żołnierzy zawodowych — sprawy seksu nie są jeszcze zupełnie jasne i zrozumiałe. Nie zawsze też zajmują one właściwe miejsce w hierarchii celów i wartości życiowych. Wychowanie seksualne w wojsku powinno zatem uwzględnić zarówno aspekt intelektualny, poznawczy, jak moralno-społeczny i etyczno-emocjonalny.

Żołnierze powinni mieć możność uzupełniania swej wiedzy nie tylko z zakresu fizjologii życia płciowego człowieka, lecz i kultury współżycia erotyczno-seksualnego. Kierunki te powin-

na uwzględniać rozwijana w wojsku akcja krzewienia oświaty i kultury współżycia społecznego. Odpowiedni dobór prelegentów oraz tematów odczytów i pogadanek, a także książek, sztuk teatralnych, filmów, właściwe zorganizowanie i przeprowadzenie imprez rozrywkowych, wreszcie mądra, dyskretna i przewidująca ingerencja w dyskusje toczące się wśród młodzieży wojskowej — wszystko to powinno znaleźć miejsce w całokształcie spraw związanych z wychowaniem seksualnym w wojsku.

W pierwszej kolejności należy wyjaśniać wszelkie wątpliwości oraz korygować błędne wyobrażenia i poglądy. Szczególnie często i silnie nurtują młodzież pytania na temat norm odnoszących się do życia seksualnego. Przykładowo omówię pokrótce niektóre zagadnienia z zakresu seksualnych norm ilościowych.

W zasadzie liczba stosunków płciowych odbywanych w określonym czasie jest wartością bardzo zróżnicowaną, zależną od siły popędu seksualnego, temperamentu, stopnia zaangażowania uczuciowego w związku seksualnym, stanu zdrowia i wielu innych czynników. Nie ma tu jednej normy, która obowiązywałaby wszystkich. Aktywność seksualna maleje w miarę upływu lat życia, a więc w miarę starzenia się. Wkrótce po zakończeniu dojrzewania płciowego u mężczyzn popęd seksualny jest najbardziej ekspansywny, może wykazywać tendencje do podporządkowania sobie całego życia popędowo-emocjonalnego, a co za tym idzie — przesłaniać inne ważne cele i wartości, wypaczać rozwój osobowości, popychać do potępianych przez społeczeństwo i stanowiących zagrożenie dla niego ekscesów i zboczeń płciowych.

Dlatego też w okresie dojrzewania i wkrótce po jego zakończeniu należy raczej świadomie kłaść tamę gwałtownie rozrastającemu się popędowi seksualnemu niż go rozbudzać. Do pełnej, całkowicie satysfakcjonującej realizacji popędu seksualnego może dojść dopiero po uzyskaniu zarówno dojrzałości fizycznej, jak i obywatelskiej, społecznej i zawodowej. Wtedy bowiem żadne naturalne konsekwencje współżycia seksualnego (np. w postaci ciąży i przyjścia na świat dziecka) nie stanowią już zagrożenia dla partnerów seksualnych, a wprost przeciwnie — konsekwencje te mogą wzbogacić życie erotyczne o nowe treści i aspekty,

tak jak to się dzieje w dobranym, spójnym, opartym na głębokim uczuciu miłości i szacunku małżeństwie.

Młody, niedojrzały jeszcze organizm i nie ukształtowana, rozwijająca się osobowość są szczególnie wrażliwe na wszelkie dysproporcje i przeciążenia w różnych kierunkach i rodzajach ludzkiej aktywności. Z drugiej strony wstrzemięźliwość seksualna u młodych ludzi nie jest szkodliwa, o ile seks nie przesłonił im jeszcze całego pola widzenia i nie wyparł zdrowych dążeń do wszechstronnego rozwoju. Jeżeli bowiem młody człowiek z uczuciem satysfakcji i z pełnym przekonaniem poświęca się aktywności zmierzającej do zdobycia wykształcenia, zawodu, zaspokojenia potrzeb estetycznych i kulturalnych, rozwinięcia ogólnej sprawności fizycznej — to wówczas, mówiąc językiem obrazowym — w ogniu tej ogólnej, prawidłowej aktywności spala się także energia seksualna, wzmagając niejako te formy aktywności, które zostały świadomie wyeksponowane jako aktualnie najbardziej potrzebne, ważne i atrakcyjne.

Zjawisko to nazywa się sublimacją popędu seksualnego i świadczy o tym, że uczuciowość wyższa panuje nad popędem seksualnym (uwznioślenie życia płciowego). Sublimacja zresztą może wyrażać się w przełączeniu energii całego życia popędowego (a więc nie tylko popędu seksualnego) na tory innych potrzeb życiowych, aktualnie najważniejszych w hierarchii wartości [13].

Z mechanizmu sublimacji popędu seksualnego korzystają także, najczęściej nieświadomie, również i dojrzali ludzie o wykształconych, ustalonych już formach aktywności seksualnej. W tej grupie osób długotrwała abstynencja może doprowadzić do nerwicowych zaburzeń seksualnych (i natury ogólnej), głównie u tych osób, które zawsze cechowały się nadmierną pobudliwością płciową i znacznym, trwałym wyeksponowaniem aktywności seksualnej, utrudniającym lub uniemożliwiającym osiągnięcie satysfakcji w innych rodzajach aktywności życiowej.

Zapobieganie (profilaktyka) zaburzeniom seksualnym w wojsku powinno zatem obejmować:

— oświatę seksualną;

---

[13] *Tamże.*

— kształtowanie postaw i nawyków kulturalnych w całokształcie stosunków między ludźmi płci odmiennej;
— zapobieganie wszelkim stanom nerwicowym, gdyż każda nerwica w mniejszym lub większym stopniu upośledza funkcje seksualne i odwrotnie: każda nerwica seksualna mieści się w szerokim kontekście wielu innych zaburzeń nerwicowych człowieka, dla którego zaburzenia seksualne stanowią w tych wypadkach największy problem, a w każdym razie najsilniej przeżywany subiektywnie: dlatego też w takich wypadkach zawęża się pojęcie nerwicy „ogólnej" do nerwicy „seksualnej";
— zwalnianie ze służby wojskowej osób zboczonych seksualnie (zwłaszcza homoseksualistów) i nie poddających się leczeniu;
— zasadę niedopuszczania do nadmiernej aktywizacji popędu seksualnego u żołnierzy wykonujących obowiązki służbowe w warunkach utrudniających lub uniemożliwiających kontakty z kobietami (przez kierowanie aktywności życiowej na atrakcyjne i satysfakcjonujące, pozaseksualne cele).

Leczenie już rozwiniętych nerwicowych zaburzeń seksualnych powinno się opierać na kwalifikowanej psychoterapii, wspomaganej ewentualnie środkami farmakologicznymi. Do czasu utworzenia w wojsku poradni seksuologicznych — leczeniem nerwic powinni zajmować się przede wszystkim psychiatrzy o przygotowaniu psychoterapeutycznym, gdyż zakres tej specjalności klinicznej obejmuje także rozpoznawanie i leczenie nerwic.

Uwagi o problematyce seksualnej żołnierzy zawodowych

Chociaż zasadniczym tematem całego rozdziału są problemy seksualne młodzieży, a więc w wypadku wojska głównie żołnierzy pełniących zasadniczą służbę wojskową i słuchaczy szkół wojskowych, to jednak z wielu powodów nie sposób pominąć w nim całkowicie żołnierzy zawodowych.

Problematyka seksualna okresu młodzieńczego rzutuje zazwy-

czaj na wiele lat życia dorosłego człowieka. Ewolucja tej problematyki nie da się zamknąć w sztywne ramy etapów kariery wojskowej, a z kolei specyfika zawodowej służby wojskowej często wzbogaca tę problematykę o nowe treści. Nierzadko bywa i tak, że u zdrowego i dotychczas całkowicie sprawnego seksualnie mężczyzny dopiero po wielu latach zawodowej służby wojskowej pojawiają się zaburzenia płciowe, mimo że nie usprawiedliwia ich jeszcze wiek ani też nie stwierdza się żadnych organicznych uszkodzeń czy przewlekłych chorób układowo-narządowych wyjaśniających te zaburzenia.

Jak wynika z praktyki wojskowej służby zdrowia oraz wielu naukowych opracowań dokonywanych przez psychiatrów i psychologów wojskowych — do schorzeń najczęściej występujących u żołnierzy zawodowych należą nerwice i choroby psychosomatyczne (choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, nadciśnienie tętnicze krwi, choroba wieńcowa serca i inne). Te ostatnie, tak samo jak i nerwice, uwarunkowane są różnego rodzaju urazami psychicznymi, działającymi w warunkach służby wojskowej przeważnie w ciągu długiego okresu, niejako w sposób korozyjny, podstępnie i nieustannie osłabiającymi, a następnie dezorganizującymi funkcje nerwowo-psychiczne. Ulega wtedy zaburzeniu sternictwo nerwowe (wegetatywne) integrujące wszystkie procesy życiowe organizmu zapoczątkowując tym samym rozwój wzmiankowanych przykładowo chorób narządowych. Zanim dojdzie, na przykład, do wytworzenia się ewidentnego owrzodzenia żołądka — najczęściej o wiele lat wcześniej pojawiają się zaburzenia nerwicowe, jako pierwszy etap w sekwencji objawów chorobowych. A w każdym procesie nerwicowym, w mniejszym czy większym stopniu ulegają zakłóceniu funkcje seksualne. Wynika stąd jednoznacznie, że nerwicowe zaburzenia seksualne są „udziałem" znacznej liczby żołnierzy zawodowych, jako że nerwice w ogóle są częstym zjawiskiem wśród kadry.

Wszystko, co zostało powiedziane w niniejszym rozdziale na temat objawów oraz mechanizmów rozwoju nerwic i zboczeń seksualnych, a także profilaktyki i leczenia tych zaburzeń — dotyczy w całej rozciągłości także żołnierzy zawodowych. Ich problemy seksualne trzeba rozpatrywać najczęściej jako pro-

blemy małżeńskie, dotyczące nie jednej osoby, lecz obydwojga partnerów. Dlatego też psychoprofilaktyka w tym zakresie, a tym bardziej leczenie już rozwiniętych zaburzeń są nie do pomyślenia bez aktywnego niewymuszonego udziału obydwojga małżonków.

Z powyższego wynika wniosek: pozytywnym wskaźnikiem efektywności oświaty seksuologicznej i poziomu kultury współżycia seksualnego żołnierzy zawodowych powinno być pełne wzajemne zrozumienie i akceptacja własnych ról seksualnych w związkach erotycznych (małżeńskich) tworzonych przez tych żołnierzy. Między małżonkami nie powinno być żadnych niejasności i niedomówień w zakresie wzajemnych istotnych oczekiwań i pragnień seksualnych, także co do obaw i niedyspozycji w tej sferze. Poczucie stałego, całkowitego zrozumienia i zaufania między małżonkami jest w warunkach służby wojskowej tym bardziej konieczne, że są oni nierzadko rozdzieleni i to na dość długi okres. Zresztą nie tylko częsta rozłąka jest tym elementem specyfiki życia małżeńskiego żołnierzy zawodowych, który zmusza do pełnej szczerości i zrozumienia w emocjonalnych interakcjach między małżonkami. Należy bowiem liczyć się także z charakterystyczną atmosferą panującą w środowiskach wojskowych niektórych garnizonów. Zwłaszcza tzw. garnizonów oddalonych, w których życie „prywatne" (głównie erotyczne) bywa niejednokrotnie przedmiotem różnych ocen miejscowej społeczności, a także plotek i intryg częściej, niż to ma miejsce np. w dużych miastach, gdzie sprawy te gubią się niejako w nadmiarze licznych spraw i zdarzeń absorbujących uwagę. W garnizonach oddalonych, w których życie „pozasłużbowe" kadry mocno splata się ze służbowym oraz podlega stałemu (świadomemu i nieświadomemu) wartościowaniu społecznemu — mogą zatem łatwo rozprzestrzeniać się zarówno dobre, jak i złe wzory oraz „mody" w zakresie życia erotyczno-seksualnego. Dlatego też w tych środowiskach należy większą uwagę zwracać na szerzenie oświaty i kultury życia seksualnego w myśl kryteriów omówionych w poprzednich podrozdziałach.

Ujmując jednak rzecz generalnie — należy z dużym naciskiem stwierdzić, że istotne pozytywne efekty w dziedzinie pro-

filaktyki i leczenia psychogennych zaburzeń seksualnych wśród żołnierzy zawodowych można osiągnąć jedynie wespół z kompleksowym rozwiązywaniem w tym środowisku problemu profilaktyki i leczenia nerwic w ogóle. A zatem oświata seksuologiczna i kultura współżycia seksualnego powinna być krzewiona w wojsku w ramach rozleglejszej, nadrzędnej akcji szerzenia oświaty i kultury w zakresie całokształtu życia emocjonalnego człowieka i stosunków międzyludzkich. Z kolei zapobieganie deformacjom w dziedzinie życia uczuciowego człowieka i stosunków międzyludzkich oraz korekcja tych deformacji wiąże się znowu ściśle z psychoterapią.

STEFAN SWEBOCKI

Rozdział IX

STOSUNKI MIĘDZYLUDZKIE W WOJSKU A ZDROWIE PSYCHICZNE

Wpływ stosunków międzyludzkich w wojsku na stan zdrowia psychicznego żołnierzy. — Niektóre problemy zdrowia psychicznego kadry zawodowej.

Wpływ stosunków międzyludzkich w wojsku na stan zdrowia psychicznego żołnierzy

Surowe warunki życia wojskowego, trudy służby żołnierskiej — nawet w okresie pokojowym — tak silnie występujące w wyobrażeniach i pojęciach o wojsku, należą do czynników, które warto już na wstępie naświetlić. Czynniki te są na ogół dobrze znane, mają swoją dobrą i złą sławę. Budzą one chęć omijania wojska przez jednych, a są traktowane jako dobra szkoła życia przez innych. Mają one swoje historyczne dewiacje, różne narodowe formy, znajdują ironiczne czy pogardliwe określenia lub też pozytywne, nawet patetyczne oceny uwarunkowane głębokimi różnicami ideologicznymi różnych armii, tradycjami narodów i poglądami społeczeństw na wojsko.

Wojsko jest niewątpliwie organizacją, szkołą, układem społecznym odmiennym od społeczeństwa cywilnego — głównie ze względu na swoje wewnętrzne stosunki międzyludzkie, ogólne zasady funkcjonowania, zależności służbowe, charakter obowiązków i sposobów wykonywania pracy i zadań, stosowanie sankcji dyscyplinarnych itd.

Stwierdzenia te mają poważne znaczenie dla scharakteryzowania wpływu stosunków międzyludzkich w wojsku na stan zdrowia psychicznego żołnierzy i odwrotnie — wpływu stanu tegoż zdrowia psychicznego na jakość stosunków międzyludzkich w pododdziałach i oddziałach wojskowych. Sprzężenie tych składników rzutuje na styl dowodzenią, na procesy pracy partyjno-politycznej i działalności ideowo-wychowawczej, które łącznie współdecydują o skuteczności przygotowania żołnierzy do wykonania zadań bojowych na współczesnym polu walki. Ma to tym większe znaczenie, że walka zbrojna odróżnia się od każdego innego działania zbieżnym, wspólnym występowaniem trzech determinatorów, które mają ścisły związek ze stanem zdrowia psychicznego żołnierzy.

Pierwszym determinantem jest zagrożenie — ściślej — zagrożenie życia. Oczywiście nie musi ono być wyłącznie osobiste, bo możliwe jest zagrożenie całego oddziału wojskowego, wielotysięcznej ludności bronionego miasta, wreszcie nawet całego kraju. Zagrożenie wytwarza ów specyficzny stan, który pobudza człowieka do walki. Wymaga on niezwykłej odporności psychicznej, którą stymulują m.in. także pozytywne stosunki międzyludzkie.

Samo zagrożenie, stanowiąc naczelny determinant walki, nie charakteryzuje dostatecznie przeżyć związanych z walką, ponieważ także w innych zawodach istnieje zagrożenie (np. walka z przyrodą, z epidemią). Różni się ona jednak znacznie od zagrożenia towarzyszącego walce zbrojnej, w której stan ten występuje razem z drugim determinantem — przeciwnikiem. Geneza zagrożenia na polu walki jest inna niż w okresie pokoju. Wywodzi się ono całkowicie lub w znacznym stopniu z zamiarów, planów i działań przeciwnika. Wywoływanie i potęgowanie poczucia niebezpieczeństwa staje się nawet przedmiotem pewnej gry i potrzebny jest swoisty kunszt, by odróżnić groźbę rzeczywistą od pozorowanej. Sam fakt istnienia zagrożenia jest jednak stały.

Wreszcie trzecim determinantem jest świadome odejście od określonych norm moralnych. W zwykłych warunkach nie wolno np. podpalić domu, a w walce „wol-

no" palić całe miasta, normalnie pozbawienie życia człowieka jest karalne, a w walce razi się ludzi morderczym ogniem. Czyli tym trzecim determinantem walki zbrojnej jest swoista przemiana postaw moralnych. Istnieją nawet takie armie — np. imperialistyczne, kolonizatorskie, a zwłaszcza faszystowskie — w których deformacja norm moralnych jest usankcjonowaną i zalegalizowaną zasadą walki. Świadczą o tym liczne przykłady działań bojowych żołnierzy amerykańskich w wojnie koreańskiej, a zwłaszcza wietnamskiej. Z drugiej strony są armie, dla których tego rodzaju deformacja stanowi dramatyczną konieczność narzuconą przez okrutnego przeciwnika i prowadzi do odczucia walki jako dużej tragedii. Przygotowanie ludzi do działania w powyższych okolicznościach oznacza m.in. zatroszczenie się zawczasu o wysoki standard ich zdrowia psychicznego. Nie da się jednak tego osiągnąć bez sprzyjających stosunków międzyludzkich.

Termin s t o s u n k i m i ę d z y l u d z k i e zrobił w ostatnich latach prawdziwą karierę. Stał się terminem modnym i bardzo atrakcyjnym choć bywa używany w znaczeniach różnorodnych. W naszym wypadku chodzi o wszelkie wzajemne stosunki między ludźmi w mundurach, które umożliwiają ujawnienie ich wartości moralnych, odgrywających istotną rolę we współżyciu ludzi. „...Podstawą socjalistycznych zasad współżycia jest uznanie i poszanowanie godności ludzkiej, życzliwość i wzajemne szanowanie się ludzi. Socjalistyczny ideał współżycia to ideał społeczeństwa, w którym ludzie cenią się wzajemnie, okazują sobie pomoc, solidarność i zaufanie, to ideał społeczeństwa, w którym znikają powodowane strukturą klasową konflikty i nierówność między ludźmi" [1].

Wojsko nasze nie jest organizmem społecznym izolowanym od codziennych spraw życia narodu. W toku trwania służby wojskowej kształtują się w żołnierzu takie cechy i właściwości osobowościowe, które są ogólnie pożądane także w środowisku cywilnym. Stąd ścisłe związki procesu kształtowania osobowości obywatela i obrońcy ojczyzny. Służba wojskowa daje okazję

[1] M. M i c h a l i k, *Moralność na co dzień*, Warszawa 1968, s. 145, 247 (GZP WP i RNS MON).

do lepszego ukształtowania pożądanej sylwetki młodego obywatela. W czasie jej trwania cele czysto wojskowe przeplatają się z celami ogólnospołecznymi. Proces wojskowego przygotowania żołnierza do walki zależy także w dużym stopniu od tego, z jakim przygotowaniem przekracza on bramy koszar. W kształtowaniu korzystnych stosunków międzyludzkich w wojsku stanowi to podstawę wyjściową oddziaływań edukacyjnych i reedukacyjnych, mających wpływ na stan zdrowia psychicznego żołnierzy.

Wartościowe cechy charakterologiczne i cnoty żołnierskie nie rodzą się dopiero w walce, ale już w procesie szkolenia pododdziałów i oddziałów w czasie pokoju. Psychologiczne przygotowanie żołnierzy do walki zbrojnej powinno mieć głównie na celu kształtowanie odporności psychicznej, gotowości do walki i zapewnienie normalnego funkcjonowania psychiki w toku samej walki. To psychologiczne przygotowanie musi być ściśle związane z przygotowaniem moralno-politycznym, fachowo-wojskowym i kondycyjnym. Takie powiązania wywierają pozytywny wpływ na osobowość żołnierza, jego motywy postępowania, aktywizują jego procesy psychiczne, sprzyjają rozwojowi przekonań ideowych i poglądów politycznych.

Zdolności do dociekań i diagnoz psychologicznych bywają zróżnicowane. W tych samych warunkach i przy tej samej, zdawałoby się, dojrzałości życiowej oraz doświadczeniu jeden dowódca dostrzega więcej niż inny, widzi rzeczy subtelne, intymne, ukryte. Czasem ta specyficzna zdolność i wyniki psychologicznej improwizacji osiągają szczyty. Praca psychologiczna dowódcy staje się wtedy oryginalna, odkrywcza i twórcza. Dowódcy ujawniający taką zdolność świetnie przygotowują swych podwładnych do wykonywania najtrudniejszych zadań. Doskonale kierują podwładnymi, doradzają, umiejętnie dobierają współpracowników, pomagają otoczeniu, uczą i wychowują. Wytworzona atmosfera w dowodzonym przez takiego dowódcę pododdziale czy oddziale, integruje kolektywy żołnierskie, a on sam cieszy się u podwładnych sympatią i autorytetem. Ma to duże znaczenie dla stosunków międzyludzkich, które wzmagają pozytywną motywację do służby.

Wymagania higieny fizycznej i stosowanie jej zasad stały się już sprawami oczywistymi, naturalnymi dla zdecydowanej większości żołnierzy wszystkich stopni. Jeśli idzie zaś o wymagania higieny psychicznej, reguły zdrowia psychicznego są jeszcze często ignorowane lub traktowane jako swoisty luksus.

„Wojsko z natury rzeczy stwarza pewne napięcia psychiczne i fizyczne. Przygotowujemy przecież ludzi do walki. Ale kształtowanie odporności na stres współczesnej wojny, wdrażanie rygorów dyscypliny wojskowej nie powinno dewastować psychiki, prowadzić do zaburzeń rozstrajających osobowość ludzi w mundurach. Musimy wytworzyć znacznie pełniejsze zrozumienie dla skomplikowanych spraw zdrowia psychicznego, albowiem spotykamy w tej dziedzinie jeszcze sporo prymitywizmu, uprzedzeń, lekceważenia ludzkich bolączek i innych ważnych dla konkretnego człowieka spraw. Trzeba zdecydowanie przezwyciężać różne złe nawyki zakorzenione od lat w niektórych naszych środowiskach. Jest to zadanie wszystkich przełożonych, a przede wszystkim kadry kierowniczej. Uważamy je także za jedno z centralnych zadań organizacji partyjnych, które winny tworzyć wszędzie klimat sprzyjający zdrowiu psychicznemu żołnierzy, pełnemu rozwojowi ich osobowości, stosunkom międzyludzkim godnym socjalistycznej armii" [2].

Zdrowie psychiczne żołnierza, nie jest, jak to się wydaje niektórym dowódcom, sprawą tylko lekarza jednostki, wojskowej instytucji służby zdrowia czy psychiatry wojskowego. Jest sprawą obchodzącą całe wojsko i mającą swój wyraz w sprawnym funkcjonowaniu organizmu wojska jako całości.

Zaniedbania w tej dziedzinie czynią stosunki międzyludzkie nieznośnymi, odbijają się niekorzystnie na rezultatach wychowania żołnierzy, na życiu rodzinnym kadry zawodowej, na zdolności do odpowiedzialnej i wydajnej pracy, na nieodzownej regeneracji kondycji fizycznej i psychicznej. Zaniedbania te mogą warunkować w sposób oczywisty takie negatywne zjawiska w życiu wojskowym, jak: wzmożoną nerwowość, alkoholizm, samobójstwa, chuligańskie wybryki, przestępczość indywidualną i zbiorową.

[2] *Problemy higieny psychicznej w wojsku*, Warszawa 1974, s. 27.

Ludzie chorzy psychicznie nie stanowią większego problemu społecznego w wojsku. Przypadki zachorowalności są bardzo nieliczne. Po kuracji w zakładach leczniczych żołnierze chorzy bywają na ogół zwalniani ze służby wojskowej. Wielu spośród żołnierzy ma jednak trudno dostrzegalne odchylenia psychiczne, które mogą uczynić życie w pododdziale, oddziale czy garnizonie wręcz nie do zniesienia nie tylko dla nich samych, ale niejednokrotnie dla tych wszystkich, którzy muszą na co dzień mieć z nimi do czynienia na płaszczyźnie służbowej i pozasłużbowej.

Wykrywanie przyczyn wpływających na zły stan zdrowia psychicznego żołnierzy, likwidowanie czynników szkodliwych, a także dążenie do zaspokajania podstawowych potrzeb psychicznych żołnierza i stwarzanie mu odpowiednich warunków do pozytywnej motywacji dla osiągnięcia dobrego stanu zdrowia psychicznego — to najistotniejsze zagadnienia optymalizacji stosunków międzyludzkich w wojsku.

Żołnierz funkcjonuje zawsze w konkretnym kolektywie, jest członkiem sformalizowanej grupy wojskowej. Wiele zaburzeń i załamań zdrowia psychicznego powstaje bądź na skutek konfliktu między wymaganiami grupy społecznej a dążeniami jednostki, bądź na skutek nie zaspokojenia jej postawowych potrzeb psychicznych, bądź wreszcie na tle wyczerpania nerwowego, które wynika ze specyficznych właściwości życia, typowych dla współczesnego człowieka.

Do ważnych przyczyn warunkujących zły stan psychiczny żołnierza można niewątpliwie zaliczyć: zbyt sztywne ustalenie programów szkolenia, ich przeładowanie i niedostosowanie do indywidualnych możliwości percepcyjnych żołnierza oraz stawianie wymagań, którym żołnierz nie jest w stanie od razu sprostać. Brak w niektórych pododdziałach odpowiedniej i — co ważniejsze — odpowiednio wczesnej opieki wychowawczej nad żołnierzami, którzy z różnych powodów stwarzają trudności wychowawcze, to następna przyczyna wielu trudności w przystosowaniu się ich do warunków służby wojskowej oraz osiągnięcia powodzenia i satysfakcji w życiu.

Do przyczyn wyczerpania nerwowego i innych zaburzeń zdrowia psychicznego może należeć np. wadliwa organizacja pracy

i służby, która utrudnia lub stępia motywacje, wywołuje zniechęcenie i demoralizuje, jak każdy bałagan. Można do nich zaliczyć także szybkie tempo życia wojskowego, nieustanny wyścig z czasem. Tempu takiemu jednostka niekiedy nie może sprostać i spotyka się wówczas z wymówkami, reprymendą — czasami wygłaszanymi w sposób niewybredny i przy licznym audytorium.

Mechanizacja i automatyzacja wielu czynności w wojsku spowodowała wzrost monotonii pracy, która pozbawia człowieka uczuciowego stosunku do tego, co robi, nuży i nie daje zadowolenia ani satysfakcji. Czasami też brak czasu na odpoczynek i odprężenie, albo niektórzy nie potrafią tego czasu należycie spożytkować. Wszystkie te czynniki mogą stanowić szkodliwe dla zdrowia psychicznego bodźce, powodować narastanie napięć w stosunkach międzyludzkich. Jeżeli te czynniki działają pojedynczo i tylko od czasu do czasu, ich szkodliwość jest znikoma. Ale jeżeli działają one w zespołach i zbyt długo — osłabiają system nerwowy, nie pozwalają na odprężenie psychiczne, prowadzą do zaburzeń, niweczą mechanizmy przystosowawcze, powodują załamania, które czynią człowieka niezdolnym do wydajnej i twórczej pracy.

Bywa, że żołnierze wchodzący w skład określonej grupy — drużyny, załogi, działonu, obsługi, sekcji — nie są (chociaż powinni być) zaznajomieni z aktualnym celem działania i nie rozumieją swego miejsca i roli w kolejnych fazach nakazanych działań. „Najbardziej poprawne wydaje się rozumienie celu grupowego jako wyniku interakcji między członkami grupy. Członkowie grupy mają określone, często bardzo różniące się motywacje, powodujące napięcie, które może być zredukowane dzięki osiągnięciu pewnego wspólnie akceptowanego celu, mającego wartość pozytywną zarówno dla każdego z nich z osobna, jak i dla wszystkich członków jako całości" [3].

W niektórych wypadkach przyczyną zaburzeń zdrowia psychicznego żołnierzy może być wpływ wadliwej organizacji toku życia i pracy w ich aktualnym środowisku społecznym. Można tego łatwo uniknąć pod warunkiem, że ujemne wpływy tej wad-

[3] S. Mika, *Wstęp do psychologii społecznej*, Warszawa 1972, s. 202.

liwej organizacji są w porę dostrzeżone, zaś środowisko społeczne żołnierza ulegnie pozytywnej przebudowie uwzględniającej jego potrzeby psychiczne.

Również drobne niesprawiedliwości, brak kultury, nieumiejętne posługiwanie się perswazją, budowanie własnego „autorytetu" głównie na podstawie regulaminu dyscyplinarnego mogą powodować złe stosunki międzyludzkie.

Aby uniknąć tych słabości niezbędne jest dostrzeganie i właściwe zrozumienie potrzeb zdrowia psychicznego żołnierza przede wszystkim przez organizatorów życia społecznego w wojsku — dowódców, oficerów politycznych, instruktorów itp. Oni bowiem w podstawowym stopniu wpływają na kształtowanie stosunków międzyludzkich, warunków współżycia codziennego w pododdziałach i oddziałach, sprzyjających rozwojowi zdrowia psychicznego. „Przede wszystkim (...) powinni je (zadania z zakresu higieny psychicznej — *red.*) podjąć dowódcy, uwzględniając wymogi higieny psychicznej w kierowaniu całokształtem szkolenia i wychowania. Nie chodzi tu bynajmniej o obciążenie ich dodatkowymi obowiązkami, ale o właściwy stosunek do omawianych spraw, o to, by dowódcy zawsze mieli na uwadze, że praktyczne ich postępowanie w tych kwestiach — a szczególnie kultura wymagalności dowódczej — stanowi wzór i przykład dla podwładnych. Znaczne możliwości w zakresie poprawy sytuacji na odcinku higieny psychicznej tkwią nadal w systematycznym polepszaniu organizacji szkolenia i służby, doskonaleniu pracy sztabów, w konsekwentnej walce o racjonalne dysponowanie wysiłkiem i czasem ludzi w mundurach" [4].

W działalności praktycznej niezbędne jest zatem właściwe zindywidualizowane oddziaływanie na pojedynczego żołnierza. Spośród spraw wymagających nieustannej troski przełożonego, a determinujących stan zdrowia psychicznego żołnierzy, warto wymienić cztery podstawowe:

— sprawna organizacja działalności wojskowej i właściwe dowodzenie,
— wysoki poziom wyszkolenia i kwalifikacji specjalistycznych,

[4] *Problemy higieny psychicznej w wojsku*, *wyd. cyt.*, s. 37.

— dobry stan zdrowia i sprawności psychofizycznej żołnierzy,
— osiąganie postaw budzących pozytywną motywację do służby.

Praca i służba — właściwie organizowane i poprawnie kierowane — dają każdemu żołnierzowi uzasadniony powód do satysfakcji i zadowolenia. Można to w wojsku stosunkowo łatwo osiągnąć, ponieważ wojsko dysponuje wyraźnie sprecyzowanymi normami postępowania. „Raz ustanowione i zaakceptowane normy wywierają wpływ na zachowanie się członka grupy nawet wtedy, kiedy opuści on już grupę, w której brał udział w wytwarzaniu danej normy, lub w której ją sobie przyswoił" [5].

Niektóre problemy zdrowia psychicznego kadry zawodowej

W psychologii współczesnej — w tym także wojskowej — zaznacza się coraz wyraźniej tendencja do nowego ujmowania problematyki badawczej i metodologii badań. O ile psychologię tradycyjną interesowały głównie zagadnienia epistemologiczne z odczuwalnym zaniedbywaniem zagadnień ontologicznych, o tyle psychologię dzisiejszą interesuje bardziej byt człowieka konkretnego niż samo jego poznanie. Coraz ostrzej zwraca się uwagę na problemy konkretnego człowieka funkcjonującego w konkretnym środowisku.

Powszechnie dostrzegalne jest znaczne tempo zmienności otaczającego nas świata. Wraz z dynamicznymi zmianami warunków bytowania zmieniają się w sposób zasadniczy potrzeby ludzi, przekształcają się ich zainteresowania, ulegają poważnym zmianom możliwości działań ludzkich, a sami ludzie zmieniają się z generacji na generację. Dotyczy to w całej rozciągłości także wchodzących co roku do służby nowych roczników dowódców.

Z tej przyczyny na plan pierwszy wybija się zagadnienie efektywności działań dowódczych w zmieniającej się sytuacji, albowiem działania te wpływają w decydującym stopniu również na kształtowanie określonych stosunków międzyludzkich w wojsku i współdecydują o stanie zdrowia psychicznego żołnierzy.

[5] M i k a, *op. cit.*, s. 211.

1. Proces przyswajania wiadomości przez żołnierzy

Chodzi tu o proces przyswajania wiedzy, uczenia się i samokształcenia oraz nabywania doświadczenia pożądanego na zajmowanym stanowisku służbowym. Dotychczasowe badania wskazują też na występowanie szeregu zjawisk, które trudno zaliczyć do pozytywnych. Proces kształcenia elewów, kadetów, podchorążych oraz słuchaczy akademii wojskowych charakteryzuje się niekiedy swoistym „materializmem dydaktycznym", który nie zawsze sprzyja zachowaniu wysokiego standardu zdrowia psychicznego i higieny psychicznej. Zjawisko to jest zresztą silnie zróżnicowane ze względu na różnorodne profile specjalistyczne szkół wojskowych i z tej przyczyny niełatwo daje się ująć w kategoriach ogólnych.

Przeprowadzone i nadal kontynuowane badania wskazują na przeładowanie wielu programów kształcenia. Powstają one nierzadko intuicyjnie, bez naukowego uzasadnienia potrzeby kreowania nowych przedmiotów, które stają się kilkunastogodzinnymi „karłami" dydaktycznymi, kończącymi się jednak określoną formą sprawdzianu — egzaminem, kolokwium, zaliczeniem. Nie wszędzie zostało wyraźnie określone, jaki zasób wiedzy jest rzeczywiście niezbędny do rzetelnego sprawowania funkcji na określonym szczeblu działania wojskowego. A wydaje się, że bez większego uszczerbku dla sprawy można by zrezygnować z istniejącego tu i ówdzie swoistego balastu dydaktycznego w celu merytorycznego i godzinowego wzmocnienia przedmiotów wiodących.

Badania poświęcone elementom aktywności poznawczej podchorążych wyższych szkół oficerskich, losom zawodowym wyróżniających się absolwentów tych szkół, czy też kształtowaniu ich samodzielności myślenia i inicjatywy intelektualnej, wskazują, że podchorążowie są zobowiązani do przyswajania sobie niekiedy i takich wiadomości, które nie mają żadnego związku z dowodzeniem plutonem bądź też kompanią, a w najlepszym wypadku związek ten jest bardzo odległy. Charakterystyczny bywa brak dążenia do naprawdę uzasadnionego nowatorstwa i uleganie modom.

Co prawda pamięć ludzka jest w stanie zmagazynować olbrzymią ilość informacji. Przy pełnym wykorzystaniu pamięci, przeciętny człowiek jest w stanie opanować sześć języków obcych, pełne programy studiów trzech wyższych uczelni i dodatkowo 100 tys. haseł encyklopedycznych. W ciągu swego życia człowiek wykorzystuje jednak zaledwie 30—40% możliwości swej pamięci [6]. Tymi właśnie możliwościami należy gospodarować możliwie najlepiej. Jest to dla stanu zdrowia psychicznego żołnierzy o tyle istotne, że nakładający się balast pamięciowy o kwestionowanej wartości użytkowej tworzy się ze szkodą dla dziedzin chronicznie „niedoinwestowanych", do których należy zaliczyć jeszcze zbyt ograniczoną wiedzę o człowieku. A jeszcze groźniejsze dla stosunków międzyludzkich w wojsku bywają dysproporcje między poziomem tej wiedzy a praktyką szkoleniową i wychowawczą w niektórych jednostkach wojskowych.

Nasuwają się tu istotne wnioski natury psychologicznej, które powinny być akceptowane w szkolnictwie wojskowym:

a) w procesach pamięciowych ważne jest nastawienie na trwałe zapamiętywanie. Szkoleni żołnierze powinni wiedzieć nie tylko jaki materiał należy zapamiętać, ale również na jak długi okres;
b) aktywność zapamiętywania zależy w decydującym stopniu od charakteru czynności osób szkolonych (np. przy makiecie, modelu, przekroju, symulatorze czy też na sprzęcie);
c) zapamiętywanie świadome ma ogromną przewagę nad zapamiętywaniem mechanicznym — warto więc, aby w programach kształcenia dominowała indukcyjna kolejność wykładania materiału: od faktów do wniosków, od praktyki do teorii;
d) szkolony żołnierz może opanować więcej informacji zawartej w obrazach niż w słowach, a najlepsze wyniki są uzyskiwane dzięki umiejętnemu łączeniu obrazów i słów;
e) efektywność zapamiętywania łączy się ściśle z emocjonalną sferą osobowości osób szkolonych, a więc wykładowca powinien umieć oddziaływać nie tylko na umysły, ale i na uczucia swoich uczniów.

---

[6] *Ergonomia w służbie wojska*, Warszawa 1972, s. 73.

Przy rygorystycznym przestrzeganiu powyższych zasad tworzy się pozytywny stosunek osób szkolonych do samego procesu nabywania wiedzy, co pozwala uniknąć niepotrzebnych napięć i wyzwala korzystny klimat współdziałania słuchaczy z wykładowcami. Ma to duże znaczenie dla stanu zdrowia psychicznego obu stron, sprzyja kształtowaniu pożądanych stosunków międzyludzkich.

2. *Mechanizmy odbioru i przetwarzania informacji*

Trudno mówić o możliwości osiągania optymalnego standardu zdrowia psychicznego i zadowalającego układu stosunków międzyludzkich, jeżeli zostaną zakłócone procesy odbioru informacji, ich przetwarzania w toku podejmowania decyzji lub działań praktycznych. W każdej z tych trzech faz aktywności ludzkiej kryją się ewentualne źródła błędów, które mogą doprowadzić do negatywnych następstw.

Prace badawcze z tego zakresu obejmują wiele specjalności wojskowych, choć najliczniej jest reprezentowane lotnictwo. Dla rozważań na temat zdrowia psychicznego żołnierzy istotne jest wskazanie, iż 48% błędów w wojskach lotniczych powstaje na skutek zmęczenia i znużenia, 21% z powodu mankamentów wyszkolenia i braku doświadczenia specjalistycznego, 18% spowodowane jest niepożądanymi stanami emocjonalnymi i konfliktami z otoczeniem, a tylko 13% z winy wadliwych rozwiązań konstrukcyjnych sprzętu [7]. Już choćby te dane świadczą o potrzebie wcielania w życie nakazów higieny psychicznej, które mogą doprowadzić do zmniejszenia psychologicznych i psychospołecznych źródeł różnych błędów.

Błędy powstałe w procesie recepcji sygnałów i w toku wypracowywania decyzji nie wywierają dopóty ujemnych skutków, dopóki nie zapoczątkuje się działania według decyzji już obarczonej błędem. Błędy w działaniu ujawniają się szybciej aniżeli w pracy myślowej. Są one bardziej dotkliwe wówczas, gdy wzrasta złożoność zadań oraz nakazane tempo ich wyko-

[7] Wg M. Grobelny, *Psychospołeczna analiza stosunków międzyludzkich w oddziałach lotniczych*, Warszawa 1973 (maszynopis WAP), s. 69.

nania. Najskuteczniejszy sposób zapobiegania błędom sprowadza się do usuwania ich przyczyn.

Sprawna i wydajna praca daje satysfakcję i zadowolenie — stąd jej ogromne znaczenie dla zdrowia psychicznego. Liczne badania psychologiczne wskazują, że sprawność i wydajność pracy zależy m. in. od następujących czynników:

a) społecznych — właściwa atmosfera pracy, właściwe stosunki koleżeńskie, zadowolenie z przynależności do określonej grupy społecznej itd.;
b) technicznych — jakości i nowoczesności broni i sprzętu;
c) psychologicznych — stylu dowodzenia, wyzwalanego poziomu zainteresowań i aspiracji twórczych, pozytywnej motywacji do pracy i służby, stopnia identyfikacji z kolektywem itp.;
d) warunków pracy — organizacji pracy, dostosowania sprzętu i miejsca pracy do potrzeb psychofizycznych żołnierzy, racjonalizacji odpoczynku, zabezpieczenia przed urazami, wypadkami itd.

W każdej z tych dziedzin dokonano w wojsku bardzo wiele. Niemniej jednak w dziedzinie higieny psychicznej i przestrzeganiu reguł zdrowia psychicznego niejedno jeszcze pozostaje do zrobienia.

3. *Procesy decyzyjne w stanie zagrożenia i w warunkach ryzyka*

Do tej pory w dziedzinie psychologii dowodzenia dominowały raczej prace badawcze poświęcone osobowości dowódcy różnego szczebla, natomiast nieliczne tylko podejmowały zagadnienia dotyczące bezpośrednio samego procesu dowodzenia, dynamiki procesu sprawowania funkcji dowódczych. Dysponujemy jednak dość obszerną literaturą na temat procesów decyzyjnych w warunkach bojowych z okresu minionej wojny.

Proces podejmowania decyzji dowódczych w stanie zagrożenia, typowego dla okresu wojny, jest dla psychologów najbardziej interesujący. Ale dowódcy, przełożeni podejmują liczne decyzje także w innych warunkach utrudnień: w przeciążeniu pracą, deprywacji, dyskomforcie. Towarzyszą im wówczas nie-

jednokrotnie nie tylko stany ambiwalentne, ale wręcz konflikty motywacyjne wywołane różnymi okolicznościami. Są to zazwyczaj sytuacje ryzykowne, wymagające od dowódców wyboru alternatywnego. Także w sytuacjach spięć konfliktowych oczekuje się od dowódców, aby występowali w roli arbitrów rozstrzygających spory.

Dowódca często podejmuje arbitralnie jednoosobową decyzję, a niekiedy nie ma pewności, czy w określonych warunkach jest ona jedynie słuszna, optymalna. Czasami może i powinien skorzystać z rady bardziej doświadczonego przełożonego. Czy jednak czyni to często, a co ważniejsze — czy chętnie z takiej możliwości korzysta? W przeprowadzonych badaniach zwracano się do oficerów z pytaniem, czy w sytuacjach autentycznie trudnych chętnie zwracają się do swych przełożonych z prośbą o radę. W badanych jednostkach tylko 40,7% oficerów odpowiedziało na to pytanie twierdząco [8]. Należy więc wnosić, iż kwestia ta wymaga naszej uwagi.

4. Struktura i dynamika oddziaływań wychowawczych

Kadra zawodowa w wojsku spełnia nieustannie ważne funkcje wychowawcze, ale i sama podlega oddziaływaniom wychowawczym. W procesie tych oddziaływań kształtują się określone stosunki międzyludzkie, które wyzwalają pozytywną motywację do służby i pracy bądź motywację tę osłabiają. Co jest w tej dziedzinie najistotniejsze dla zdrowia psychicznego i stanu higieny psychicznej? 58% badanych oficerów utrzymuje, iż na pozytywną jakość stosunków międzyludzkich w relacji pionowej (przełożony-podwładny) wpływają przede wszystkim zalety charakterologiczne i kultura bycia przełożonego, 22,6% wskazuje na umiejętność dowodzenia, a pozostałe 19,4% na wiedzę ogólną i wojskową [9].

Dane te świadczą m. in. chyba o tym, że coraz więcej uwagi — i to na wszystkich szczeblach, a zwłaszcza w szkołach wojs-

[8] Wg: *tamże*, s. 14.

[9] S. Cieślak, *Rola garnizonowych poradni higieny psychicznej w ochronie i rozwijaniu zdrowia psychicznego żołnierzy*, Warszawa 1974 (maszynopis WAP), s. 65.

kowych należy poświęcać właśnie kulturze bycia i umiejętnościom dowodzenia. Stan zdrowia psychicznego i stosunki międzyludzkie na tym na pewno zyskają.

5. *Pomiar kluczowych wymiarów osobowości współczesnego dowódcy*

W tej dziedzinie uczyniono już wiele. Przyczyniły się do tego wieloletnie badania prowadzone w Wojskowej Akademii Politycznej, w Zakładzie Psychologii Pracy i Służby Wojskowej Wojskowego Instytutu Higieny Psychicznej WAM (dawniej Centralna Pracownia Psychologiczna CWKL), Wojskowym Intytucie Medycyny Lotniczej i innych wojskowych placówkach naukowych.

Swoistej rekapitulacji wyników tych badań dokonał Departament Kadr MON w opracowanym dokumencie normatywnym pt. *Zasady działania kadrowego w Siłach Zbrojnych PRL* oraz we wdrożonym niedawno systemie opiniowania kadry zawodowej. Nie oznacza to jednak, że uczyniono już wszystko. Nadal na „mapie poszukiwań naukowo-badawczych" pozostają białe plamy. W dalszym ciągu doskonalenia wymagają stosowane obecnie sposoby selekcji. Praca taka jest kontynuowana. Ma ona dla zdrowia psychicznego ogromne znaczenie choćby z tego powodu, że zmierza do wyznaczenia „właściwego człowieka na właściwym miejscu".

Wypracowane do tej pory modele osobowościowe nie we wszystkich środowiskach wojskowych przyjęte zostały ze zrozumieniem. Prawdopodobnie adresaci tych opracowań nie przyjmowali do wiadomości faktu, iż każdy model traktuje o czymś idealnym, a więc w praktyce nieczęsto osiągalnym. Ale przecież chodzi także i o to, aby zaproponowane modele stosowano elastycznie. Zrozumiałe, że tych samych czynników osobowościowych nie można wymagać od różnych typów dowódców. Chodzi więc o uwzględnianie zróżnicowań w pionie i w poziomie. W pionie — np.: dowódca plutonu i dowódca dywizji — daje się ustalić pewne właściwości zbieżne, ale trzeba także wyróżnić i te rozbieżne. Podobnie w poziomie — np.: dowódca pułku zme-

chanizowanego i dowódca pułku lotniczego — można mówić o zbieżnościach, ale należy także dostrzegać zróżnicowania, które powodują, że ktoś w dowodzeniu osiąga sukcesy. Można pominąć najistotniejszą w warunkach wojskowych zmienną — a mianowicie pokojowy okres szkolenia i działania bojowe na polu walki, bo w tym wypadku jaskrawe zróżnicowania same się narzucają.

Trudniejsze są sprawy prognozowania powodzenia zawodowego. Przy całej złożoności sprawy prognozowania mają przynajmniej dwa różne aspekty. Po pierwsze — dzisiejszy dowódca plutonu nie sprosta swym zadaniom za — powiedzmy — 20 lat. A po drugie — nie każdy dzisiejszy dowódca plutonu może być za 20 lat dowódcą dywizji. Dynamika procesu prognozowania wymaga więc także mistrzostwa psychologicznego i dużego kunsztu pedagogicznego. One to powinny zapobiegać pomyłkom, a w każdym razie ograniczyć ich częstotliwość i ciężar gatunkowy. Kwestie te są dla zdrowia psychicznego nadzwyczaj ważne. Z doświadczenia wiadomo, w jak dużym stopniu od decyzji z tego kręgu spraw zależą stosunki międzyludzkie.

6. *Społeczna ocena postępu*

W procesie szybkich zmian podyktowanych gwałtownymi przeobrażeniami w sferze środków produkcji dóbr materialnych zachodzą także różnorodne przekształcenia w dziedzinie stosunków społecznych. Nie wszystkie spośród nich są pożądane i korzystne. Obok rewolucyjnych, postępowych skoków jakościowych dają o sobie znać różnorodne relikty przeszłości. Nowe zjawiska wywołują także wypadki nienadążania za przemianami w świadomości części społeczeństwa. Wzrastająca dynamika przemian powoduje pojawienie się również niekorzystnych zjawisk w postaci patologii społecznej.

Budzi więc niepokój narastanie takich zjawisk, jak np. alkoholizm. Pojawia się też narkomania jako zjawisko u nas całkowicie nowe. W dziedzinie patologii społecznej największy niepokój wzbudza stosunkowa łatwość rozpadu współczesnej rodziny, z dużymi społecznymi następstwami.

Nawet jeżeli odejdziemy od tych drastycznych kwestii natury moralnej i obyczajowej, a zatrzymamy się jedynie na „niezbędnym" haraczu, jaki zdrowe społeczeństwo płaci za nieunikniony postęp, warto i należy docenić postulaty głoszone przez ruch higieny psychicznej. Oto np. w czasie dwuletniego eksperymentalnego funkcjonowania wojskowych poradni higieny psychicznej w kilkunastu garnizonach — 27,8% zgłoszeń pacjentów wojskowych spowodowały trudności wychowawcze oraz przystosowawcze, 23,5% psychonerwice, a 15,2% sytuacje konfliktowe [10]. Tak więc 2/3 spraw dotyczyło porad mających bezpośredni związek z sytuacją społeczną osób przyjmowanych w poradniach.

Osiągnięcie radykalnych zmian tej sytuacji zmusza do postulowania potrzeby intensywniejszego zajmowania się psychiką człowieka w mundurze i jego sprawami codziennymi. W dobie powszechnej fascynacji techniką, niektórzy ludzie — całkowicie przez tę technikę pochłonięci — zatracają stopniowo zdolność do zajmowania się problemami innych ludzi. Nie wolno oczywiście postulować lekceważenia techniki i jej problemów. Należy jednak dążyć do wprowadzenia zmian w proporcjach zainteresowań człowiekiem i techniką.

7. *Profilaktyka zaburzeń i defektów psychicznych*

Chodzi tu o oddziaływania korekcyjne w stosunku do ludzi, którzy skądinąd uważani są za zdrowych i normalnych psychicznie — w każdym razie nie muszą szukać opieki neurologa czy psychiatry. Każdy jednak człowiek może mieć okresy załamań, niepowodzeń, przejściowego złego samopoczucia. Zjawiska te wymagają odpowiedniego stosunku otoczenia — kolegów i przełożonych. Oddziaływania psychokorekcyjne mogą czasami polegać na zwykłym dobrym słowie, życzliwym podejściu do kłopotów kolegi lub podwładnego, na zachęcającym geście i uśmiechu, a czasem wręcz na dobrym żołnierskim żarcie.

Badania wykazują, że zdecydowana większość zaburzeń psychicznych w wojsku jest pochodzenia egzogennego. Już to stwier-

[10] Cieślak, *op. cit.*, s. 88.

dzenie świadczy o dużych możliwościach psychoprofilaktycznych, które powinny służyć podnoszeniu stanu zdrowia psychicznego żołnierzy i doskonaleniu stosunków międzyludzkich w jednostkach wojskowych.

W badaniach, które dotyczyły przyczyn niekiedy jeszcze zdarzających się deformacji stosunków międzyludzkich w wojsku, powtarzają się zjawiska, które można z szeregów wojska wyrugować raz na zawsze. Należą do nich wypadki godzenia w godność osobistą podwładnych, obciążania nadmiernymi obowiązkami często nie wchodzącymi w zakres zadań służbowych, niesprawiedliwe wymierzanie kar dyscyplinarnych itp.

Likwidacja resztek tych zjawisk wymaga — rzecz jasna — rozwinięcia jednolitego frontu działania wychowawczego.

ZDZISŁAW RYDZYŃSKI

Rozdział X

LĘK A ZDROWIE PSYCHICZNE

Definicja i klasyfikacja różnych postaci lęku. — Anatomiczne, fizjologiczne, biochemiczne i środowiskowe uwarunkowanie lęku. — Formy przetwarzania lęku.

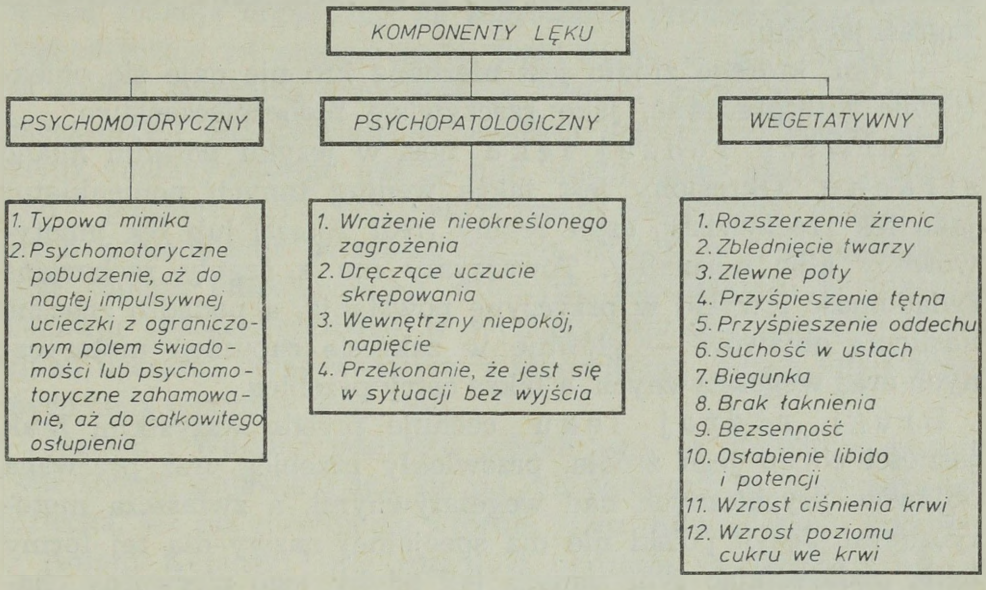
Lękiem nazywamy stan emocjonalny, wyzwalany pod wpływem zagrożenia. Przyjęto sądzić, że lęk stanowi wyłączną domenę psychiatrii. Istotnie jest on bardzo często przyczyną albo objawem zaburzonych czynności psychicznych. Należy jednak pamiętać również o pozytywnej roli, jaką spełnia lęk w procesie kształtowania zdrowej osobowości. Przede wszystkim ważne znaczenie ma ochraniająca funkcja lęku, bowiem sygnalizując niebezpieczeństwo ostrzega przed nim człowieka. Przez analogię możemy zatem powiedzieć, że spełnia on w systemie wyższych czynności nerwowych rolę podobną do tej, którą w systemie czuciowo-ruchowym spełnia ból. Ból, choć jest pozornie przekleństwem człowieka, w istocie ochrania go przed utratą zdrowia lub życia. Nic więc dziwnego, że lęk jest przedmiotem zainteresowania nie tylko lekarzy, zwłaszcza 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.

Lęk jest chyba najintymniejszym 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 także pozytywnie na prawidłowy rozwój osobowości. Można zaryzykować twierdzenie, że umiejętność właściwego selekcjonowania bodźców lękotwórczych i elastyczność reagowania na sytuację lękową decyduje o utrzymaniu właściwego standardu zdrowia psychicznego. Niesłychanie ważne znaczenie lęku znalazło swe odbicie w mowie potocznej, która zawiera dużo określeń starających się oddać różne odcienie tego zjawiska. Lęk, strach, trwoga, obawa, przerażenie, groza, bojaźń, fobia, panika, przestrach, niepokój, popłoch, tchórzostwo, nieśmiałość, płochliwość, to prawdopodobnie jeszcze nie wszystkie wyrażenia z tego semantycznego kręgu. W odwrotnej proporcji do zainteresowania się lękiem pozostaje wiedza o tym stanie emocjonalnym. Mimo intensywnych badań wielu ośrodków, reprezentujących bardzo różnorodne dyscypliny — psychologię, biochemię, psychofarmakologię, psychiatrię, a nawet filozofię — dalecy jesteśmy od pełnej jasności poglądów na istotę lęku i przyczyny oraz metody opanowania go lub kierowania nim.

Definicja i klasyfikacja różnych postaci lęku

W języku polskim pojęcie lęku zdaje się mieć dwa znaczenia. Pierwsze — szerokie, obejmujące problematykę związaną z określonym stanem emocjonalnym, i drugie — zarezerwowane dla jednej tylko jego postaci. Co się tyczy pierwszego znaczenia, to analizując najrozmaitsze dane, podawane w różnych słownikach, monografiach, podręcznikach i innych publikacjach, najbardziej lapidarnie można by określić lęk jako: nieprzyjemnie odczuwalny stan emocjonalny, sygnalizujący zagrożenie o takiej sile, która zda się przerastać możliwości odporu ze strony organizmu. Należy z całą mocą podkreślić, że nie jest to

objaw, lecz zespół objawów odznaczających się dość charakterystycznymi zmianami motorycznymi, psychicznymi i wegetatywnymi (rys. 1).



U ludzi dojrzałych w każdym rodzaju lęku występują wszystkie trzy grupy objawów, aczkolwiek nie zawsze nasilenie ich bywa proporcjonalnie jednakowe. Niekiedy na plan pierwszy wysuwają się objawy psychiczne, kiedy indziej wegetatywne, a jeszcze w innych sytuacjach motoryczne (ruchowe). Jest rzeczą interesującą, podkreślaną niekiedy w monografiach, lecz słabo akcentowaną przez lekarzy i psychologów, natomiast istotną dla szkolenia wojskowego, że wegetatywne i motoryczne komponenty lęku stwarzają fizjologiczne pogotowie do 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 zmniejsza krwawienie z ewentualnych ran. Napięte i sprawne do działania mięśnie zapewniają lepszą gotowość do agresji. Łatwość przechodzenia lęku w agresję jest zatem paradoksem zaplanowanym przez naturę.

Rozliczne klasyfikacje emocji lękowych dadzą się sprowadzić do dwóch podstawowych postaci:

— lęku, spowodowanego określonymi wydarzeniami, sytuacją, przedmiotem, o których mówi się, że są czynnikami obiektywnie zagrażającymi;

— lęku, którego źródło jest nieznane lub nie daje się obiektywnie interpretować, jako rzeczywiste niebezpieczeństwo.

Pierwszy rodzaj lęku nosi w języku polskim miano strachu. Określony jest także według innych nomenklatur jako lęk rzeczywisty, czyli realny (*real Angst*) lub lęk umotywowany albo normalny. Towarzyszy mu z reguły zachowana świadomość 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 zwłaszcza motorycznymi. Język polski nie ma specjalnej nazwy dla tej formy lęku, podkreślając tym samym jak gdyby jego pierwotny charakter. W piśmiennictwie niemieckim i angielskim ten rodzaj lęku nazywa się „nerwicowym", poza tym często używa się określenie „lęk nieumotywowany". Wielu autorów precyzuje różnice między strachem a lękiem w ten sposób, że uważa strach za reakcję organizmu na zagrożenie obiektywne, a lęk za reakcję na zagrożenie subiektywne, 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 ten właśnie sposób zdefiniował dwa rodzaje lęku.

Współcześni autorzy szwajcarscy, jak: Pöldinger, Battegay, Kielholz i Binder[1] dzielą lęk nieumotywowany na nerwicowy i psychotyczny, określając ten ostatni jako endogenny. Rozumieją przezeń zatem te formy lęku — przypływającego zwykle napadowo — które pojawiają się zupełnie bez psychologicznych przyczyn, jako następstwo patologicznej nadczynności odpowied-

[1] Patrz Kielholz, *Entspannungstherapie psychosomatischer Störungen*, Basel 1971 oraz tegoż: *Angst*, Bern — Stuttgart 1967.

nich 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 najprostszych 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 różnych nomenklatur psychologicznych. Strach w tym rozumieniu jest stanem emocjonalnym wtórnym, rozwiniętym w procesie rozwoju ontogenetycznego w wyniku zetknięcia się z konkretnymi urazami, wypływającymi z otaczającego świata lub z własnego ciała (choroby, głód itp.).

Watson i Wallon [2] postawili jednak tezę, że pierwotną emocją jest strach, pojawiający się po raz pierwszy po urodzeniu się dziecka, lęk zaś rozwija się wtórnie przez doświadczenia życiowe.

Antoni Kępiński [3] 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. Wydaje się zresztą, że segregacja rodzajów lęku nie ma większego znaczenia. Jest to bowiem nieswoista reakcja organizmu, która — jako zjawisko biologiczne — przebiega w zasadzie jednakowo bez względu na przyczynę, która ją wywołała. Obraz, siła i czas trwania lęku zależy od bardzo wielu trudnych do przewidzenia parametrów. Dlatego trudności klasyfikacyjne lęku, a także ocena jego nasilenia napotykają duże trudności. U zwierząt za ich podstawę przyjmuje się kryteria behawioralne (tzn. oparte na zachowaniu się zwierzęcia poddanego zagrożeniu). Charakteryzują się one reakcją ucieczki, znieruchomienia, typowym układem sierści, ogona, charakterys-

[2] H. Wallon, *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paryż 1949.
[3] A. Kępiński, *Psychologia nerwic*, Warszawa 1972.

tyczną aktywizacją innych grup mięśniowych. U ludzi tego rodzaju kryterium jest niewystarczające, a próby znalezienia „obiektywnego wskaźnika lęku", jak do tej pory, nie powiodły się. Najbardziej przydatne do „pomiarów" lęku są niewątpliwie tzw. inwentarze objawów lęku, opracowane i sprawdzone na podstawie wszechstronnych obserwacji osób przeżywających lęk, zarówno towarzyszący chorobie, jak i wywołany naturalnie lub eksperymentalnie wytworzonymi sytuacjami zagrożenia. W inwentarzu bierze się pod uwagę zarówno subiektywny opis odczuwanych doznań, jak i zaburzenia wegetatywne, zaburzenia funkcji poszczególnych narządów i układów, zakłócenia w toku i treści myślenia, zaburzenia uwagi i percepcji oraz aktywności prostej i złożonej.

Anatomiczne, fizjologiczne, biochemiczne i środowiskowe uwarunkowanie 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 neurochirurgów wskazują na podwzgórze i płaty skroniowe ze szczególnym uwzględnieniem układu limbicznego, a zwłaszcza hippokampa i haka jako na okolice pośrednio przynajmniej mające wpływ na pojawienie się i nasilenie lęku. Małpy z zespołem Klüver-Bucy (zespół warunkowany obustronnym usunięciem dużej części płata skroniowego łącznie z hakiem, migdałkiem i hippokampem) przestawały odczuwać jakikolwiek strach nawet w sytuacjach maksymalnego zagrożenia. W przebiegu padaczki skroniowej różnej etiologii pojawiają się często napady endogennego lęku o niesłychanej sile. Odkorowane zwierzęta (koty), u których drażni się podwzgórze reagują z reguły napadem wściekłości (agresji) niekiedy jednak (Bard i Rioch)[4] wykazują objawy daleko posuniętego lęku. Kora mózgowa spełnia w odniesieniu do lęku, podobnie jak do innych stanów

[4] Cyt. za: E. G. Walsh, *Fizjologia układu nerwowego*, Warszawa 1966.

emocjonalnych, rolę korygującą. Według Reykowskiego [5] dostraja ona wielkość i cechy lęku do cech sytuacji, tworzy i przechowuje sposoby zachowania się służące do redukcji lęku, pośredniczy w wywoływaniu lęku i 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 wszystkich 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 — 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 widzianej we współczesny sposób, 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 musi wchodzić — poza układem nerwowym, somatycznym i wegetatywnym — także układ wewnątrzwydzielniczy. W ostatnich latach najpowszechniej przyjmuje się teorię, że siedliskiem lęku, podobnie jak i innych emocji, jest tzw. układ emocyjny, zwany także „obwodem" albo „mózgiem emocjonalnym". W skład tego układu wchodzą: układ siateczkowaty, układ limbiczny oraz układ podwzgórzowo-wzgórzowy. W układzie limbicznym szczególną rolę odgrywa jądro migdałowate. Układ emocyjny jest ściśle powiązany z korą mózgową. Do zadań układu siateczkowatego pnia mózgu należy utrzymywanie określonego, adekwatnego do sytuacji, tonusu w neuronach ośrodkowego układu nerwowego, w tym oczywiście także w układzie limbicznym, podwzgórzu, wzgórzu, jądrze migdałowatym i skroniowej okolicy kory mózgowej, które to struktury, jak już wspomniałem, stanowią bazę powstawania emocji. Układ siateczkowaty zbiera niemal wszystkie informacje z całego organizmu (mięśnie, stawy, kości, poszczególne narządy, płyny ustrojowe) oraz poprzez narządy zmys-

[5] J. Reykowski, *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*, Warszawa 1966.

łowe (oczy, uszy, skóra itd.) ze środowiska zewnętrznego. Integruje je z informacjami otrzymanymi z kory i przekształca w swoistą energię wzbudzającą ośrodkowy układ nerwowy (o.u.n.) do mniej lub więcej aktywnego działania.

Układ siateczkowaty reguluje stan czuwania i snu oraz określa próg percepcji dla narządów zmysłowych. Wzgórze stanowi rodzaj filtru dla informacji napływających z obwodu oraz „stacji rozdzielczej", przekazującej selekcjonowane bodźce do podwzgórza, jąder podkorowych i kory mózgowej oraz pewną ich część do układu siateczkowatego, pobudzając jego aktywność. Podwzgórze spełnia w układzie emocyjnym bardzo ważną rolę, ponieważ znajduje się w nim ośrodkowa prezentacja układu autonomicznego (wegetatywnego) oraz nadrzędne ośrodki kierujące układem wewnątrzwydzielniczym. Zarówno za pomocą połączeń nerwowych, jak i w drodze hormonalnej podwzgórze kontroluje zatem wszystkie procesy, które przebiegają ze współudziałem zarówno układu wegetatywnego, jak i hormonów. Doświadczenia Hessa, Millera i innych wykazywały, że drażnienie różnymi metodami przedniej części podwzgórza wyzwala reakcję ucieczki i lęku, podczas gdy drażnienie ośrodków leżących w brzusznej części podwzgórza wyzwala agresję. Podwzgórze pozostaje w ścisłym — anatomicznym i fizjologicznym — powiązaniu z układem limbicznym, który spełnia wobec niego rolę nadrzędną. Układ ten jest siedzibą filogenetycznie młodszych emocji wchodzących w skład uczuciowości niższej. Podłożem wyższej uczuciowości jest kora mózgowa, a głównie okolica skroniowa, bardzo silnie powiązana anatomicznie z układem limbicznym. Na szczególną uwagę zasługuje oddziaływanie jądra migdałowatego, które moduluje stany emocjonalne człowieka. Układ emocjonalny, tzn. układ siateczkowaty, limbiczny, podwzgórzowo-wzgórzowy z podporządkowanym sobie pionem przysadkowo-nadnerczowym i określone okolice kory mózgowej, tworzy zamknięty obwód, powiązany wewnętrznie siecią sprzężeń zwrotnych. W obwód ten włączane są stale informacje napływające zarówno z zewnątrz organizmu poprzez narządy zmysłowe, jak i z wewnątrz organizmu, z poszczególnych narządów. Ponadto w drodze zstępującej napływają doń ciągle informacje

z kory mózgowej, głównie z okolic czołowych, ciemieniowych i skroniowych. Współczesne koncepcje neurofizjologiczne lęku widzą patologię tego stanu emocjonalnego w zaburzeniu funkcji obwodu emocyjnego. Lęk pojawia się, potęguje lub podlega inercji w sytuacjach, kiedy dochodzi do nadmiernej aktywacji układu emocyjnego, do stanu nadmiernego wzbudzania lub nadwrażliwości zarówno jego zintegrowanej całości, jak i poszczególnych części składowych. Do patologii lęku (jest on wszakże zjawiskiem naturalnym) dojść może również na skutek anomalii samoregulujących sprzężeń zwrotnych, które służą do szybkiego wygaszania emocji (gniewu, strachu itp.) w sytuacjach fizjologiczych. W zasadzie upośledzenie czynności którejkolwiek części składowej obwodu emocyjnego prowadzi do pojawienia się i narastania lęku, szczególnie ważną rolę odgrywa w tej dziedzinie układ limbiczny. Istnieje w tej mierze wiele dowodów zarówno eksperymentalnych, jak i wypływających z doświadczeń neurochirurgów, psychofarmakologów oraz klinicystów — psychiatrów. Jak na to wskazują wyniki badań ostatnich lat, na nadmierną aktywację układu emocyjnego może mieć również wpływ nadwrażliwość receptorów zmysłowych, które w tej sytuacji „bombardują" ten układ nadmiarem informacji. Teza ta znajduje potwierdzenie w przeciwlękowym zastosowaniu beta-blokerów typu propranololu, który „wygłusza" strumień płynących informacji, zwłaszcza z zewnątrz organizmu, na skutek blokady obwodowej betareceptorów.

Nie zamknięto dotychczas badań nad chemicznym uwarunkowaniem lęku. Jest oczywiste, że również praca ośrodków nerwowych opiera się w gruncie rzeczy na procesach biochemicznych, zarówno wewnątrzkomórkowych, jak i znajdujących swój wyraz w przekaźnikach, stymulatorach chemicznych, a także na wtórnym pobudzeniu do akcji układu wewnątrzwydzielniczego. Jak dotąd wiadomo, w stanach lęku podwyższeniu ulega poziom adrenaliny we krwi. Zdaje się to być objawem swoistym, ponieważ wzbudzeniu stanów agresji towarzyszy raczej podwyższenie noradrealiny we krwi. Poza tym wiele badań wskazuje na podwyższenie się w płynach ustroju (w stanie lęku) poziomu tych samych substancji, które towarzyszą nieswoistej reakcji stre-

sowej, a więc: kortyzolu we krwi, 17-hydroksykortykosterydów w osoczu i moczu oraz ACTH (kortykotropiny) w osoczu.

Inne dane na temat biochemii lęku pozostają nie udowodnione. Bez względu na to, co wiemy na temat biochemii lęku, stwierdzić musimy, że znamy obecnie kilka grup środków psychotropowych działających przeciwlękowo. Zdają się one na ogół potwierdzać mniemanie neurofizjologów o uwarunkowaniu lęku nadmierną aktywacją obwodu emocyjnego lub jego niektórych członów. I tak: klasyczne anksiolityki [6] reprezentowane przez pochodne benzodwuazepiny (np. elenium, relanium, oxazepam, a zwłaszcza lexotanil, a także kilkadziesiąt innych preparatów — alkoholi alifatycznych (najbardziej znany meprobamat), benzhydrolu (najbardziej znane: hydroxyzinum, atarax). Benzodwuazepiny działają tłumiąco na układ limbiczny, a meprobamat na jądro migdałowate. Od dawna znane środki uspokajające i nasenne, jak np. pochodne kwasu barbiturowego (luminal), paraldehyd, pochodne kwasu fenyloetyloglutanowego (glimid), sole bromu i inne, tłumią aktywność ruchowych i czuciowych pól kory, obniżają aktywność podwzgórza i układu siateczkowatego. Ich działanie odnieść można zatem do zmniejszania napływu informacji do układu emocyjnego. Neuroleptyki [7] blokują głównie układ siateczkowaty oraz połączenia korowo-mózgowe, a także hamują niektóre człony układu limbicznego. Ich działanie na układ emocyjny jest więc podobne do efektu środków nasennych i uspokajających, z tym że z wielu powodów, potężniejsze i bardziej wybiórcze. W zasadzie po dużych dawkach neuroleptyków każdy pacjent jest emocjonalnie w pełni „wygaszony".

Rekapitulując wydaje się, 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 wybiórczo działają

[6] *Anxietas* — lęk, *lysis* — rozpuszczanie, *anksiolityk* — lek znoszący lęk.
[7] Neuroleptyki — leki o działaniu przeciwpsychotycznym.

przeciwko lękowi, bez względu na jego przyczynę, zdaje się potwierdzać tę koncepcję. W przedstawionej hipotezie widać dużą analogię do pojęcia stresu Selyego. Stres jest również nieswoistą, zawsze taką samą reakcją organizmu na zagrażające mu działanie różnych stresorów. Określony został przez swego odkrywcę „wspólnym mianownikiem wszystkich odczynów przystosowawczych ustroju". Stres przebiega także z dużą komponentą zaburzeń zarówno w układzie wewnątrzwydzielniczym, jak i wegetatywnym i nie można go powiązać z żadną konkretną lokalizacją, mimo że sterownicza rola układu nerwowego musi tu niewątpliwie istnieć. Lęk, podobnie jak stres, ogarniając swym działaniem cały ustrój, może spełniać dla organizmu zarówno rolę pozytywną, jak i negatywną.

Według A.T. Jersilda [8], który badał reakcję lękową 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 podobnie jak bardzo prymitywne zwierzę (np. owad), na bodźce lękotwórcze wyłącznie układem motorycznym. Jest to tzw. reakcja wstrząsu, która polega na wystąpieniu niezbyt skomplikowanego zespołu ruchów bez widocznej komponenty psychicznej i wegetatywnej. Dziecko mruży oczy, wciąga brzuch, wykonuje drgnięcie całym ciałem z odrzuceniem głowy do tyłu. Bogatsza symptomatyka pojawia się około 5 miesiąca życia. W sytuacji zagrożenia dziecko przejawia wtedy ogólny nieskoordynowany niepokój ruchowy, krzyczy, płacze, oddać może mocz i stolec, ma przyspieszoną akcję serca. Dla Jersilda jest to prototyp lęku. Pierwsze objawy lęku pojawiają się wraz z rozwojem zdolności różnicowania bodźców przy końcu pierwszego roku życia i przypominają już w pełni rozwinięty stan lękowy, ze wszystkimi jego komponentami. Po 6—7 roku życia pojawia się zdolność świadomego panowania nad lękiem. O ile pojawienie się uczucia strachu i lęku endogennego może być tłumaczone we względnie prosty sposób, o tyle interpretacja przyczyn lęku nieumotywowanego, czyli nerwicowego, jest trudna. Jednym z

[8] A.T. Jersild, *Child Psychology*, Nowy Jork 1954.

pierwszych poważniejszych badaczy, którzy zastanawiali się nad genezą tego typu lęku był Zygmunt Freud. Niezależnie od tego, co sądzimy 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. Początkowo na podstawie obserwacji klinicznych doszedł on 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 na zewnątrz objawami nerwicowymi, które maskują go. Nerwica byłaby zatem próbą radzenia sobie z sytuacją wywołującą lęk. W późniejszych latach Freud zmienił zdanie. Doszedł do wniosku, że u podłoża nerwic leży lęk, jako zjawisko pierwotne, a nie wtórne. Zagrożony niebezpieczeństwem organizm reaguje lękiem, który następnie wypierany jest do podświadomości przez nerwicowe mechanizmy obronne. Freud i klasyczni psychoanalitycy sprowadzali oczywiście niebezpieczeństwo do zakłóceń funkcji libido oraz konfliktów między *Id, Ego* i *Superego*. Późniejsi, dynamicznie zorientowani psychiatrzy i psychologowie amerykańscy z Karin Horney na czele — uznali zakłócenia w stosunkach międzyludzkich, jako główne źródło powstawania lęku. Hostility — poczucie wrogości, groźba odepchnięcia przez partnera, który uzależnił nas od siebie emocjonalnie, kłopoty adaptacyjne — to główne przyczyny tego typu.

Niezależnie od podejścia Freuda i późniejszych psychoanalityków, także psychiatrzy nie zorientowani analitycznie zwrócili uwagę na bardzo istotne dla zdrowia psychicznego zjawisko uruchamiania przez ludzi zagrożonych lękiem różnych mechanizmów obronych, świadomych i nieświadomych, które przetwarzają te emocje w różne zespoły psychiczne lub somatyczne, często nie przypominające niczym modelu wzorcowego. Na ogół uważa się, że życie w społeczeństwie coraz bardziej uniemożliwia odreagowanie lęku wprost, tzn. poprzez fizyczną ucieczkę przed

niebezpieczeństwem lub uruchomienie agresji wprost na przeciwnika. Z drugiej strony życie nastręcza nie mniej, a może nawet więcej niebezpieczeństw, niż w społeczeństwach dawnych. Źle odreagowany lęk kumuluje się i przetwarza w sposób patologiczny.

Formy przetwarzania lęku

Typowe dla współczesnego człowieka formy przetwarzania lęku przedstawia w graficznym ujęciu wzorcowym opracowanie Pöldingera (rys. 1). Jak widzimy mogą one być świadome i nieświadome. Świadome dają najlepsze rezultaty pod względem pełni odreagowania, nieczęsto jednak są dostatecznie silne, aby pokonać gwałtowny opór, zwłaszcza przewlekle działających czynników lękorodnych. Opierają się one głównie na rozumowym odrzuceniu lęku, przez rozpracowanie racjonalnych wyjść z sytuacji silnego zagrożenia lub aktywne przetwarzanie 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 przetwarzanie 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 — postawienia na bohaterstwo. Na uruchomienie odrzucenia lub racjonalnego przetwarzania lęku nastawiona jest większość technik psychoterapeutycznych. Zazwyczaj już sama rozmowa z lekarzem lub osobą cieszącą się autorytetem i zaufaniem działa anksiolitycznie. Nieświadome mechanizmy przetwarzania lęku z reguły prowadzą do rozwijania różnych zespołów psychopatologicznych, często nie sygnalizujących niczym 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 zawierają same w sobie element lęku — zwłaszcza fobie, ich praprzyczyna, działająca najczęściej w

odległym dzieciństwie, rzadko bywa odkryta. Ostre zaburzenia histeryczne zwłaszcza typu konwersyjnego (porażenie czynności różnych narządów) łatwiej dają się wiązać z określoną sytuacją lękową. Najtrudniej jednak domyślić się tła lękowego w chorobach, które przez wieki były domeną specjalistów od chorób wewnętrznych, to znaczy w tzw. nerwicach narządowych (serca, żołądka, skóry), a zwłaszcza psychosomatycznych (choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, nadciśnienie tętnicze, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, niektóre postacie kolki żółciowej, impotencja itp.). Nawet 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 według wzorów opracowanych przez tysiąclecia — uzewnętrznia się głównie przez zespoły psychosomatyczne, które są obecnie najlepiej akceptowaną formą ucieczki przed niebezpieczeństwem, mianowicie ucieczki w „chorobę".

Ludzie żyjący w zorganizowanych grupach społecznych mają „ulubione", masowo występujące według określonych „mód", sposoby rozładowywania lęku. Dla średniowiecza typowe były psychozy o obrazie religijnym — wędrówki dzieci, biczownictwo, tarantellizm, grupowe opętanie 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 porażeń i drgawek oraz innych form histerii konwersyjnej. Dla naszych czasów typowe jest rozpowszechnianie chorób psychosomatycznych, aczkolwiek nowe pokolenia wydają się preferować tłumienie lęku przed stresorami cywilizacji technicznej za pomocą narkotyków (ucieczka od rzeczywistości w świat fantazji).

Na temat chorób psychosomatycznych szerzej pisze się w innym rozdziale. Jak już wzmiankowałem, lęk — właściwie miareczkowany i prawidłowo przetworzony — jest czynnikiem wspomagającym we właściwym kształtowaniu osobowości, uczenia się

i trafnej adaptacji do istniejącej rzeczywistości. Dziecko, które sparzy paluszek o rozpalone drzwiczki pieca, później boi się zbliżyć do wszystkich podobnych drzwiczek i dzięki temu unika niebezpieczeństwa oparzenia. Chłopiec, który bywał ostro karany za kradzieże zabawek i łakoci rówieśnikom, boi się przywłaszczyć cokolwiek przez całe życie i unika przez to później konfliktów z kodeksem karnym. Żołnierz, który bywał ostrzelany na froncie boi się dostać pod ogień i prędko uczy się skutecznych metod krycia się przed ogniem nieprzyjaciela. Z drugiej strony dziecko, które boi się dyktanda lub odpowiedzi ustnej — co jest naturalne — uczy się przezwyciężać ten lęk, gdyż uczucie zadowolenia z zaliczenia odpowiedzi jest pięknym wynagrodzeniem za chwilę nieprzyjemności i strachu. Podobnie żołnierz idzie pod obstrzał nieprzyjaciela, alternatywa wykonania patriotycznego obowiązku i perspektywa sukcesu, a często i zemsty są bowiem silniejsze od grozy bitewnego pola. Mobilizujące znaczenie oddziaływania lęku na zachowanie ludzkie podkreśla Tadeusz Kotarbiński: „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 uśpienia zrazu tylko aktywności obronnej, w następstwie zaś działalności w ogóle. ...Ludzie są jak twory głębokowodne, które przywykłe do potężnego ciśnienia z zewnątrz, giną przeto od wewnętrznych sił rozsadzających po wydobyciu na płyciznę, gdzie nie ma takiego ciśnienia” [9]. Ostateczny rezultat pokonywania lęku zależy w dużym stopniu od reżyserii prób walki z nim, kierowanej przez rodziców, nauczycieli, dowódców, a później przez samego siebie. Właściwe zaplanowanie postępowania, dozowanie zadań dostosowanych do możliwości ucznia i żołnierza, autorytet rodziców, nauczyciela, dowódcy, ich wsparcie w trudnej sytuacji, dobra rada — zamiast szyderstwa, pomagają w trudnej walce ze strachem i prawidłowo kształtują sylwetkę człowieka uspołecznionego.

---

[9] T. Kotarbiński, *Traktat o dobrej robocie*, Warszawa 1970.

Dlatego też w planowaniu np. ćwiczeń wojskowych, wspomagających walkę z lękiem, należy pamiętać o dwóch prawach Yerkesa — Dodsona, ustalonych w wyniku eksperymentów 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 napęcia 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 amerykańscy psychologowie i psychiatrzy: Korchin, Grinker i Persky, badając zależności między natężeniem lęku a sprawnością u skoczków spadochronowych. Badania ich w zasadzie potwierdziły hipotezę Yerkesa-Dodsona, aczkolwiek zwróciły również uwagę na szereg związanych z tym okoliczności, a mianowicie:

— okazuje się, że u ludzi występuje znaczne zróżnicowanie reakcji w zależności od typu osobowości;
— lęk u ludzi, o ile nie jest wywołany w dawkach nadmiernych powoduje z reguły spadek percepcji, przy nie zaburzonej sprawności intelektualnej i zachowaniu procesów pamięciowych;
— istnieje prosta zależność między poziomem lęku a sprawnością działania: im wyższy jest poziom lęku, tym niższa sprawność funkcji percepcyjnej i większe prawdopodobieństwo rezygnacji z wykonania zadania;
— 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 wypadku lęku przed niepowodzeniem;
— 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, że jest to efekt obniżenia mechanizmów kontrolnych).

Wnioski praktyczne wynikające z tych badań wskazują na konieczność stopniowania zadań szkoleniowych, połączonych z dużą komponentą lękową. Trzeba przyznać, że teoretycznie zasada ta jest akceptowana przez wszystkie programy i regulaminy, w życiu jednak dość często bywa lekceważona, co niektórych osobników może doprowadzić nawet do katastrofalnych skutków, aż do tzw. emocjonalnej śmierci włącznie.

Przy okazji badań wymienionych autorów — a także Słubickiej — wyszła na jaw bardzo interesująca sprawa jednostek, które nie tylko wykazują dużą tolerancję na strach, ale są nawet bardzo mało sprawne bez obciążeń lękowych. Są to osoby poszukujące ryzyka, trudności, kłopotliwych lub wręcz zagrażających sytuacji, ponieważ dopiero w ciągłej walce z lękiem osiągają pełny komfort życia. Ich przydatność społeczna jest duża, o ile są prawidłowo wykorzystywane. W przeciwnym wypadku zapadają w depresję bądź psychopatyzują się. Być może wojsko powinno nastawić się na specjalny trening tego typu ludzi.

Korzystny wpływ lęku może nawet w pewnych sytuacjach oddziaływać leczniczo. T. Bilikiewicz [10] oraz radzieccy psychiatrzy wojskowi opisują wypadki wyleczeń z długotrwałych, ciężkich nerwic w warunkach wojny i okupacji. Jarosz [11] 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 kierownicą przy pokonywaniu trudnej trasy; rutynowany aktor gra bez porównania lepiej przy zapełnionej widowni niż przy pustawej sali; doświadczony żołnierz jest o wiele sprawniejszy w niebezpiecznej sytuacji frontowej niż w czasie zwykłych ćwiczeń wojskowych. Napięcie i lęk mobilizują ich do uruchomienia maksymalnej sprawności.

Lęk w środowisku wojskowym ma jeszcze, poza aspektem szkoleniowym, ogromne znaczenie z punktu widzenia zdrowotnego.

---

[10] T. Bilikiewicz, *Psychiatria kliniczna*, Warszawa 1972.

[11] M. Jarosz, *Psychologia i psychopatologia życia codziennego*, Warszawa 1975.

Należy pamiętać, że wojsko stanowi względnie zamkniętą grupę ludzi, opierającą się na bardzo specyficznych zasadach współżycia. Zależności o typie podległości podwładny—przełożony nie ustają tu nawet poza służbą. Niemal każda wypowiedź przełożonego może być interpretowana jako rozkaz, a jakiekolwiek luzy w regulaminowym postępowaniu mogą prowadzić do obniżenia dyscypliny. Podwładny, któremu nie odpowiada osobowość przełożonego, nie może praktycznie „rzucić posady", przenieść się do innego miasta czy zakładu produkcyjnego. Nie może też krytykować wydawanych mu poleceń czy zachowywać się arogancko. Prowadzi to do niemożności odreagowania lęku w sytuacjach stwarzających zagrożenie społeczne. Bardziej niż w innych środowiskach może tu działać nerwicotwórczy horneyowski czynnik „hostility" — poczucia wrogości, bezpośrednio sprzężony z lękiem.

W warunkach wojskowych odreagowanie bezpośrednio lęku w formie ucieczki lub agresji jest praktycznie niemożliwe, a jego racjonalne przetworzenie z reguły bardzo utrudnione. Pozostaje jedynie mechanizm przetwarzania podświadomego, również bardzo niekorzystnego. Jeżeli bowiem żołnierz zareaguje histerycznie, zostaje ośmieszony. Jeżeli zaś „ucieknie" w nerwicę narządową lub zespół psychosomatyczny, stopniowo podkopuje swoje zdrowie fizyczne i po pewnym czasie stanie przed komisją lekarską jako niezdolny do służby wojskowej.

Stan zachorowań na nerwice, w tym i na choroby psychosomatyczne w wojsku, jak również dane uzyskane przez Szefostwo Służby Zdrowia, wskazujące, że wiek biologiczny 50-letniego oficera jest bardziej zaawansowany niż wiek przeciętnego obywatela stawiają określone zadania m. in. w dziedzinie gospodarowania kadrami w wojsku. Musimy uczyć się żyć inaczej, odnosić się z coraz większym szacunkiem do samych siebie, do swych kolegów, podwładnych i przełożonych. Stosunki między żołnierzami nie mogą opierać się na 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 sytuacyjnej 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 regulaminowym postępowaniu z podwładnymi, stosujmy na szerszą skalę rozładowujące rozmowy nieoficjalne, wykorzystujmy szerzej forum organizacji partyjnej do niwelowania napięć, kładźmy większy nacisk na mobilizację polityczną, dobierajmy lepiej ludzi na stanowiska. Jeżeli podwładny zawinił — ukarzmy go, ale bez dymnej zasłony lęku, a gdy odbędzie karę, nie trzymajmy go w obawie, że jego czyn nigdy nie zostanie zapomniany. Od lęku nie ma ucieczki, trzeba się jednak nauczyć bać — bać się pozytywnie i twórczo.

ZDZISŁAW RYDZYŃSKI

Rozdział XI

NERWICE

Pojęcie nerwicy w przekroju historycznym. — Postacie nerwic. Objawy. — Nerwice w wojsku. Przyczyny ich powstawania. — Uwagi na temat profilaktyki nerwic w wojsku i ich leczenie.

Pojęcie nerwicy w przekroju historycznym

Wydaje się, że nie będzie przesady, jeżeli nerwice nazwiemy chorobami, które w drugiej połowie XX w. stały się przedmiotem największego zainteresowania zarówno medycyny, jak i innych nauk. Na ich temat wypowiadają się poza lekarzami także psychologowie, socjologowie, a nawet cybernetycy i filozofowie. Doniesienia z całego świata podkreślają stały wzrost występowania zarówno schorzeń, które od dawna nosiły miano nerwic, jak i szeregu innych, do niedawna tradycyjnie traktowanych jako somatyczne, a których psychogenny charakter ustalono w miarę postępu wiedzy. Traktuje o tym osobny rozdział.

Podkreślić należy brak dokładnych statystyk, potwierdzających te ogólne spostrzeżenia. Składa się na to wiele przyczyn, a zwłaszcza następujące okoliczności:

1) większość chorych na nerwice nie trafia nigdy do szpitali, w związku z czym nie są oni dokładnie opisani, przebadani i zarejestrowani;
2) wielu chorych ambulatoryjnych stara się leczyć prywatnie,

co wypływa z natury ich choroby, którą cechuje: wyolbrzymianie objawów, lękliwość, przesadnie złe przekonanie o swym stanie, brak wiary w wiedzę lakarską, potrzeba sugestywnego traktowania itp. Z tych samych powodów duży odsetek pacjentów leczy się również u znachorów. Jak wiadomo zaś, tajemnice gabinetów prywatnych, a tym bardziej znachorskich, nie przedostają się do powszechnie dostępnych statystyk;

3) dużemu odsetkowi tych chorych stawia się rozpoznanie nie odpowiadające rzeczywistości, a jakiejś chorobie somatycznej.

Mimo tych zastrzeżeń przybliżone statystyki szwajcarskie, niemieckie i amerykańskie określają odsetek pacjentów, którzy zgłaszają się do lekarzy bez jakichkolwiek organicznych zmian, na 50—80%. W naszym kraju odsetek ten jest, być może, niższy, na pewno jednak dość wysoki, aby problem nerwic uznać za szczególnie godny zainteresowania. Nie tylko zresztą wielka częstość występowania nerwic powoduje, że uważa się je za poważny problem. Stwarzają one również szereg innych kłopotliwych problemów zarówno natury praktycznej, jak i teoretycznej. Przede wszystkim rzadko kiedy lekarz ogólnie praktykujący lub specjalista z dziedzin nie związanych z neurologią i psychiatrią, jest w stanie z całkowitą pewnością odrzucić somatyczne tło choroby, z którą zgłosił się do niego pacjent i postawić ze spokojnym sumieniem rozpoznanie nerwicy. Postawienie ostatecznego rozpoznania wymaga zazwyczaj konsultatywnego zbadania chorego przez kilku specjalistów, w tym z reguły przez neurologa i psychiatrę, a także często i psychologa. Oczywiście w warunkach pracy społecznej służby zdrowia jest to często (a na prowincji niemal zawsze) niemożliwe. Stąd nierzadko wytwarza się sytuacja polegająca na tym, że pacjentowi udaje się zasugerować lekarza i ten prowadzi go jako chorego somatycznie, bądź też lekceważy skargi chorego i traktuje go jako symulanta czy agrawanta. W związku z tym powstaje wiele szkód natury przede wszystkim moralnej, niepotrzebnych konfliktów między służbą zdrowia a chorymi; pacjent i jego rodzina przeżywają wiele niepokojów, a między pracodawcą i pracownikiem dochodzi często do niepotrzebnych zatargów.

Sytuacja staje się jeszcze drażliwsza, gdy zaczniemy rozważać problem rent chorobowych. Również lekarz wojskowy bywa częstokroć w kłopotliwej sytuacji, gdy ma ocenić zdolność do służby świetnie fizycznie zbudowanego i zdawałoby się — sprawnego pacjenta. Zagadnienie „symulacja czy nerwica" to także problem często nie do rozwiązania dla służby zdrowia.

Znaczenie nauki o nerwicach dla współczesnej medycyny jest więc bezsporne. Lekarze wszystkich specjalności powinni doskonale orientować się w etiologii, patogenezie, symptomatologii i terapii nerwic, bo przecież nieomal co drugi pacjent wykazuje objawy nerwicowe.

Sprawa byłaby prosta, gdyby nasza wiedza o nerwicach stanowiła zamkniętą całość ustalonych pojęć. Niestety, tak nie jest. Dział nerwic należy do najgorzej opracowanych w medycynie. Przede wszystkim brak jest powszechnie przyjętej i uzgodnionej definicji nerwic. O nerwicach mówi się i pisze całe tomy, jednakże całej tej krzątaninie brak zdrowych, jednoznacznych podstaw. Co się tyczy etiologii i patogenezy, jedyną rzeczą, na którą zgadza się większość autorów, to uraz psychiczny jako przyczyna wszystkich nerwic.

Mechanizm działania tego urazu jest jednak u ludzi tak niesłychanie złożony i tak bardzo trudny do poznania poprzez obserwację i eksperyment, że prace nad patogenezą nerwic, mimo fundamentalnych doświadczeń Pawłowa i ciekawych koncepcji szeregu innych badaczy, należy przyjąć jako dopiero wstępne i ramowe. Równie wiele trudności sprawia klasyfikacja nerwic. Istnieją dziesiątki podziałów. Prawie każdy autor, który zajmuje się tym tematem usiłuje przeforsować swoją klasyfikację. Stanowiska poszczególnych autorów w sprawie umiejscowienia nerwic wśród innych działów medycyny ogromnie się różnią w zależności od reprezentowanego kierunku patofizjologicznego. Dla psychosomatyków co najmniej 50% wszystkich chorób w ogóle to nerwice. Bumke natomiast w swoim podręczniku odrzuca w ogóle pojęcie nerwic jako samodzielnych jednostek chorobowych, włączając odpowiadające im obrazy kliniczne między psychopatie i psychozy reaktywne. Popow (ZSRR) posuwa się jeszcze dalej, negując w ogóle istnienie nerwic; uważa on, że termin ten

został stworzony sztucznie i obecnie jest właściwie nieużytecznym anachronizmem. Natomiast Kerbikow (ZSRR) i Rogers (Stany Zjednoczone) popierają utrzymanie terminu „psychonerwice", włączając w to pojęcie również psychopatie. Wielu autorów, głównie amerykańskich (jak się zdaje za Meyerem), a z europejskich Redlich, przyjmują z kolei, że nerwice to odczyn ustroju, a nie choroba. W pewnym sensie podobny pogląd przedstawiają zwolennicy teorii kryzysu lub teorii zbliżonych. Autorzy kwestionujący nozologiczny kierunek w tzw. chorobach czynnościowych, wyliczają w swych klasyfikacjach zazwyczaj ogromną liczbę różnego rodzaju „odczynów" gmatwając do reszty i tak skomplikowaną sytuację.

Istnieje wreszcie grupa klinicystów, którą nazwać można „somatykami". Przedstawiciele tej grupy — Monakow i Nissl, a z wcześniejszych Marinesco i — do pewnego stopnia Opalski — usiłują udowodnić „organiczne" podłoże nerwic, negując ich rzekomo czynnościowy charakter i podając własną terminologię „organiczną" dla dawnych „rzekomo czynnościowych" zespołów.

W Polsce powszechnie przyjęta jest klasyfikacja, która łączy empiryczne zdobycze wybitnych klinicystów XIX w. z eksperymentalną podbudową Pawłowa. Klasyfikacja ta opracowana w monografii Frąckowiaka i ustawiona odpowiednio wśród innych chorób psychicznych w podręczniku Bilikiewicza, zdaje się w zasadzie wystarczać do celów praktycznych. Jednak częstokroć klinicysta spotyka się w życiu z przypadkami, które z trudnością dają się dopasować do jakichkolwiek ram klasyfikacyjnych, mimo ich niewątpliwie nerwicowego obrazu. Indywidualizacja ta, objawiająca się oczywiście także w innych chorobach, nie tylko zresztą psychicznych, w nerwicach jest szczególnie ostro zaznaczona.

Zjawisko to jest jasne dla klinicysty, który rozpatruje nerwice jako produkt urazu psychicznego, działającego na dynamiczną strukturę psychiki, kształtującej się przez wiele lat pod wpływem wielu nie przewidzianych, skomplikowanych i często niepowtarzalnych sytuacji życiowych. Jeżeli przy tym uświadomimy sobie, że przecież osobnik „nerwicowy" z reguły pozostaje stale, mimo leczenia, w środowisku, które z godziny na godzinę

bądź to traumatyzuje go, bądź leczy, i że w obronie przed szkodliwym działaniem tego środowiska uruchamia on nieświadomie szereg mechanizmów, będących obronnymi stereotypami nabytymi często w odległym dzieciństwie i pozornie zupełnie niepojętymi w aktualnej sytuacji — wtedy zrozumiemy, że nikt nie jest w stanie przewidzieć wszystkich reakcji, które składają się na obraz nerwicy poszczególnych osobników. Dlatego dokładne sklasyfikowanie wszystkich postaci nerwic jest tak bardzo trudne i dlatego wśród klinicystów zajmujących się tym zagadnieniem tak często obserwuje się tendencje bądź to do rozdrabniania poszczególnych jednostek chorobowych w nie kończący się rząd zespołów objawowych, bądź to nawet do negowania pojęcia nerwicy w ogóle.

Istnieją jeszcze inne przeszkody, utrudniające stworzenie powszechnie przyjętej klasyfikacji oraz definicji nerwic. Wynikają one z pewnych tradycji myślenia, przekazywanych w różnych środowiskach lekarskich z pokolenia na pokolenie i zmuszających do myślenia inertnymi kategoriami, których ogromnie trudno się pozbyć. Aby zrozumieć motywację wielu badaczy, trzeba sięgnąć do historii. Pojęcie nerwic ma swoją barwną przeszłość. Kilkakrotnie zmieniało ono swoją treść, a także i formę. Współcześnie pojęć „nerwica" i „psychonerwica" używa się w zasadzie jako synonimów, przynajmniej w większości podręczników. Do niedawna jednak podtrzymywano bezprzedmiotowe dyskusje nad różnicami między nimi. Oprócz tego w użyciu są lub były inne synonimy, jak np. bardziej znane: parapatia (Stekel), thymopatia (Frank), hormopatia czynnościowa (Brun), merergastic reaction (Meyer) itp. Termin „nerwica" wprowadzony został w 1776 r. przez szkockiego lekarza Cullena. Rozumiał on przez ten termin choroby układu nerwowego „sine materia", czyli, jakbyśmy dzisiaj powiedzieli, czynnościowe. Użycie tego terminu było posunięciem bardzo korzystnym, ponieważ wiązało fonetycznie z układem nerwowym szereg zaburzeń psychicznych i neurologicznych, co do których ciągle istniał jeszcze spór, czy mają jakiś podkład w „organach ciała", czy też są następstwem szkodliwych wyziewów żółci, nasienia, śluzu lub krwi. Od dawna prymitywna nawet obserwacja wskazywała na powiązania przyczy-

nowe szeregu zespołów objawów chorobowych z urazem psychicznym i odczynem układu nerwowego. Jednakże brak zmian anatomicznych powstrzymywał lekarzy od ostatecznej lokalizacji tych zespołów w układzie nerwowym. Wprowadzenie pojęcia nerwicy jako choroby „czynnościowej" pozwalało na wyjście z impasu. Z biegiem czasu jednak termin „nerwica" zmieniał swój sens. Zaczęto obejmować nim coraz szerszy krąg chorób, tak że w początkach XIX w. staje się ona „workiem", w który wrzucano wszystkie choroby o nieznanej etiologii. Tak np. w końcu XVIII w. Sandras obejmuje mianem nerwicy następujące „jednostki chorobowe": wymioty, podwójne widzenie, głuchotę, drgawki, kurcze, histerię, rzucawkę, tężec, wściekliznę, śpiączkę, katalepsję, niektóre stany gorączkowe, pląsawicę i porażenie ogólne. W miarę rozwoju wiedzy, a zwłaszcza anatomii patologicznej, szereg wyliczonych zespołów chorobowych zyskiwało oczywiście właściwe dla siebie miejsce, jednakże tendencja umieszczania pod hasłem „nerwica" wszystkiego co niejasne utrzymywała się nadal.

We Francji Brochin jeszcze w 1878 r. zaliczał do nerwic parkinsonizm, a Grasset — chorobę Basedowa, która nawet w niektórych podręcznikach z lat dwudziestych naszego stulecia nosiła nazwę „nerwicy tyreotoksycznej". W 1874 r. znany neurolog Erb wystąpił z koncepcją, że tylko niektóre nerwice uzależnione są od zaburzeń czynnościowych ośrodkowego układu nerwowego i wyliczał pokaźną liczbę nerwic poszczególnych nerwów obwodowych. Prawdopodobnie od niego wywodzą się późniejsze tendencje do wyróżniania i opisywania nerwic poszczególnych układów, izolowanych nerwów, a następnie narządów, np.: nerwice nerwu przeponowego, nerwice nerwu błędnego, sympatikoza, nerwica żołądka itp.

Przyczyną umieszczania w grupie nerwic wszystkiego, co niejasne były zapewne zastrzeżenia, które budziła w tym czasie koncepcja ich czynnościowości. W końcu XVIII i początku XIX w. w epoce rozkwitu anatomii patologicznej nie wierzono po prostu, aby mogły istnieć choroby, w których prędzej czy później nie można by wykryć zmian anatomopatologicznych. „Czynnościowy" w tym czasie oznaczało mniej więcej to, co rozumiejąc *per*

analogiam w naszych czasach znaczy samoistny, tzn. określający coś o nieuchwytnej etiologii, patogenezie i niejasnym mechanizmie rozwoju. Począwszy od początków XIX w. obserwujemy silną działalność zwolenników koncepcji organicznego podłoża nerwic. W 1834 r. Griffin lokalizował poszczególne objawy „nerwowości" w różnych częściach rdzenia kręgowego. W późniejszym okresie gorącymi zwolennikami „somatyczności" nerwic byli: przede wszystkim Monakow, który twierdził, że skargi podmiotowe znajdą dla siebie zawsze uzasadnienie w objawach cielesnych, trzeba tylko dobrze szukać, i Nissl, który był zdania, że nerwice mają swoje podłoże anatomopatologiczne (chociaż przy współczesnych metodach pracy nie jest ono zawsze możliwe do wykrycia) i że podłoża tego trzeba szukać, a nie głowić się nad psychologicznym ujęciem nerwic (1902). Marinesco w licznych pracach starał się wykazać i udowodnić organiczne podłoże histerii.

Kierunek somatyczny uzyskał nowych zwolenników w XX w. w okresie nasilenia badań nad układem wegetatywnym i endocrinum z jednej strony a czynnościami psychicznymi, zwłaszcza emocjonalnymi, z drugiej strony. W tym czasie powstały nazwy nerwic całkowicie zależnych od układu wegetatywnego, jak: angioneurozy, angiotrofoneurozy, różne nerwice narządów wewnętrznych i w końcu pojęcie nerwicy wegetatywnej. W ujęciu autorów z początku XIX w. zwolenników kierunku somatycznego — ustalenie określonego morfologicznie punktu zaczepienia dla obrazów klinicznych, które silny podówczas prąd psychologiczny określał jako ściśle psychogenne, bez podłoża anatomicznego, było dowodem organiczności, somatyczności tych schorzeń. W dzisiejszych czasach, kiedy granice między „czynnościowym" a „organicznym" właściwie się zatarły, tego rodzaju dyskusja wydaje się nieporozumieniem. Dzisiaj wiemy, że „czynnościowe" to wcale nie znaczy oderwane od komórek nerwowych i że choć nie podlega badaniu anatomopatologicznemu poddaje się innym metodom badania. Ustalenie pojęcia czynnościowości w sensie zbliżonym do tego, jaki uznaje się dzisiaj za naukowy, zawdzięczamy publikacjom kilku badaczy końca XIX w., a zwłaszcza Sjeczenowi, Pawłowowi i jego uczniom, Hochemu w

Niemczech, Huchardowi we Francji, Beardowi w Stanach Zjednoczonych, a wcześniej jeszcze pracom Charcota nad histerią (które zainteresowały cały ówczesny świat nerwicą i stały się bodźcem do wywołania lawiny prac teoretycznych i klinicznych). Punktem zwrotnym w Niemczech miała być dyskusja nad referatem Hoche'a *Epilepsja i histeria*, która przełamała pogląd anatomopatologiczny i przekonała niemieckich lekarzy, że obok chorób „organicznych" istnieją także „czynnościowe" jako coś równorzędnego. We Francji Huchard pierwszy skrytykował ostro pogląd, że jedyną cechą, na której podstawie zalicza się chorobę do grupy nerwic, jest brak podstaw anatomicznych, wyjaśniających jej objawy kliniczne. W ten sposób grupa ta staje się przypadkowym zbiorem chorób, mających jedynie tę wspólną cechę, że ich istota pozostaje nie wyjaśniona. Huchard zaproponował, aby do grupy nerwic zaliczyć schorzenia, w których nie tylko brak podłoża anatomicznego, ale poza tym stwierdza się współistnienie zaburzeń cielesnych i psychicznych. Według jego klasyfikacji do nerwic zaliczyć należy: histerię, hipochondrię i stany przygnębienia. Prace Briqueta o znaczeniu czynników psychopodobnych w nerwicach i Bernheima nad sugestywnością pozwalają Charcotowi i Babińskiemu opracować dokładnie klinikę histerii i ostatecznie przekonać świat lekarski o znaczeniu czynników psychogennych i istnieniu „czynnościowych" zaburzeń psychicznych. Przełom dwóch stuleci przynosi ze sobą, obok ogromnego zainteresowania zagadnieniem psychonerwic, ich pierwsze dokładne, kliniczne opisy.

W 1877 r. ukazuje się praca Charcota *Leçon sur les maladies du systeme nerveux*. W 1880 r. Beard opisuje neurastenię pod angielską nazwą *nervous exhaustion*, w 1898 r. Janet pisze pracę o nerwicy natręctw i wkrótce potem o psychastenii. W 1904 r. Dubois wprowadza termin „psychonerwice" i w swej zasadniczej pracy *Die Psychoneurosen und ihre psychische Behandlung* dobitnie określa udział bodźców psychicznych w patogenezie nerwic. W jego ujęciu zaburzenia czynnościowe w nerwicach uzyskują ostatecznie nie tylko ocenę ujemną (w sensie braku zmian anatomicznych), lecz także i ocenę dodatnią w sensie przyjęcia urazu psychicznego jako przyczyny zachorowania. Następne eta-

py w historii rozwoju nauki o nerwicach to freudyzm i pokrewny mu adleryzm, pozytywna opinia Kraepelina i doświadczenia Pawłowa.

Postacie nerwic. Objawy

Wszystkie współcześnie interesujące się nerwicami kierunki patofizjologiczne, a wśród nich dominujące — pawłowizm, neojacksonizm, psychobiologia, neofreudyści z różnych szkół, teoria kryzysu — niezależnie od zasadniczych różnic w poglądach w jednym punkcie zgadzają się z sobą. Kierunki te wskazują na społeczne źródło urazu psychicznego, na wagę stosunków międzyludzkich w powstawaniu, a także i leczeniu nerwic. Nerwice stają się chorobą społeczną w szerokim tego słowa znaczeniu. Konflikty socjalne, gwałtowne tempo życia łączą się z ich nasileniem, a atmosfera spokojnego współżycia i swobodne, pozbawione lęku związki międzyludzkie zapobiegają im.

O ile mi wiadomo, nikomu nie udało się dotychczas podać zwięzłej i wszechobejmującej definicji nerwicy, warto zatem zatrzymać się chwilę nad ustaleniem pewnych cech, które łączą wszystkie współczesne poglądy na istotę nerwic. Dzięki temu — miejmy nadzieję — przedmiot naszych rozważań tak przecież interesujący ogół lekarski i tak w gruncie rzeczy przez wszystkich jasno odczuwany, przybierze formę możliwie najbardziej sprecyzowanego obiektu, nad którym można rzeczowo dyskutować.

Jak już wspomniałem, sformułowanie w tej chwili definicji nerwicy, która by zadowalała wszystkich, wydaje się niemożliwe. Natomiast możliwe i, jak się zdaje, bardzo potrzebne jest jak najszersze określenie tego, co współcześnie rozumie się przez pojęcie nerwicy. Otóż nie ulega kwestii, że istnieje szereg swoistych cech, charakteryzujących nerwicę jako pojęcie, bez względu na jej postać. Wykrycie tych cech w czasie badania pacjenta pozwala nam postawić rozpoznanie i należycie różnicować nerwice z innymi chorobami.

Do swoistych cech nerwic zaliczamy:

1) urazy psychiczne jako czynnik wywołujący,
2) brak objawów uszkodzenia organicznego ośrodkowego układu nerwowego,
3) zaburzenia psychiczne o charakterze zmian ilościowych, a nie jakościowych,
4) struktura osobowości nie uszkodzona,
5) zaburzenia dotyczące życia emocjonalnego (lęk, depresja, dysforia). Zaburzenia te zdają się być pierwotnymi objawami, na których kanwie rozwijają się następnie inne,
6) zachowane, a nawet wyolbrzymione poczucie choroby,
7) zmiany psychiczne, a także cielesne, w zasadzie odwracalne, zejście bez defektu,
8) przebieg przewlekły, tendencje do nawrotów,
9) obraz kliniczny przeważnie odpowiadający któremuś ze znanych zespołów nerwicowych, a zwłaszcza:
   — neurastenii,
   — histerii,
   — psychastenii,
   — nerwicy z natręctwami,
   — nerwicy ze skargami hipochondrycznymi,

lub przyjmują inną postać.

O rozpoznaniu nerwicy decyduje stwierdzenie wszystkich wymienionych cech występujących w zespole. Poszczególne punkty pozwalają odrzucić przy różnicowaniu inne choroby lub zespoły, często bardzo zbliżone do nerwic obrazem lub etiologią.

Dla lekarza ogólnie praktykującego, a także dla ogółu pacjentów, wyrażenie „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 określaniu pojęć zdrowia i choroby ze społecznego punktu widzenia nie można uznać za istotne choroby psychiczne (Bumke, Gurewicz).

Z tym praktycznym ujęciem pojęcia nerwicy musimy się liczyć, chociaż dobrze wiemy, że jest ono dalekie od ścisłości. Granica między stanem, który określamy jako nerwicowy, a stanem, który jest już „psychotyczny", nie da się ściśle wyty-

czyć — jest ona bardzo płynna. Poza tym, w daleko posuniętej nerwicy kontakt społeczny może być zaburzony nie mniej niż w psychozie. Wydaje się więc, że przy obecnym stanie wiedzy jedynym rozwiązaniem skomplikowanego problemu diagnozowania przypadków nerwicowych jest posługiwanie się raczej szerokim pojęciem niż wąskim rozpoznaniem. Jeżeli u chorego stwierdzimy wszystkie wymienione swoiste cechy, powinniśmy rozpoznać ogólnie — „nerwica", dołączając do tego w formie wyjaśnienia krótki kliniczny opis zasadniczych objawów, np. „nerwica o obrazie neurastenii", lub „nerwica pod postacią stanu lękowo-dypresyjnego" itp. Tego rodzaju postępowanie z jednej strony określa wystarczająco ściśle schorzenie, z którym mamy do czynienia, a z drugiej chroni nas przed angażowaniem się w zawiłości nomenklaturowe, które często prowadzą do nie dających się uniknąć nieporozumień.

Dokładne opisy obrazu klinicznego poszczególnych nerwic zawierają podręczniki psychiatrii. W niniejszym opracowaniu podaję tylko zestaw najbardziej charakterystycznych objawów.

Zgodnie z tradycyjnymi poglądami, n e u r a s t e n i a jest nerwicą spowodowaną wyczerpaniem komórek kory mózgowej. Przyczyną tego jest nadmierne, długotrwałe przemęczenie psychiczne i fizyczne, do którego dołączają się drobne, ale przykre i ciągle powtarzające się urazy psychiczne. Jest to choroba dyrektorów, oficerów, księgowych itp. — ludzi zajmujących odpowiedzialne stanowiska, wymagające ciągłego napięcia nerwowego i rzadko kiedy dające uczucie zadowolenia z własnej pracy. Dla 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 upośledzają w sposób widoczny jego funkcję. Ważnymi czynnikami usposabiającymi do wywołania neurastenii są schorzenia ogólnie osłabiające organizm, jak: infekcje, anemizacja, zatrucia różnego rodzaju (np.

zawodowe), które podkopują siły ustroju i przez to obniżają także wydolność układu nerwowego.

O b j a w y. W okresie początkowym chorzy skarżą się przede wszystkim na brak opanowania, wybuchowość, płaczliwość, rozdrażnienie i osłabienie potencji. Do tego dołączają się liczne zaburzenia wegetatywne: „bicie" serca i ból w okolicy serca, bóle głowy, zaburzenia jelitowe, skłonność do rumienienia się i blednięcia. Neurastenik mimo zaznaczonego wyraźnie obrazu chorobowego może wydajnie pracować, co pozostaje w sprzeczności z nieustannymi jego skargami pod adresem swego zdrowia.

W odróżnieniu od innej nerwicy — histerii — neurastenicy zwierzają się na temat swoich dolegliwości jedynie osobom zaufanym, a przed szerszym otoczeniem ukrywają wstydliwie swe kłopoty. Objawy tej fazy neurastenii dość łatwo, bez przeszkód i następstw ustępują pod wpływem odpoczynku — po urlopie, po zmianie stanowiska pracy, po ustąpieniu emocjonalnych obciążeń itp. Przy kontynuacji jednak przewlekłego stresu psychologicznego pojawia się druga faza neurastenii, charakteryzująca się uczuciem głębokiego wyczerpania, apatii i rezygnacji, a często połączona z głębokim przygnębieniem, 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. W zaawansowanej neurastenii dochodzi do spadku aktywności życiowej, a zwłaszcza aktywności twórczej.

H i s t e r i a 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 ona bardzo modna i przyjęła się w szerokich kręgach społeczeństwa jako pojęcie w pewnym stopniu zwulgaryzowane. W rzeczywistości histeria jest nerwicą raczej rzadko spotykaną — i jak się zdaje — występuje głównie u osób predestynowanych do tego pewnymi rysami osobowości. Zwrócił na to uwagę Pawłow mówiąc, że histeria pojawia się przede wszystkim u typów słabych, z przewagą pierwszego układu sygnałów nad drugim, tzw. artystów. Obrazowo nazwał on histeryków „patologicznymi artystami".

O b j a w y. 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 przykrej rzeczywistości. Objawy te mają piętno nienaturalnej teatralności: chory wyraźnie „gra" swoją chorobę przed otoczeniem. Z tego powodu histerycy są posądzani 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 leczenie.

Objawy histerii są najróżnorodniejsze i mogą imitować cierpienia cielesne i psychiczne. Z tego względu nazywa się nerwicę „wielką naśladowczynią". Ogólnymi cechami histerii 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 audytorium, zanikają zaś, gdy pacjent jest sam. Histeryk jakby stara się wzbudzić współczucie dla swej choroby, udowodnić wszystkim, jak śmiertelnie jest chory;
2) drażliwość i uleganie sugestii, tzn. podatność na słowo mówione;
3) brak wytrwałości, niechęć do rozumowego pokonywania trudności życiowych. Nie potrafiąc znaleźć wyjścia z trudnej sytuacji reaguje płaczem, krzykiem lub porażeniami histerycznymi.

Spośród najczęściej spotykanych objawów histerii wymienić należy:

— napady drgawkowe — przypominające duże napady drgawkowe w padaczce;
— różnego rodzaju porażenia, będące następstwem lokalnych ognisk zahamowania w korze mózgowej — porażenie rąk, nóg, zaniemówienie lub ogłuchnięcie histeryczne, znieczulenie np. połaci skóry pod skarpetką, rękawiczką itp.;

— napady krzyku, śmiechu, czkawki, podniecenia ruchowego itp.;
— „psychozy histeryczne" — noszące cechy snu hipnotycznego.

Pacjent przeżywa w nich różne sceny, które są albo wspomnieniem przebytych stanów, albo sugerowane są, mimo woli, przez otoczenie, albo też — najczęściej — są pewną autosugestią, dzięki której chory realizuje w świecie fantazji to, czego nie może zrealizować w świecie rzeczywistym, np. żeni się z ukochaną itp.

W przebiegu histerii zdarzają się również stany automatyczne, podobne do padaczkowych, lunatyzm itp. Zaburzenia psychotyczne w histerii przebiegają przy pełnym lub częściowym zaniku świadomości. Ważną wskazówką rozpoznawczą histerii stanowi wyraźna łączność przyczynowa poszczególnych objawów z powodującymi je przeżyciami. Na przykład chory obawia się wymyślań — głuchnie, boi się, że wybuchnie i powie coś niewłaściwego — traci mowę, odczuwa lęk przed udaniem się na front — traci władzę w nogach.

Bezpośrednia łączność przyczynowa nie zawsze jest tak łatwa do ustalenia. Niekiedy można stwierdzić, że bodziec wywołujący histerię działał w odległym czasie, nieraz we wczesnym dzieciństwie i do tej pory był tłumiony przez różne mechanizmy obronne.

Okresowe osłabienie układu nerwowego bądź niekorzystny układ sytuacji, sprzyjającej odnowieniu urojonego urazu, sprzyja wybuchowi histerii, przy czym postępująca z biegiem czasu symbolizacja bodźca przyczynowego utrudnia jego rozpoznanie, w związku z tym utrudnia uruchomienie właściwego postępowania leczniczego.

Bardzo rzadko spotykaną nerwicą jest p s y c h a s t e n i a. Na ogół występuje ona u członków tej samej rodziny. Przyczyną jej są te same czynniki, które wywołują neurastenię. Psychastenników charakteryzuje wzmożona skłonność do bezpłodnego mędrkowania, jałowych rozważań, nie kończącego się analizowania poczynań własnych i cudzych.

Psychastenik postawiony przez życie wobec konieczności wy-

konania jakiegoś czynu godzinami zastanawia się, wyszukuje wszystkie możliwe trudności i w końcu — załamany — zamierzonej czynności nie wykonuje. Rozumie on przy tym błędność swego postępowania, co jednak nie przyczynia się do wzmożenia aktywności, a raczej jeszcze bardziej osłabia jego wolę.

Psychastenii w pełni rozwiniętej towarzyszą natręctwa i lęki, a niekiedy, jak gdyby kompensacyjnie, mitomania. Postępowanie psychastenika nacechowane jest uczuciem lękliwej niepewności, braku zaufania we własne siły.

Nerwica natręctw traktowana jest przez niektórych autorów 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. krawcową zadręcza myśl, że połknęła szpilkę, lekarza prześladuje myśl, że zapisał zbyt wysoką dawkę leku na recepcie). Często spotykanym natręctwem jest niepewność (np. czy zakręciło się kurek od gazu).

Mimo że cierpiący na nerwicę natręctw wiedzą o bezsensowności myśli, która ich prześladuje, nie są w stanie opanować się i przerwać bezpłodnych czynności z nią związanych, np. ciągłego przykręcania kurka od gazu, poszukiwania po aptekach napisanej przez siebie recepty i sprawdzania czy dawka leku na pewno nie jest za duża, ciągłego prześwietlania siebie i rodziny w „pościgu" za rzekomo „wędrującą" szpilką itp.

Nerwica ze skargami hipochondrycznymi jest bardzo rozpowszechniona, przy czym większość dotkniętych nią pacjentów leczy się u internistów. Chorzy skarżą się na bóle i zaburzenia czynności narządu jednego (np. serca) lub wielu, przy czym badanie lekarskie i obiektywne badania laboratoryjne nie potwierdzają choroby. Niewłaściwe leczenie nerwicy może doprowadzić do utraty przez pacjenta zdolności do pracy, ponieważ z jednej strony uwaga jego jest bez przerwy skupiona na analizowaniu zdrowia, a z drugiej strony ciągle powtarzające się subiektywnie odczuwane dolegliwości wywołują stan lęku o życie, uczucie napięcia, osłabienie i bardzo złe samopoczucie.

Nerwice w wojsku. Przyczyny ich powstawania

Podobnie jak w każdym środowisku społecznym tak i w wojsku spotykamy się z występowaniem nerwic, przy czym zjawisko to w środowisku wojskowym wykazuje specyfikę. Inaczej układa się problematyka nerwicowa w grupie żołnierzy zawodowych, a inaczej wśród żołnierzy służby zasadniczej; inaczej w czasie pokoju, inaczej w czasie działań wojennych.

W świetle wypowiedzi zgłaszających się do lekarzy specjalistów oficerów i podoficerów zawodowych oraz danych uzyskanych z obiektywnych wywiadów, najczęstszą przyczyną występującej u nich nerwicy jest przepracowanie. Jednakże określenie „przepracowanie", mimo pozornej jednoznaczności, w głębszej analizie okazuje się terminem bardzo niejasnym, a nawet daleko odbiegającym od jego potocznego rozumienia.

Wielu spośród badanych oficerów i podoficerów stwierdza, że nawet długotrwała i bardzo odpowiedzialna praca nie działa na nich nerwicotwórczo, o ile efekty tej pracy przynoszą im zadowolenie. Podkreślają oni, że przez wiele lat czuli się szczęśliwi i ustabilizowani emocjonalnie oraz w pełni sprawni, mimo iż wykonywali obowiązki zdawałoby się ponad ich siły. Zmęczenie, jeżeli nawet występowało, mijało szybko pod wpływem kilkugodzinnej lub kilkudniowej regeneracji.

Praca zaczęła im ciążyć, a następnie wyczerpywać zwykle od momentu, kiedy tracili do niej przekonanie lub doszli do wniosku, że są niedoceniani, a ich wysiłki niedostrzegane lub nawet niekiedy obracają się przeciwko nim samym. Zwykle w wywiadzie można było spostrzec jakiś moment, wydarzenie lub zbieg okoliczności, które w określony sposób inicjowały przekonanie, że ich zdaniem jest się niepotrzebnym, niepożądanym lub używanym do niewłaściwych zadań. Takim czynnikiem spustowym nerwicy były m. in. błędy psychologiczne popełnione przez niektórych przełożonych oraz przypadki wadliwej organizacji pracy.

Ważnym czynnikiem zapobiegającym powstawaniu nerwic jest racjonalnie stosowany wypoczynek. Dlatego m. in. trzeba zdecydowanie przeciwdziałać wypadkom nieprzemyślanego i nieuzasadnionego przetrzymywania żołnierzy zawodowych w miejs-

cu pracy do późnych godzin wieczornych, zbyt łatwego odwoływania z urlopów i przesuwanie ich na mało atrakcyjne miesiące itp.

Ważną rzeczą jest też sprawna organizacja pracy i służby oraz — co szczególnie chcę podkreślić — dbałość o właściwie układające się stosunki międzyludzkie, a także — co wynika z poprzedniego — obiektywna ocena działalności służbowej i pozasłużbowej każdego człowieka. Istotne znaczenie ma również pomoc w rozwiązywaniu konfliktów rodzinnych. Wszystko to w ogromnym stopniu zależy od aparatu politycznego, organizacji partyjnych i — przede wszystkim — od rozsądnego, wyważonego, a jednocześnie stanowczego postępowania dowódcy.

W analizie przyczyn, dynamiki przebiegu oraz obrazu klinicznego nerwic nie sposób pominąć osobowości żołnierzy, którzy zapadli na nerwicę. Cechy osobowości rzutują bardzo istotnie nie tylko na odporność bądź podatność na uraz psychiczny, ale i na treść, siłę i czas trwania objawów nerwicy. Ogólnie biorąc najpodatniejsi na reagowanie nerwicą przy wystąpieniu trudności życiowych są osobnicy z mikrouszkodzeniami mózgu oraz osłabieni chorobą somatyczną, np. przewlekłą infekcją, chorobami różnych narządów itp. Również osobnicy psychopatyczni częściej chorują na nerwice głównie z racji dużej konfliktowości.

Zachorowalność na nerwice u żołnierzy służby zasadniczej przedstawia się oczywiście zupełnie inaczej niż u żołnierzy zawodowych. Uwarunkowane jest to wieloma czynnikami, przede wszystkim sytuacją służbową (duży stopień podległości), skoszarowaniem, stałą rozłąką z rodziną, zakłóconym rozwojem życia seksualnego, młodym wiekiem, innym statusem wykształcenia itd., itd. Każdy z tych czynników zawiera w sobie zarówno komponentę nerwicotwórczą, jak i ochraniającą przed nerwicą. Prawdopodobnie dlatego w patogenezie nerwic żołnierzy służby zasadniczej najważniejszą rolę zdaje się odgrywać przede wszystkim niska odporność na stres. Znajduje to swoje odbicie w fakcie, że mniej więcej 70% żołnierzy służby zasadniczej, u których w wojsku rozpoznaje się nerwicę, chorowało na nią jeszcze przed wcieleniem, bądź też wykazywało wyraźne zaburzenia

osobowości zarówno typu encefalopatycznego, jak i socjopatycznego.

Jak wynika z dokładnie zebranych wywiadów, w aktywności życiowej cechowała ich, przed wcieleniem do wojska, mała samodzielność w pokonywaniu trudności i mała odporność na urazy psychiczne. Większość z nich reagowała na trudności życiowe histerycznie, lękowo lub depresyjnie. Wielu dokonywało prób samobójczych lub prymitywnych agresji, wykazywało dużą konfliktowość w szkole i pracy oraz wysoki wskaźnik wykroczeń przeciwko prawu.

U pewnej części żołnierzy nerwica pojawia się dopiero w trakcie odbywania służby, głównie między 3 a 12 miesiącem jej trwania. Stosunkowo największa częstotliwość przebywania na leczeniu we wskazanym okresie uwarunkowana jest tym, że jest on również najbardziej typowy dla krystalizowania się pełnej adaptacji do służby wojskowej.

Uprzednia zachorowalność oraz takie czynniki jak: choroby w rodzinie, ciąża dziewczyny, zazdrość, odepchnięcie przez ukochaną dziewczynę, trudności życiowe rodziców etc., stanowią zwykle sprzyjające podłoże do reagowania nerwicą. Przyspieszyć ją mogą również trudności — obiektywne i subiektywne — związane z pełnieniem niełatwej przecież służby wojskowej.

Wszystkie te zjawiska stanowią specyficzne obciążenie psychiczne o jednorodnym charakterze, które staje się istotnym tłem nerwicorodnym, zwłaszcza dla żołnierzy, którzy przybyli pełnić służbę wojskową z różnymi drobnymi defektami psychicznymi, ujawnionymi jeszcze przed powołaniem do wojska. Mamy w tym wypadku do czynienia z przykładem sytuacji konfliktowej, która wynika z dysproporcji między zaniżonym poziomem sprawności funkcjonowania osobowości a potrzebną wysoką sprawnością psychiczną w związku ze specyfiką i złożonym procesem wykonywania obowiązków służbowych. Daje to wypadkową w postaci trudności adaptacyjnych, które stają się czynnikiem nerwicorodnym.

Niezależnie od wymienionych typowych zespołów nerwicowych u żołnierzy służby zasadniczej objawy nerwicowe manifestują się często swoistym zachowaniem, które sygnalizuje niejako uru-

chomienie przez żołnierza nerwicowych mechanizmów obronnych, mających go wyrwać z kręgu niedostosowania społecznego. Są to:

— samowolne oddalenie,
— samookaleczenie lub manifestacyjny akt samobójczy,
— nasilająca się konfliktowość z otoczeniem,
— niereagowanie na polecenia przełożonych.

Te dezadaptacyjne formy zachowania mogą mieć, oczywiście, inne przyczyny, nierzadko jednak ich tłem bywają nerwice.

W czasie wojny zarówno przyczyny nerwic, jak i ich obraz kliniczny kształtują się odmiennie. W konfrontacji z wielkimi obciążeniami psychicznymi charakterystycznymi dla pola walki, kruszą się najsilniejsze mechanizmy obronne, aczkolwiek i tu liczy się bardzo odporność psychiczna, wiek, sprawność somatyczna, a zwłaszcza doświadczenie bojowe. Wielkie znaczenie ochronne przed zachorowaniem ma także czynnik wysokiego zaangażowania ideowego i przekonanie o słuszności sprawy, o którą się walczy.

Faktem jest jednak, że groza współczesnej wojny, ogromny wysiłek emocjonalny, na który narażony jest żołnierz, perspektywa wprowadzenia nowych zaskakujących broni, wymóg precyzyjnego opanowania skomplikowanego sprzętu, olbrzymia odpowiedzialność, szybkie tempo działań, brak należytego wypoczynku — to czynniki działające nerwicotwórczo bez względu nawet na dużą motywację i odporność psychiczną.

Teza ta znajduje potwierdzenie zarówno w obrazie klinicznym chorób psychicznych, występujących na polu walki, jak i w rezultatach przedsięwzięć organizacyjnych, podejmowanych przez niektóre armie.

Dane z okresu I i II wojny światowej oraz wojny koreańskiej czy wietnamskiej wskazują, że najpowszechniejszym zespołem psychopatologicznym spotykanym w okresie wojny jest tzw. zespół wyczerpania walką, który w swej początkowej fazie przypomina neurastenię, w zaawansowanych zaś wypadkach zawiera wiele elementów psychotycznych.

W wymienionych wojnach zespół wyczerpania walką stanowił około 70% wszystkich rozpoznań chorobowych na polu walki. Nie

wdając się w szczegóły opisu klinicznego podać jednak wypada, że w pierwszej fazie choroby, kiedy żołnierz jest jeszcze w stanie spełnić zadania bojowe, na pierwszy plan wysuwają się objawy ogólnego napięcia, wyczerpania psychicznego i fizycznego, zaburzenia snu oraz bóle głowy. W drugiej fazie zdolność bojowa spada tak znacznie, że żołnierz może utrzymać się w pododdziale tylko dzięki stałej opiece kolegów — staje się apatyczny, przestaje otwierać listy otrzymane z domu, nie usiłuje kryć się przed ogniem nieprzyjaciela, wykazuje dezorientację, wypowiedzi jego przestają być sensowne, męczy go biegunka, bóle głowy, bicie serca, częste oddawanie moczu. W ostatniej III fazie — kontakt z rzeczywistością jest całkowicie zerwany, częstokroć obserwuje się wychodzenie z własnych pozycji pod obstrzał nieprzyjaciela, zachowanie i wypowiedzi są zupełnie niedorzeczne, świadomość zaburzona. Żołnierz taki bywa często niebezpieczny dla swoich kolegów, gdyż używa broni w sposób zupełnie nieadekwatny do sytuacji. Opisy innych nerwic wojennych podane są w podręcznikach psychiatrii wojskowej.

*

* *

Współcześni dowódcy wojskowi muszą liczyć się z faktem, że każdy żołnierz przebywający 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.

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 termin działania pododdziału na froncie wynosił dla kompanii algiersko-włoskiej około 100 dni, dla kompanii normandzkiej około 60, a dla frontu koreańskiego około 40 dni.
2. Poinstruowano lekarzy jednostek o kryteriach rozpoznawań wstępnych postaci nerwic wojennych celem wczesnego przesłania ich do leczenia.

3. Rozbudowano sieć pomocy psychiatrycznej, podciągając ją możliwie najbliżej frontu.
4. Wzmożono selekcję poborowych pod kątem oceny zdrowia psychicznego, ponieważ doświadczenia wykazały, że wszelkie anomalie osobowości bądź choroby przebyte przed wcieleniem do wojska wpływają negatywnie w istotny sposób na zachorowalność w warunkach bojowych.

O tym, że powyższe zabiegi okazały się skuteczne, świadczy fakt, iż w czasie II wojny światowej i wojny koreańskiej psychiatrzy wojskowi oddawali po leczeniu ponownie na front 80% swych pacjentów.

Uwagi na temat profilaktyki nerwic w wojsku i ich leczenie

Profilaktyka nerwic opiera się na kilku podstawowych zasadach, które są tak oczywiste, jak i trudne do zrealizowania:

1) prawidłowy dobór ludzi na stanowiska, które mają objąć;
2) kulturalne współżycie między żołnierzami, a przede wszystkim między przełożonymi a podwładnymi;
3) przestrzeganie regulaminów, praw i zasad etycznych obowiązujących w wojsku;
4) utrzymywanie wysokiej motywacji do pełnienia służby wojskowej, bez względu na trud, jaki ona niesie ze sobą,
5) dążenie do utrzymania dobrego stanu zdrowia w ogóle oraz ciągłej dbałości o ogólną wysoką sprawność organizmu.

Wojsko należy do wyjątkowych organizacji, które w praktyce mogą sobie pozwolić na stworzenie warunków pełnej realizacji w swym środowisku wszystkich postulowanych zasad profilaktycznych. Jest to — moim zdaniem — zadanie przede wszystkim dla aparatu dowódczego i politycznego, organizacji partyjnych i młodzieżowych. Konsultacyjnie mogą się w tej sprawie wypowiadać psychologowie oraz, w niektórych wypadkach, psychiatrzy.

W zintegrowanym pionie psychologiczno-psychiatrycznym profilaktyką nerwic mają się przede wszystkim zajmować garnizonowe poradnie higieny psychicznej oraz pośrednio rejonowe pracownie psychiatryczne lub poradnie zdrowia psychicznego.

Ponieważ problem profilaktyki nerwic został szeroko i wszechstronnie omówiony w licznych rozdziałach tej książki — nie będę go szerzej omawiał.

Leczenie nerwic opiera się z kolei na zasadach:

1) stosowania adekwatnych do rodzaju zaburzeń metod psychoterapii;
2) wspomagania psychoterapii we wstępnej fazie leczenia objawowymi środkami farmakologicznymi, np. lekami: znoszącymi napięcie i lęk, poprawiającymi samopoczucie, stabilizującymi układ wegetatywny, ogólnie wzmacniającymi, rzadziej nasennymi itp.;
3) poprawiania sytuacji środowiskowej pacjenta przez: pomoc w rozwiązywaniu sytuacji rodzinnych oraz wnioskowanie o zmianie środowiska lub miejsca pracy w jednostce, a także innych interwencjach o przełożonych itp.

Istnieje niepisana, powszechnie znana, akceptowana, w wielu wypadkach stosowana, reguła ambulatoryjnego leczenia nerwic. Leczenie szpitalne przez wielu fachowców uważane jest za ostateczność. Podobnie leczenie farmakologiczne zaburzeń typu nerwicowego zdaniem większości autorów może być traktowane jedynie jako wstęp do psychoterapii lub jako czynność wspomagająca. Zazwyczaj stosuje się krótkotrwałe, choć intensywne leczenie objawowe na wstępie kuracji, mające na celu stłumienie symptomów najbardziej niepokojących pacjenta i stworzenie odpowiednio korzystnej atmosfery do wkroczenia z psychoterapią.

Przewlekłe stosowanie leków psychotropowych u chorych na nerwice grozi uzależnieniem się przez nich od tych leków, z całymi przykrymi następstwami tego faktu.

KAZIMIERZ MIGDAŁ

Rozdział XII

DOBÓR PSYCHOLOGICZNY I JEGO ROLA W HIGIENIE PSYCHICZNEJ ŻOŁNIERZY

Podstawowe pojęcia: dobór, klasyfikacja, selekcja. — Różnice indywidualne występujące między ludźmi. — Metody diagnostyczne stosowane w doborze. Przydatność poszczególnych metod w różnych etapach doboru. — Znaczenie doboru dla zachowania zdrowia psychicznego.

Celem niniejszego rozdziału jest zapoznanie Czytelnika z najbardziej podstawowymi zagadnieniami psychologicznego doboru poborowych do służby wojskowej oraz do najbardziej odpowiednich dla nich rodzajów stanowisk i funkcji z punktu widzenia ergonomii i higieny psychicznej. W związku z tym przedstawimy niektóre zagadnienia psychologii różnic indywidualnych, problemy metodologiczne, procedurę i formy organizacyjne doboru oraz wskażemy na rolę, jaką odgrywa prawidłowy dobór w sprawniejszym funkcjonowaniu wojska oraz w profilaktyce i podtrzymaniu wysokiego standardu zdrowia psychicznego żołnierzy.

W miarę rozwoju społeczno-gospodarczego naszego kraju, w kolejnych latach będzie wzrastać zapotrzebowanie gospodarki narodowej na kwalifikowane młode kadry, a w związku z tym liczba przewidzianych do odbywania służby wojskowej będzie się zmniejszać. Z drugiej strony stały wzrost nasycenia wojsk najnowocześniejszą techniką oraz rozwój form prowadzenia działań bojowych zaostrzają wymagania stawiane poszczególnym

związkom, oddziałom, grupom i pojedynczym żołnierzom. Działanie obu wymienionych czynników powoduje, że właściwe wykorzystanie zasobów ludzkich, ich zdolności i kwalifikacji będzie odgrywać coraz większą rolę. Dobór zatem spełnia dwa podstawowe cele, pierwszy — natury ergonomicznej, drugi — psychohigienicznej. W podejściu ergonomicznym chodzi o stałe usprawnianie funkcjonowania instytucji i oddziałów wojskowych, zaś w psychohigienicznym — o szeroko pojętą profilaktykę zaburzeń psychicznych.

Podstawowe pojęcia: dobór, klasyfikacja, selekcja

Pojęcia „dobór", „selekcja" i „klasyfikacja" nie są wyraźnie zdefiniowane, często trudno je nawet rozgraniczyć. W pewnych wypadkach dobór może polegać na selekcji prowadzonej według określonych kryteriów, w innych zaś na klasyfikacji. Można również prowadzić klasyfikację metodą selekcji. Dobór w każdym z wymienionych wypadków jest pojęciem nadrzędnym. Czasami jednak selekcję utożsamia się z doborem. Zarówno dobór, jak i klasyfikację prowadzi się w określonym celu. Dlatego też definiując pojęcie doboru, selekcji i klasyfikacji odnosimy je do warunków służby wojskowej [1].

Przez selekcję rozumiemy eliminację pewnych osób z populacji poborowych i żołnierzy, u których stwierdza się przeciwwskazania do pełnienia służby. Przeciwwskazania mogą się odnosić do budowy fizycznej, stanu zdrowia, cech osobowości itp. Celem selekcji jest więc eliminowanie z instytucji wojska tych osób, które zakłócałyby jej sprawny tok funkcjonowania i to zarówno w czasie pokoju, jak i wojny.

Klasyfikacja oznacza rozmieszczenie poborowych lub żołnierzy zgodnie z ich predyspozycjami psychofizycznymi i kwalifikacjami.

Dobór oznacza w takim ujęciu całość przedsięwzięć selek-

---

[1] Czasami w literaturze psychologicznej spotkać można określenie: selekcja negatywna — niedopuszczanie ludzi do pewnych prac, zawodów, szkół itp., oraz selekcja pozytywna — wybieranie z pewnej grupy tylko nielicznych, najlepszych.

cyjno-klasyfikacyjnych i jest pojęciem nadrzędnym. Dobór można prowadzić wyłącznie przez selekcję albo przez klasyfikację lub przez obydwa rodzaje przedsięwzięć.

W warunkach życia cywilnego najwłaściwsze — zamiast doboru — jest poradnictwo zawodowe, rozumiane jako forma pomocy ludziom w podejmowaniu decyzji wyboru określonej szkoły, zawodu lub pracy.

W warunkach wojska ze względu na zadania, jakie ma ono do spełnienia, nie zawsze można dokonać przydziału z uwzględnieniem zainteresowań i życzeń poborowych czy żołnierzy. W wojsku również wybiera się do pewnych specjalności ludzi o uzdolnieniach ponadprzeciętnych. Na przykład dobór kandydatów na radiotelegrafistów, których praca wymaga m. in. szczególnych uzdolnień słuchowych, lub dobór operatorów niektórych urządzeń wojskowych.

Selekcja może być prowadzona, jak już wspomniałem, ze względu na różne kryteria. W selekcji psychologicznej uwzględnia się kryteria odnoszące się do struktury osobowości oraz normę i patologię cech psychicznych. W związku z tym dobór na podstawie kryteriów psychologicznych powinien być prowadzony w taki sposób, by przedmiotem oceny były wszystkie cechy jednostki zaliczane do szeroko rozumianej struktury osobowości.

Między psychologami brak jest zgodności co do struktury osobowości, a także mechanizmów jej funkcjonowania i genezy. W doborze przyjmujemy zatem koncepcję taką, która ma najwyższe walory użyteczności praktycznej bez względu na niedostatki natury teoretycznej.

W strukturze osobowości, która stanowi zintegrowaną jedność, wyróżnia się w celach klasyfikacji i opisu następujące kategorie, stanowiące przedmiot diagnozy i oceny:

1) cechy (zmienne) — zdolności:
   a) cechy intelektu stanowiące obszar, w którym dokonuje się odbiór, przechowywanie i przetwarzanie informacji. Są to procesy spostrzegania, pamięci, myślenia zbieżnego i rozbieżnego,
   b) sprawność psychomotoryczna,

c) wiedza i umiejętność (zasób przyswojonych wiadomości i umiejętności instrumentalnych);

2) cechy (zmienne) pozaintelektualne.

Cechy pozaintelektualne decydują o stosunku człowieka do wszystkiego, co go otacza, a także do siebie. Decydują również o przebiegu i nasileniu procesów psychicznych. Są one określane jako: cechy temperamentalne, emocje, potrzeby, postawy. Wymienione cechy sterują regulacją całokształtu stosunków jednostki z jej otoczeniem fizycznym i społecznym (środowisko fizyczne i społeczne człowieka). Dzięki nim zachowanie człowieka jest świadomie nakierowane na cel [2]. W literaturze psychologicznej, a także w praktyce wymienione cechy bywają często nazywane „cechami osobowości" lub w nieco węższym znaczeniu „charakterem". W dalszych rozważaniach na oznaczenie wymienionego obszaru cech będę posługiwać się terminem „pozaintelektualne cechy osobowości".

Różnice indywidualne występujące między ludźmi

Każdy z codziennej obserwacji może stwierdzić, że ludzie, z którymi się styka, bardzo się między sobą różnią. Przejawia się to w zachowaniu, którego przykłady można by mnożyć w nieskończoność. Różnice występujące między ludźmi interesowały uczonych od najdawniejszych czasów jeszcze w okresie psychologii przednaukowej. Już w starożytności napotykamy często naiwne próby opisu i wyjaśnienia tego zjawiska, które podejmowali najczęściej filozofowie lub lekarze. Przykładem mogą być dzieła Hipokratesa czy Galena. Jak wiadomo do dnia dzisiejszego w naukowej psychologii posługujemy się w opisie temperamentu terminologią pochodzącą z dzieła Hipokratesa.

Podstawy naukowej psychologii różnic indywidualnych stworzył w drugiej połowie XIX w. F. Galton, który przeprowadził szerokie badania, m. in. pierwszy zastosował specjalne próby — testy. Szczególnie zaś zajmował się dziedzicznością geniuszu.

[2] Nie wszystkie jednak formy zachowania są przez daną jednostkę uświadomione. W wielu wypadkach motywacja działań ma charakter podświadomy.

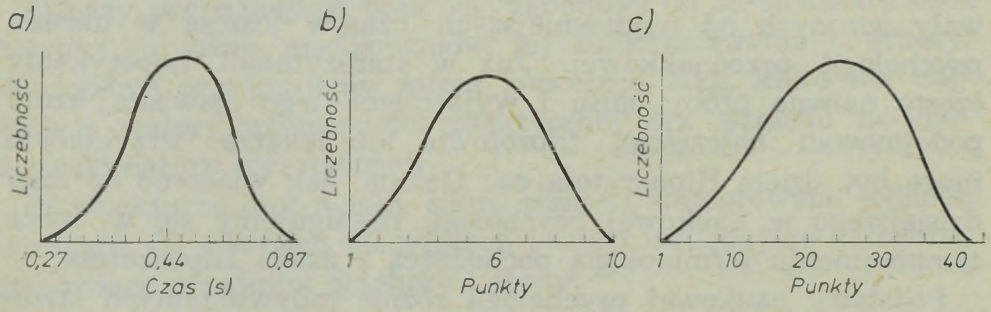
W pierwszym ćwierćwieczu obecnego stulecia wyodrębnił się specjalny dział psychologii zwany psychologią różnic indywidualnych. Zajmuje się ona badaniem różnic i ustalaniem praw w zakresie różnic między jednostkami należącymi do określonej populacji (różnice międzyosobnicze) oraz różnicami występującymi u tej samej osoby w różnych okresach (różnice wewnątrzosobnicze).

Różnice indywidualne, występujące powszechnie, są jedną z przesłanek uzasadniających celowość prowadzenia selekcji i doboru. Problematyka, którą zajmuje się psychologia różnic bardzo ściśle wiąże się z metodologią selekcji.

1. Zakres i wielkość różnic indywidualnych

Różnice dotyczą wymiarów psychiki od najprostszych odruchów aż do najbardziej złożonych mechanizmów zachowania. Dlatego też ograniczę się tylko do niektórych z nich, interesujących nas szczególnie z punktu widzenia doboru.

Najłatwiej zauważyć można oczywiście różnice w wyglądzie, budowie ciała, wzroście. Ale także wyraźne różnice przejawiają się w czynnościach fizjologicznych. Na przykład, jeżeli chodzi o przemianę materii, to każdy człowiek cechuje się w zasadzie



niepowtarzalnym metabolizmem. Przeprowadzono wiele badań wykazujących występowanie różnic we wrażliwości zmysłowej, reaktywności, pamięci, myśleniu, temperamencie, potrzebach, postawach i innych zmiennych (cechach) opisujących osobowość

człowieka. Charakterystyczne, że w populacji rozkład mierzonych zmiennych psychicznych ma kształt zbliżony do krzywej normalnej (tzw. krzywej Gaussa). Dla zilustrowania tego faktu na rys. 2 przedstawiono rozkłady wyników pomiarów czasu reakcji alternatywnej a), pamięci bezpośredniej b) i rozumowania abstrakcyjnego c).

Różnice międzyosobnicze występują również w odporności na choroby. Ludzi często chorujących, o wątłym zdrowiu, a także szczególnie zdrowych, którzy w ciągu życia nie chorują na żadną poważniejszą chorobę, jest mało. Najliczniejszą grupę stanowią ludzie średnio odporni.

Dla celów selekcji najważniejsze znaczenie mają różnice w następujących cechach: wrażliwości zmysłowej, psychomotoryki, pamięci, myślenia, cech osobowości, zwłaszcza zaś postaw, potrzeb, zainteresowań, a także odporności emocjonalnej, temperamentu i siły procesów nerwowych.

2. *Geneza różnic indywidualnych*

Jednym z podstawowych problemów psychologii różnic indywidualnych, który powodował wiele namiętnych sporów, jest przyczyna ich powstawania. Obecnie powszechnie wiadomo, że głównymi czynnikami powstawania różnic są cechy biologiczne — dziedziczone przez organizm i szeroko rozumiane oddziaływanie środowiska.

Cechy biologiczne są dziedziczone w drodze przekazywania informacji genetycznej w chromosomach komórek rozrodczych. W toku życia osobniczego jednostka żyje i rozwija się w środowisku. W okresie płodowym środowiskiem jest organizm matki. Po urodzeniu przez cały okres życia człowiek pozostaje w ciągłej interakcji z różnymi sferami środowiska materialnego i społecznego. Jeżeli chodzi o środowisko społeczne, to jego oddziaływanie ma dwojaki charakter.

P o p i e r w s z e jest to oddziaływanie celowo zorganizowane przez instytucje kształcące, czy też inne instytucje państwowe, których celem jest określone ukształtowanie osobowości każdego człowieka.

Po drugie środowisko społeczne — przez co należy rozumieć innych ludzi, instytucje społeczne, grupy formalne i nieformalne, wytwory kultury materialnej i duchowej — oddziałujące kształtująco na zasadzie przypadkowych interakcji, w jakie nieustannie wchodzi człowiek.

Każda forma zachowania jest wypadkową współdziałania dwóch czynników — dziedzicznego i środowiskowego. Czynniki te w każdym wypadku wywierają jednak różny wpływ na zachowanie. Z punktu widzenia genezy różnic najistotniejsze znaczenie ma współdziałanie wymienionych czynników w okresie wzrostu i dojrzewania, ponieważ wówczas kształtują się podstawowe cechy osobowości człowieka. Oczywiste jest również, że działanie tych czynników bywa różne w poszczególnych okresach życia. W jednym okresie życia przeważają czynniki biologiczne — dziedziczne, w innym okresie środowiskowe.

Wymienione fakty decydują o kształtowaniu się i przeobrażaniu różnic indywidualnych w odniesieniu do poszczególnych „obszarów" osobowości. Pewne cechy kształtują się we wcześniejszych okresach życia, inne w późniejszych. Niektóre cechy są uwarunkowane bardziej biologicznie, inne zaś środowiskowo.

Na podstawie licznych badań [3] stwierdzono, że wpływ czynnika dziedzicznego jest względnie duży w formowaniu się zdolności, w tym zdolności ogólnych i specjalnych oraz temperamentu. Można zatem przyjąć, że czynnik biologiczny jest w tym wypadku dominujący, środowisko z kolei wywiera ważniejszy wpływ na kształtowanie się takich cech osobowości, jak uczucia wyższe, postawy, potrzeby, zainteresowania.

Stwierdzono również w wielu badaniach wpływ czynnika środowiskowego na zmiany poziomu zdolności. Zmiana środowiska z mniej sprzyjającego rozwojowi na bardziej sprzyjający powoduje przyrost zdolności od kilku do kilkudziesięciu jednostek ilorazu inteligencji (I.I.). Ważnych wniosków dotyczących wpływu środowiska na rozwój niektórych form pamięci dostarczyły badania A. Łurii (1962). Z dużą dozą pewności można przyjąć,

---

[3] Wyniki badań są zamieszczone w: E. Hilgard, *Psychologia*, Warszawa 1967; L. Tyler, *Testy i pomiary w psychologii*, Warszawa 1967; A. Anastasi, *Differential Psychology*, Nowy Jork 1958.

że różnice indywidualne są uwarunkowane współdziałaniem obu czynników — biologicznego i środowiskowego.

Nie można jednak jeszcze stwierdzić wymiernie, jaki wpływ wywiera każdy z tych czynników osobno. Nie można bowiem ze względów metodologicznych badać genotypu (zespołu informacji genetycznych przekazanych przez oboje rodziców) bezpośrednio przed rozpoczęciem oddziaływań środowiskowych.

3. Zmienność wewnątrzosobnicza (problem stałości zachowań)

Z punktu widzenia doboru najważniejszym problemem jest obok zmienności międzyosobniczej, zmienność wewnątrzosobnicza. Wszelka selekcja ma bowiem sens tylko wówczas, jeżeli jej przedmiot nie zmienia się lub zmienia się nieznacznie w pewnym odpowiednio długim okresie. Selekcja może funkcjonować tylko wówczas, gdy zmienność wewnątrzosobnicza jest mniejsza od różnic indywidualnych występujących między ludźmi. W przeciwnym wypadku nie byłaby możliwa jakakolwiek prognoza. Bowiem diagnoza postawiona w pewnym momencie czasowym odnosiłaby się wyłącznie do tego momentu.

Przeprowadzono wiele badań nad zmiennością wewnątrzosobniczą i stoczono wiele sporów. Każda ze stron przyjmowała wyłącznie własny punkt widzenia. Zwolennikami stałości cech psychicznych w ciągu osobniczego życia człowieka byli biolodzy stojący na gruncie dziedzicznego przekazywania cech. Ich przeciwnicy negowali znaczenie dziedziczenia cech starając się udowodnić decydującą rolę środowiska społecznego w formowaniu się osobowości. Dzisiaj spory nie są już tak ostre choć jeszcze całkowicie nie wygasły.

Powszechnie zaczyna zwyciężać pogląd wzajemnego współdziałania czynników biologicznych i środowiskowych.

Na podstawie dotychczasowego stanu badań nad stałością zachowań i cech psychicznych, można stwierdzić, że zakres zmienności zachowania zależy od stopnia skomplikowania czynności. Czynności skomplikowane są bardziej podatne na zmiany niż czynności proste. Bardziej stałe są cechy intelektu (percepcja,

pamięć, rozumowanie) i cechy temperamentu, mniej stałe są uwarunkowane społecznie cechy osobowości. Szereg dowodów na stałość cech temperamentalnych dostarczyli psycholodzy radzieccy [4]. Stałość zachowania zwiększa się z wiekiem. We wczesnym okresie rozwojowym mogą występować czasami dość duże zmiany. Nieraz radykalne zmiany obserwuje się po doznanych urazach lub w wyniku działania procesów starzenia. Stwierdza się również, że w wielu wypadkach zmienność zachowania nie jest wynikiem zmiany cech, ale zmiany tzw. stylu działania.

Ważny jest również problem czy wpływ treningu zwiększa czy zmniejsza różnice indywidualne. Zdania badaczy są podzielone. Jedni przytaczają argumenty za tym, że trening zwiększa różnicę, inni natomiast, że je zmniejsza. Niezależnie od ostatecznych wyników badań nie wydaje się, na podstawie posiadanej obecnie wiedzy, aby trening niwelował różnice, chociaż w pewnych wypadkach może je zmniejszyć.

B. Bloom [5] zebrał wyniki badań podłużnych [6] nad stałością zachowania mierzonych m.in. za pomocą znanych w psychologii inwentarzy osobowości, takich jak: „Kwestionariusz Bernreutera", „Wieloczynnikowy Minnesocki Inwentarz Osobowości", „Skala Jawnego Niepokoju", „Ogólny Inwentarz Osobowości". Korelacja między kolejnymi pomiarami dla większości czynników jest dość wysoka i osiąga poziom istotności statystycznej. Oznacza to, że zaznacza się również stałość cech osobowości. Najbardziej stałe, jak już wspomniałem, są cechy temperamentalne.

Bardziej szczegółowego omówienia wymaga zmienność ilorazu inteligencji (zdolności ogólnych) w wypadkach przechodzenia z warunków środowiskowych mniej sprzyjających rozwojowi do bardziej korzystnych. Zagadnienie to ma bogatą literaturę wykazującą występowanie wymienionego zjawiska. Wiele takich badań cytuje A. Anastasi [7].

W wypadkach krańcowych u niektórych osób zmiany wyno-

---

[4] Por. B. Tiepłow, *Psychologia*, Warszawa 1951.

[5] B. Bloom, *Stability and Change in Human Characteristics*, Nowy Jork 1964.

[6] Badanie podłużne polega na stwierdzeniu zmian w kolejnych, następujących po sobie, okresach życia.

[7] Por. Anastasi, *op. cit.*

siły aż 50 jednostek I. I. (ilorazu inteligencji) w okresie od 6 do 18 roku życia. Szereg badaczy stwierdziło przyrost I. I. również u dorosłych [8]. Autor niniejszego rozdziału przeprowadził badania podłużne w grupie studentów Wojskowej Akademii Medycznej za pomocą dwóch testów rozumowania abstrakcyjnego D-48 i OC-2. W grupie studentów, którzy pochodzili ze środowisk określonych jako nie sprzyjające rozwojowi, stwierdzono przyrost I. I. już po jednym roku pobytu w WAM. Różnica mierzona w I. I. wynosiła od 5 do 8 punktów.

Przedstawione fakty pośrednio świadczą również o roli środowiska w rozwoju zdolności i poważnie wpływają na metodykę diagnozy dokonywanej w określonym przedziale czasowym.

Pozostaje jeszcze odpowiedź na pytanie co do rozmiarów zmienności w przedziale wieku obejmującym przedpoborowych i żołnierzy, tj. w wieku 18 do 22 lat. Na podstawie badań można stwierdzić, że okres 18 lat stanowi przejście do mniejszej zmienności wewnątrzosobniczej i to zarówno jeżeli chodzi o zdolności, jak i zainteresowania [9].

Względnie trwałe są również tzw. anomalie psychiki, tj. niedorozwój umysłowy oraz psychopatia. Niedorozwój umysłowy jest uwarunkowany biologicznie. U podłoża niedorozwoju leżą pewne trwałe uszkodzenia zarówno genotypu, jak i fenotypu czy to w stadium zarodkowym, czy w okresie życia płodowego. Oczywiście należy tu wykluczyć tzw. niedorozwój środowiskowy, który jest następstwem oddziaływań negatywnych sytuacji środowiskowych. Podobnie w wypadku psychopatii najczęściej mamy do czynienia z nieodwracalnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego. W wypadku „niedorozwoju środowiskowego", jak też w psychopatiach wywołanych demoralizacją środowiskową mogą wystąpić dość znaczne zmiany w określonym przedziale czasowym. Dlatego odróżnienie anomalii wywo-

---

[8] L. Mundy, *Enviromentol Influence on Intellectual Function as Measured by Intelligence Tests*, „British Journal of Medical Psychology" 1957, nr 8; A. Tozer, H. Larwood, *The Change in Intelligence Test Store of Students Between Start and End of Their University Courses*, „British Journal of Educational Psychology" 1958, nr 28; A. Clarke, A.M. Clarke, *How Constant is the I.Q.*, „Lancet" 1953, nr 265/6791.

[9] Por. T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, Warszawa 1975.

łanych uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego od wywołanych zaniedbaniem środowiskowym stanowi jeden z zasadniczych problemów diagnostyki psychologicznej i psychiatrycznej.

Metody diagnostyczne stosowane w doborze

Metody diagnostyczne osobowości zależą od celu oraz warunków, w jakich diagnoza jest dokonywana. Diagnoza cech (czynności) psychicznych jest procesem skomplikowanym, ponieważ psychika człowieka jest najbardziej skomplikowanym układem w świecie. Jest wiele ludowych porzekadeł lapidarnie ujmujących trudności w rozpoznawaniu człowieka, jak np.: „By poznać człowieka, trzeba zjeść z nim beczkę soli".

Człowiek jest układem bardzo skomplikowanym, a działa również w złożonych i nieustannie zmieniających się sytuacjach środowiskowych, tak że mogłoby się wydawać nieprawdopodobnym jakiekolwiek diagnozowanie i prognozowanie przyszłych zachowań.

Jednak, jak już wspomniałem, w zachowaniu każdego człowieka można stwierdzić elementy bardziej stałe. Występujące zaś korelacje między poziomem czynności psychicznych diagnozowanych w poszczególnych odcinkach czasowych pozwalają, co prawda z różnym stopniem prawdopodobieństwa, na przewidywanie przyszłych zachowań. Trzeba jednak w każdym wypadku określić stopień trafności prognozy i jak trafność ta zmienia się w miarę upływu czasu.

Trudności wiążą się także z techniką badania czynności psychicznych. Nie badamy bowiem czynności psychicznych zinternalizowanych, tzn. procesów, jakie dokonują się w mózgu, a jedynie zachowanie obserwowalne.

Przy stawianiu diagnoz w odniesieniu do przedpoborowych i poborowych niektórzy z nich starają się świadomie wprowadzić w błąd badającego psychologa. Człowiek w czasie badania, z wyjątkiem niektórych osób chorych psychicznie, stara się prawie zawsze przedstawić siebie w lepszym lub gorszym świetle w

zależności od celu badań. Gdy człowiek ma do badania stosunek pozytywny, a cel zależny od wyniku badania jest dla niego atrakcyjny, wówczas stara się przedstawić siebie w lepszym świetle, ułatwiającym mu realizację tego celu. W sytuacjach stosowania metod i technik określających zdolności zdarzają się dość często próby korzystania z różnych niedozwolonych pomocy np. „ściągawek", odpisywania od sąsiadów itp.

W czasie badań ustosunkowaniowych cech osobowości osoba badana ocenia każde otrzymane pytanie, waży odpowiedź i podaje taką wersję, jaka wydaje się jej korzystna i pozytywna dla siebie.

W diagnostyce prowadzonej w celach doboru stosuje się szereg ogólnie znanych w psychologii metod, jak: wywiad, rozmowa, kwestionariusz (inwentarz), analiza dokumentów, obserwacja, testy i pomiary. Wybór konkretnej metody lub metod zależy od celu badania, przedmiotu diagnozy, tj. jakie funkcje (cechy) chce się rozpoznać, a także od czasu, jakim dysponujemy.

Dlatego jest rzeczą naturalną, że w niektórych okolicznościach metody bardzo przydatne i najbardziej właściwe — w innych należy uznać za mało wartościowe. Przydatność metod do celów doboru nie wynika zatem z ich „uniwersalnej" wartości, ale wartości względnej, praktyczno-użytkowej.

W y w i a d (r o z m o w a). Mimo że niektórzy autorzy starają się doszukiwać różnic między rozmową a wywiadem, rozsądne wydaje się utożsamić te dwie formy zbierania informacji w wypadku, gdy badany jest osobą, w odniesieniu do której stawia się diagnozę. Dla celów selekcyjnych w wywiadzie chodzi o zebranie w rozmowie z badanym tych informacji, których może on sam udzielić.

Wywiad dostarcza przede wszystkim informacji o przeszłych zachowaniach jednostki. W zależności od celu i sytuacji może przybierać formę pozornie luźnej rozmowy lub też polegać na zadawaniu sformalizowanych i z góry ustalonych pytań. W każdym jednak wypadku rozmowa przebiega według z góry wytyczonego planu i jest podporządkowana określonemu celowi. Może ona dotyczyć np. historii życia, ważnych szczegółów, wydarzeń, przeżyć, przebytych chorób, doznanych urazów itp. lub

też wyjaśnienia pewnych spraw wynikłych w toku badań innymi metodami, jak testy, inwentarze itp.

Metoda wywiadu-rozmowy jest niezwykle trudna w stosowaniu i wymaga od prowadzącego ją psychologa wysoce specjalistycznego przygotowania oraz praktyki. W toku rozmowy należy bowiem pozyskać przychylność rozmówcy oraz skłonić go do nieskrępowanych i szczerych odpowiedzi. Trzeba tak umiejętnie kierować rozmową, aby uzyskać odpowiedź na założone w celu pytania, a jednocześnie nie urazić osoby badanej. Dlatego nie powinno się zadawać pytań — dlaczego?, a przynajmniej ich unikać. Przyczyny powinny wynikać same przez się, ze znajomości faktów pośrednich. Często bowiem badany nie potrafi, mimo pozytywnego nastawienia, ich wyjaśnić. Jak bowiem wiadomo motywacja zachowania przebiega w dwóch poziomach — świadomym i nieświadomym.

Rezultaty rozmowy muszą być wiernie notowane. Jest to również problem trudny, gdyż sam fakt notowania często budzi u badanego niepokój. Dlatego też dobrze jest notować natychmiast te fakty, które są obojętne z punktu widzenia osoby badanej, a fakty drażliwe notować dopiero po zakończonym wywiadzie. Prowadzący rozmowę-wywiad musi więc odznaczać się bardzo dobrą pamięcią. W rozmowie kryje się również poważne niebezpieczeństwo, a mianowicie subiektywne oceny i wartościowania mogące wystąpić u badającego, co tym samym deformuje uzyskane informacje. Ze względu na czasochłonność metoda ta w selekcji masowej może być stosowana tylko w sporadycznych wypadkach. Daje jednak bardzo dobre wyniki w warunkach klinicznych.

K w e s t i o n a r i u s z (i n w e n t a r z). Kwestionariusz lub inwentarz jest zbiorem odpowiednio skonstruowanych pytań, na które osoba badana udziela odpowiedzi zazwyczaj w formie skategoryzowanej. Kategoryzacja odpowiedzi może przyjmować różne formy, jak np. „tak" „nie", „nie mam zdania", „prawda — fałsz", „wybranie jednej lub kilku odpowiedzi z gotowego zbioru", „wybranie alternatywy" itp.

Kwestionariusze mają różne liczby pytań, od kilkunastu do kilkuset, służą do diagnozowania jednej, dwóch lub całego zbio-

ru cech osobowości. Kwestionariusze służące do celów diagnostycznych są wystandaryzowane zgodnie z zasadami obowiązującymi w psychometrii, mają więc ustaloną rzetelność i trafność, podobnie jak testy zdolności. Mają również odpowiednio wbudowane czynniki weryfikujące wartość odpowiedzi badanej osoby głównie ze względu na szczerość oraz na dawanie szablonowych, wymijających odpowiedzi.

Dla każdych celów, w tym także selekcyjnych, kwestionariusze muszą mieć ustaloną eksperymentalnie wartość diagnostyczną, a zwłaszcza trafność prognostyczną.

Kwestionariusze są interpretowane na podstawie analizy statystycznej. W związku z tym nie ocenia się pytań pojedynczych lub ze względu na treść. Procedura interpretacji jest natomiast ściśle związana z procedurą ustalenia trafności. Omówimy to na przykładzie neurotyczności.

Chcąc ustalić poziom neurotyczności i trafności zbioru pytań selekcjonuje się inną metodą, zazwyczaj metodą obserwacji klinicznej, grupę ludzi na „neurotyków" i „nieneurotyków". Następnie obie grupy wypełniają kwestionariusz z określonymi pytaniami. Z kolei odrzuca się te pytania, na które badani w obu grupach dają takie same lub podobne odpowiedzi, pozostawia się natomiast takie, na które badani w obu grupach odpowiadają inaczej. Na przykład w grupie neurotyków 85% odpowiada „tak", natomiast na te same pytania w grupie nieneurotyków „tak" odpowiada tylko 35%.W tym wypadku jest oczywiste, że nieneurotycy inaczej odbierają pytania i inaczej na nie w większości odpowiadają niż „neurotycy".

Opracowany i wystandaryzowany kwestionariusz zawiera tylko takie pytania, które różnicują badanych. W związku z tym, na podstawie odpowiedzi na zbiór różnicujących pytań, można wyciągnąć wniosek, że osoba, która odpowiada w ten sposób, może z określonym procentowo podobieństwem należeć do grupy „neurotyków". Oczywiście taka interpretacja jest możliwa i uzasadniona tylko wówczas, gdy nie nastąpiły jakieś specyficzne nietypowe deformacje odpowiedzi. Do kontroli tego zjawiska służą opisane już weryfikatory odpowiedzi.

Kwestionariusz jako metoda nadaje się do stosowania w ba-

daniach masowych, wymaga jednak dysponowania określonym zapleczem technicznym (maszynowe sprawdzenie odpowiedzi, weryfikacja wstępna diagnostyczności i prognostyczności).

W psychologicznej diagnostyce istnieje wiele kwestionariuszy do badania różnych cech osobowości, postaw, potrzeb, emocji, zainteresowań zawodowych i innych. Przykładowo wymienię kilka najbardziej znanych: skala temperamentów Thurstone'a, Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości (ang. skrót MMPI) w terminologii polskiej często używa się nazwy Wielo-objawowa Skala Diagnostyczna, w skrócie — WISKAD, Kwestionariusz Osobowości — Eysencka, Inwentarz Osobowości Cattella, Skala Jawnego Niepokoju J. Taylor, Arkusz Upodobań Zawodowych Choynowskiego i wiele innych.

O b s e r w a c j a. Mówiąc o obserwacji mamy na myśli zwykłą obserwację zmysłową nie wspomaganą specjalnymi urządzeniami rejestrującymi (np. film, magnetowid, magnetofon). Obserwacja stosowana jest we wszystkich badaniach naukowych niezależnie od ich przedmiotu. W naszym wypadku nie interesuje nas metoda obserwacji w znaczeniu uniwersalnym, ale jako metoda diagnozy użyteczna w procesach selekcyjnych.

Obserwacja dostarcza danych o rzeczywistym zachowaniu się jednostki w określonych sytuacjach naturalnych albo w sytuacjach specjalnie zaaranżowanych (testy sytuacyjne). Za pomocą obserwacji można badać zarówno zdolności, jak i cechy osobowości zaliczane do drugiej kategorii (por. s. 235). W diagnozie selekcyjnej obserwacja jest podstawową metodą albo wykorzystuje się ją jako metodę dodatkową, np. przy badaniach testowych, pomiarach aparaturowych. Obserwacja jako metoda podstawowa może być z powodzeniem zastosowana w trzecim etapie doboru i to zarówno w czasie pobytu pacjenta w szpitalu, jak i w czasie badań ambulatoryjnych, w przychodniach, w poradniach higieny psychicznej. Obserwacje mogą również prowadzić dowódcy w jednostkach, jeśli będą do tego odpowiednio przygotowani.

Obserwacja powinna być prowadzona zgodnie z określonymi regułami. Musi być prowadzona według planu i skierowana na określony cel, dokładna, szczegółowa, obiektywna oraz skrupu-

latnie rejestrowana. Ostatnie dwa warunki, podobnie jak w wypadku wywiadu, jest niezwykle trudno spełnić, gdyż tylko osoba specjalnie przygotowana potrafi nie mieszać danych obiektywnych z ocenami oraz zmniejszyć do minimum deformację spostrzeżeń.

T e s t y. Jest to metoda eksperymentalna, polegająca na tym że badanemu daje się do wykonania, w ściśle określonych i kontrolowanych warunkach, uprzednio przygotowane (wystandaryzowane) zadania i na podstawie rozwiązań wnioskuje się w sposób obiektywny o poziomie tej czy innej funkcji (czynności) psychicznej. Istotne w metodzie testowej są: 1) jednolitość warunków badania, 2) identyczność zadań dla wszystkich osób, 3) obiektywność oceny rezultatów (niezależność od osoby badającej), 4) porównywalność uzyskanych rezultatów, a co za tym idzie ich mierzalność.

Na temat wartości naukowej metody testów zdania są podzielone. Różnice stanowisk dotyczą nie samej metody, a jej praktycznych zastosowań. Niektórzy bowiem praktycy są skłonni przeceniać wartości diagnozy testowej, co z naukowego punktu widzenia jest błędem. Wówczas jednak gdy prawidłowo, obiektywnie i zgodnie z zasadami interpretuje się wynik testowy, metoda daje wymierne korzyści.

W początkowym okresie stosowania testów sądzono, że pozwalają one mierzyć wrodzone i niezmienne w ciągu osobniczego życia cechy osobowości człowieka. Stwierdzono jednak, że wyniki zmieniają się wraz ze wzrostem i rozwojem dziecka. Dlatego też chcąc wyeliminować wpływ wieku na rzekomo stały osobniczy poziom cech opracowano specjalny wskaźnik — iloraz inteligencji I.I. Jego twórcą był znany psycholog W. Stern.

Iloraz inteligencji nie spełnił jednak pokładanych nadziei, ponieważ stwierdzono, że wyniki testowe zależą również od środowiska kulturowego. Próbowano zatem konstruować „testy akulturowe", jak się jednak okazało również bezskutecznie. Sądzono także, że do opracowania dobrego testu do pomiaru określonej cechy psychicznej niezbędne jest jej dokładne zdefiniowanie. Ponieważ najczęściej chodziło tu o badania inteligencji, podejmowano dziesiątki prób jej zdefiniowania przez wybitnych psy-

chologów, z których żadna nie była jednak doskonała. Współczesne podejście do stosowania metod testowych nie zakłada już wrodzoności, niezmienności i akulturowości. Także w konstruowaniu testów nie wymaga się przyjętej z góry i poprawnej definicji cechy. Sprawy te straciły już swą aktualność (por. psychologia różnic). Współcześnie zadowalają psychologów definicje operacyjne, które dają się weryfikować przez określone testy. Same zaś testy służą określonemu celowi, a ich wartość jest oceniana na podstawie stwierdzenia, w jakim stopniu są przydatne. Oznacza to, że testy nie są niczym więcej niż empiryczną metodą i za takie należy je uważać.

Z metodą testową wiążą się dwa bardzo ważne pojęcia, a mianowicie rzetelność i trafność. Przez pojęcie trafności lub diagnostycznego testu rozumie się stopień dokładności, z jakim wyniki testu pozwalają określić stan (wymiar) danej cechy psychicznej. Trafność zazwyczaj ustala się przez porównanie wyników testu tej samej cechy z wynikiem diagnozy wykonywanej inną metodą. Istnieją różne rodzaje trafności. Do celów selekcji i klasyfikacji ważna jest znajomość trafności prognostycznej każdego testu, która oznacza stopień dokładności, z jakim można na podstawie znajomości wyniku testu przewidywać przyszłe zachowanie (np. wyniki szkolenia, pracy itp.).

W wypadku selekcji i klasyfikacji ze względu na trudności w zdefiniowaniu wyodrębnionych cech (funkcji psychicznych) ważne jest, w jakim stopniu test pozwala przewidywać przyszłe zachowanie człowieka. Nie można przy tym zapominać, że ze względu na całościowe działanie psychiki żaden test nie mierzy jednej wyodrębnionej funkcji (cechy), ale mniej lub bardziej złożony kompleks.

Innym ważnym pojęciem jest rzetelność — czyli dokładność pomiaru testu. Pomiar, którego stopnia dokładności nie można ustalić, jest bezwartościowy. W dziedzinie techniki chodzi o bardzo wysoką dokładność pomiaru. W pomiarze testowym obowiązują ogólnie te same reguły co w fizycznym, a w związku z tym ważna jest informacja, jak dalece zmienny jest wynik uzyskany w badaniu danym testem. Należy dokładnie znać zakres tych zmian. W odniesieniu do testów stosuje się dwa wskaźniki licz-

bowe rzetelności — jeden względny w postaci współczynnika korelacji i drugi bezwzględny, wyrażony w postaci błędu standardowego.

Istnieje wiele rodzajów testów służących do konkretnych celów. W związku z tym stosuje się ich klasyfikację ze względu na określone kryterium. Można np. ze względu na formę przedstawienia zadań wyróżnić testy:

1) papierowe (zeszyty testowe i arkusze odpowiedzi, na których wpisuje się rozwiązanie),
2) przyrządowe (zadania polegają na manipulowaniu, porządkowaniu, przekonstruowywaniu itp.),
3) aparaturowe (zadania polegają na wykonywaniu czynności, które „narzuca" maszyna),
4) urządzenia pomiarowe (pomiary wrażliwości motoryki, koordynacji psychomotorycznej itp.),
5) testy sytuacyjne (zadanie polega na aranżowaniu odpowiednich sytuacji do rozwiązania).

1. Zasady organizacyjne doboru

Ze względu na złożoność osobowości człowieka, zmienność zachowań oraz trudności metodologiczne efektywny dobór musi być tak zorganizowany, by maksymalnie osłabić działanie wymienionych czynników. Mając na uwadze wymienione trudności oraz liczne doświadczenia najefektywniejszy może być dobór prowadzony w trzech etapach. Każdemu z etapów przyporządkowane są określone metody diagnozy osobowości.

Pierwszy etap obejmuje selekcję podstawową, której poddani są wszyscy przedpoborowi. Podstawowym celem tego etapu jest eliminacja z populacji tych osób, które nie mogą pełnić służby wojskowej, oraz określenie cech osobowości tych, którzy zostaną do wojska wcieleni.

Badaniami selekcyjnymi w pierwszym etapie są objęci wszyscy poborowi. Celem tego etapu jest określenie stopnia psychicznej zdolności do odbywania służby wojskowej. Etap ten trwa od pierwszej rejestracji przedpoborowych do momentu wezwania na komisję poborową. Ze względu na szczupłość środków oraz

dużą liczbę przedpoborowych przypadających na jedną pracownię zajmującą się selekcją podstawową, procedura stawiania diagnozy jest dostosowana do tychże warunków.

Diagnoza jest stawiana na podstawie materiałów, które są możliwe do zebrania w stosunkowo krótkim czasie oraz nadających się do przetworzenia i wyciągnięcia wniosków. Muszą to być również tego rodzaju informacje, które nie mogą być celowo zafałszowane. W przeciwnym razie mogłyby się zdarzać częste wypadki symulacji. Instytucjami, które gromadzą informacje, są wojskowe komendy uzupełnień i pracownie psychologiczne okręgów wojskowych. W etapie pierwszym nie prowadzi się badań uzdolnień ani osobowości, zbiera się natomiast informacje o każdym przedpoborowym. Źródłem informacji opisowych jest: poborowy (wypełnia odpowiednio skonstruowany kwestionariusz), szkoła, zakład pracy, władze lokalne, zakłady opieki zdrowotnej, organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości. Informacje zostają przeniesione w postaci zakodowanej na specjalną kartę i przesłane do ośrodka przetwarzania informacji. Na podstawie analizy dokonanej w ośrodku wszyscy zostają podzieleni na cztery grupy.

I grupa — nie budzący żadnych zastrzeżeń natury psychologicznej,

II grupa — wymagający dodatkowych specjalistycznych badań psychologicznych bądź lekarskich (psychiatrycznych lub neurologicznych),

III grupa — nie nadający się do służby wojskowej ze względu na wyraźne defekty lub zaburzenia (np. choroby psychiczne, znaczny niedorozwój umysłowy itp.),

IV grupa — z małymi mankamentami osobowości, które zostaną zebrane i przedstawione dowódcom celem poinformowania ich o tym.

Dane zebrane w etapie I są wykorzystywane na komisjach poborowych, które są organami ustanowionymi do orzekania o zdolności do odbywania służby wojskowej.

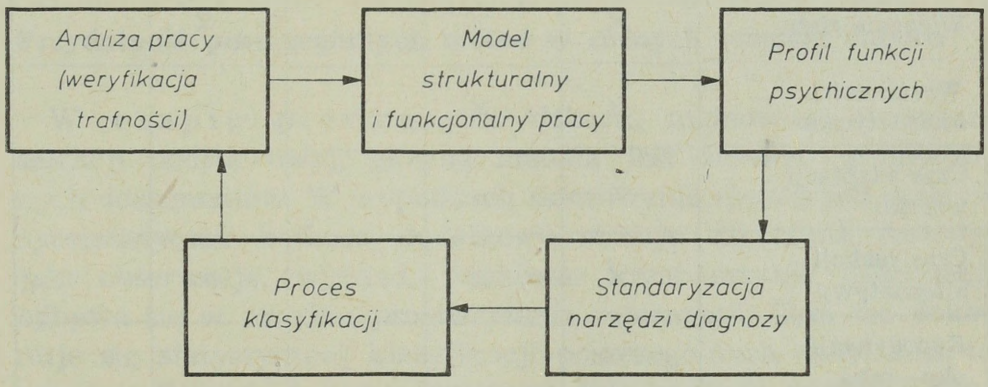
Drugi etap. Klasyfikacja. W drugim etapie określa się przydatność poszczególnych poborowych do określonych profili szkolenia służb i specjalności. Ten rodzaj doboru ma szczególne znaczenie z punktu widzenia racjonalnego wykorzystania

ludzi uwzględniając w jak największym stopniu ich uzdolnienia oraz, co również trzeba podkreślić, stworzenie im najlepszych warunków szkolenia i służby. Najogólniej biorąc celem klasyfikacji jest dostosowanie ludzi do zadań, jakie mogą najlepiej wykonać.

W drugim etapie przeprowadza się szczegółowe badania psychologiczne. Klasyfikację prowadzi się na podstawie porównań profili osobowościowych z profilami wymagań zawodowych na określonych stanowiskach pracy (szkolenia). Chcąc przeprowadzić klasyfikację trzeba wykonać szereg badań o następujących fazach:

1) analiza fizycznych i psychologicznych warunków pracy,
2) opracowanie modelu (profilu strukturalnego i funkcjonalnego) psychologicznych warunków pracy,
3) określenie profilu funkcji psychicznych (cech) ważnych dla danej pracy,
4) dobranie i standaryzacja technik i narzędzi diagnozy,
5) przeprowadzenie badań diagnostycznych i klasyfikacja.

Przebieg poszczególnych czynności przedstawiony jest na rys. 3.



Profil funkcji psychicznych jest sporządzony ze względu na kryteria prognostyczne. Oznacza to, że w skład profilu wchodzą te funkcje (cechy) psychiczne, które mają ważne znaczenie, a ich poziom określany w diagnozie pozwala prognozować przyszłe powodzenie szkolne lub zawodowe.

Przykładowa uproszczona tabela klasyfikacyjna Tabela 3

Nazwa funkcji psychologicznej	Kierowcy	Dowódcy drużyn rozpoznawczych	Operatorzy		
			ppk	maszyn inż.	radio-telegr.
Ogólna sprawność umysłowa	×	×	×	×	×
Pamięć bezpośrednia			×		×
Wyobraźnia przestrzenna	×			×	
Płynność czytania					×
Uzdolnienia słuchowe					×
Myślenie rozbieżne			×		
Uzdolnienia mechaniczne	×	×	×	×	
Widzenie głębi	×	×		×	
Wrażliwość kinestetyczna	×	×		×	
Czas adaptacji wzroku	×				
Czas reakcji alternatywy	×	×		×	
Koordynacja oko—ręka		×			
Poczucie rytmu					×
Podzielność uwagi					×

Znak X oznacza ważność danej cechy. Tabela nie uwzględnia zmiennych osobowości (II kategoria wg podziału przyjętego w pierwszej części rozdziału).

Każda diagnozowana funkcja ma określony wymiar. Empirycznie ustala się, jaki poziom cechy jest konieczny, aby mogła ona wpływać korzystnie na powodzenie.

Funkcje (cechy) diagnozowane ze względu na ich właściwości prognostyczne bywają nazywane predyktorami. Zestaw predyktorów, które decydują o powodzeniu zawodowym, jest tak dobrany, by dawał w sumie najtrafniejszą prognozę powodzenia.

W klasyfikacji bardzo przydatne są tzw. tabele klasyfikacyjne (tab. 3).

Trzeci etap doboru spełnia funkcję kontrolno-korygującą. Głównym zadaniem w tym etapie jest szybkie ujawnienie spośród szkolonych żołnierzy bądź też pełniących funkcję, tych, którzy nie mogą wykonywać swoich obowiązków. Konieczność korekty wynika z dwóch przyczyn. Pierwsza to niedoskonałość diagnozy w pierwszym i drugim etapie doboru ze względu na znane już trudności metodologiczne. Druga, to zmiany zaistniałe u niektórych osób, głównie w stanie zdrowia lub w zachowaniu. W zetknięciu się z sytuacją trudną, jaką jest okres adaptacji w środowisku wojskowym, mogą się ujawniać różne formy patologii zachowania.

Przydatność poszczególnych metod w różnych etapach doboru

W etapie pierwszym doboru, mianowicie w czasie selekcji podstawowej, główną metodą jest analiza zgromadzonych dokumentów. W wypadkach skierowania niektórych osób na specjalistyczne badania dodatkowe stosuje się różne metody, jak: obserwacja, wywiad, rozmowa. Przetwarzanie informacji odbywa się w ośrodku przetwarzania informacji. Tam też dokonuje się statystycznej klasyfikacji poszczególnych osób. Jest to proces całkowicie zalgorytmizowany. Interpretacja wyników prowadzona przez psychologa odnosi się tylko do przypadków wątpliwych, które kieruje się na dodatkowe badania specjalistyczne. Na podstawie przeprowadzonych badań każdy przedpoborowy ma wypełnioną „kartę przydatności psychologicznej" do pełnienia służby, która jest przedstawiana komisji poborowej.

W etapie drugim, klasyfikacji, ze względu na masowość badań stosuje się następujące metody: testy, inwentarze, aparaty pomiarowe. W poszczególnych uzasadnionych wypadkach przeprowadza się wywiady, rozmowy i obserwacje.

W etapie trzecim podstawowe znaczenie mają metody obserwacji klinicznej, wywiad i rozmowa. W poszczególnych wypadkach stosuje się testy i inwentarze.

Znaczenie doboru dla zachowania zdrowia psychicznego

Rola doboru w profilaktyce zaburzeń psychicznych jest szczególnie widoczna w kontekście czynników patogennych, działających specyficznie w środowisku wojskowym. Warunki życia w wojsku, nawet w czasie pokoju, są odmienne od warunków życia reszty społeczeństwa. Składa się na to kilka czynników.

1. Służba wojskowa jest obowiązkowa. Większość poborowych obowiązek ten w pełni akceptuje, jednak sytuacja przymusowa stwarza określoną atmosferę, która sprzyja powstawaniu napięć emocjonalnych — jakie zazwyczaj towarzyszą ograniczeniu swobody osobistej człowieka.

2. Względne odizolowanie od środowiska cywilnego, w tym od najbliższej rodziny, zerwanie lub ograniczenie dotychczasowych kontaktów społecznych — tworzą nową, a zarazem trudną sytuację dla żołnierza. Jeżeli w porę nie znajdzie on oparcia w nowych formach więzi społecznej, jakimi są grupy koleżeńskie, organizacje społeczno-polityczne, opieka ze strony dowódców — istnieje niebezpieczeństwo zachwiania jego równowagi emocjonalnej, a nawet głębszych zaburzeń psychicznych.

3. Codzienny tryb życia wojskowego regulowany jest przepisami i regulaminami mającymi na celu sprawne funkcjonowanie całego organizmu wojskowego. Jednakże rygor oraz wymagania wypływające z przepisów regulaminowych i zadań szkoleniowych mogą stwarzać dla pewnych jednostek sytuację niełatwą do zniesienia, przynajmniej w pierwszym okresie służby i w pewnych wypadkach mogą prowadzić do zaburzeń.

4. Stosunki zależności w relacji przełożony—podwładny, wy-

magające bezwzględnego posłuszeństwa w każdej sytuacji, są nową jakością, która nie występuje w życiu cywilnym w tak powszechnej i jaskrawej postaci.

5. Specyficzne formy szkolenia wojskowego, zwłaszcza w czasie zajęć w terenie, niewygody, dokuczliwy wpływ nie sprzyjających warunków atmosferycznych, tempo ćwiczeń, obciążają poważnie psychikę żołnierzy. Przeciążenie może wystąpić również pod wpływem trudności w opanowaniu wiadomości i umiejętności odnoszących się do skomplikowanego sprzętu.

6. Służba wojskowa wprowadza również poważne ograniczenia w kontaktach międzypłciowych. Więzi z żonami, koleżankami, „sympatiami" ulegają rozluźnieniu, a bardzo często zerwaniu. Nierzadko żołnierz przeżywa osobistą tragedię z powodu zdrady jego dziewczyny.

7. Pewne dodatkowe obciążenia powodują również wymagania etyczne — wyższe w stosunku do żołnierzy, niż do reszty obywateli.

8. W warunkach wojennych dochodzi jeszcze dodatkowy czynnik bardzo mocno obciążający system psychiczny żołnierza — stałe zagrożenie utraty życia lub groźba ciężkiego kalectwa.

Dobór oparty na racjonalnych kryteriach łagodzi ujemny wpływ wymienionych czynników. Rola doboru w zachowaniu zdrowia psychicznego jest powszechnie uznawana w świecie. W 1965 r. w Sztokholmie odbyło się sympozjum na temat reakcji człowieka na stres. W wielu odniesieniach o zachowaniu się człowieka w warunkach stresu, zwłaszcza w czasie działań wojennych, wyraźnie podkreślono znaczenie doboru ludzi [10].

Sens doboru tkwi w tym, by jednostka z powodu własnej konstytucji psychicznej i ewentualnych braków nie była nadmiernie i niepotrzebnie narażona na utratę zdrowia lub też nie stała się źródłem bodźców traumatyzujących otoczenie, w którym żyje i działa.

Z punktu widzenia higieny psychicznej w doborze należy uwzględnić następujące postulaty:

---

[10] Por. J. Agrell, L. Ljunberg, *Stress: Military Implications, Psychological and Medical Aspects*. W: L. Levi, *Emotional Stress*, Sztokholm 1967.

1. Dla każdego stanowiska specjalistycznego, do każdej określonej funkcji, dobierać ludzi z najlepszymi predyspozycjami, uwzględniając kwalifikacje oraz sprawność fizyczną i cechy osobowości. Chodzi o to, by praca nie przerastała możliwości ludzi, którzy ją wykonują. W tym wypadku spełniony zostaje postulat ergonomiczny „dostosowania człowieka do warunków pracy i służby".
2. Do specjalności i funkcji wymagających większego wysiłku psychicznego (wywołującego stałe przeciążenie systemu nerwowego) nie kierować ludzi o konstytucjonalnie słabym typie układu.
3. Eliminować jednostki psychopatyczne z takich funkcji i stanowisk, które dają możliwość negatywnego oddziaływania na otoczenie i na grupy.
4. Szczególnie wnikliwie dobierać dowódców wszystkich szczebli. Ma to bardzo ważne znaczenie, ponieważ przy istniejącej hierarchii zależności mogą oni nie tylko konstruktywnie, ale — jeśli jest to niewłaściwie dobrana jednostka — również destruktywnie oddziaływać na zespoły ludzi. Przy czym negatywne oddziaływanie ma tym szerszy zasięg, im wyższe stanowisko zajmuje taki przełożony.
5. Do prac szczególnie odpowiedzialnych, trudnych lub niebezpiecznych, dobierać ludzi uzdolnionych pod względem sprawności intelektualnej, sensomotorycznej oraz o silnym typie układu nerwowego.
6. Ujawniać jednostki, szczególnie uzdolnione wśród słuchaczy szkół, otoczyć je opieką i odpowiednio wykorzystywać dla dobra wojska i uzdolnionej jednostki.

ZBIGNIEW PALESKI

Rozdział XIII

WYCHOWANIE WOJSKOWE A ZDROWIE PSYCHICZNE ŻOŁNIERZY

Rola wychowawcy w zachowaniu zdrowia psychicznego żołnierzy. — Wychowanie a zdrowie psychiczne żołnierzy. — Samowychowanie. — Wnioski końcowe.

Ze względu na specyfikę służby wojskowej, a zwłaszcza celu jakiemu służy wojsko — dbałość o zdrowie psychiczne żołnierzy jest zadaniem nie tylko bardzo ważnym [1], lecz również trudnym i złożonym. Wojna, do której przygotowuje się wojsko — jeżeli tak można powiedzieć — sama w sobie nie jest „zdrowa psychicznie". Dlatego służba wojskowa musi zawierać pewne elementy wywołujące różne napięcia psychiczne u żołnierzy, w tym również takie, które mogą mieć charakter nerwicotwórczy. Wystarczy tu wspomnieć o konieczności długotrwałego pozostawania w pełnej gotowości bojowej do działania, wysokim tempie tego działania, któremu towarzyszy często maksymalny wysiłek fizyczny i umysłowy oraz o występowaniu zagrożenia życia oraz różnych wstrząsających bodźców itp. [2].

Tę pozorną sprzeczność między dużymi wymaganiami i trudnymi warunkami wywołującymi duże napięcie psychiczne, wynikającymi z istoty współczesnego szkolenia wojskowego, zwłasz-

[1] Por. Z. Paleski, *Zdrowie psychiczne a obronność kraju*, „Wojsko Ludowe" 1970, nr 1 oraz praca zbiorowa — *Problemy higieny psychicznej w wojsku*, Warszawa 1974.

[2] Por. J. Cendrowski, S. Swebocki, *Psychologia walki i dowodzenia*, Warszawa 1973.

cza niektórych specjalności, np. zwiadowców, spadochroniarzy itp. a możliwościami obrony przed ich skutkami — można jeżeli nie wyeliminować, to przynajmniej znacznie złagodzić przez odpowiednie oddziaływanie wychowawcze. Wykształcona w procesie wychowania społeczna postawa żołnierza, do istoty której należy rozumienie i docenianie sensu i wyższych racji swego postępowania — jest bardzo konkretnym czynnikiem zmniejszającym negatywne skutki wspomnianych napięć. Gdy mowa jest o zachowaniu zdrowia psychicznego żołnierzy, ciągle aktualne jest zagadnienie: jak zmniejszyć przez wychowanie negatywne skutki napięć psychicznych wynikających z współczesnego szkolenia bojowego żołnierzy?

Problem polega na tym, aby wyeliminować z życia wojskowego napięcia zbyteczne, które nie wynikają z istoty szkolenia, lecz są rezultatem różnorodnych nieprawidłowości: błędów, złej organizacji pracy, niezdrowej atmosfery, złych stosunków międzyludzkich, wad osobowościowych niektórych przełożonych itp. Sprawa nie jest jednak prosta, ponieważ np. odróżnianie, co jest jeszcze rezultatem wymagań wynikających z dobra służby, a co przejawem wspomnianych nieprawidłowości — nie zawsze jest łatwe i możliwe.

Innymi słowy, jeżeli pominiemy wszelkie endogenne przyczyny naruszeń zdrowia psychicznego żołnierzy — należy przyjąć, że najlepszym jego gwarantem jest właściwa praca wychowawcza i przestrzeganie regulaminowych i zwyczajowych norm regulujących tok życia wojskowego (przy założeniu, że są one „zdrowe psychicznie"), natomiast wszelkie negatywne dewiacje w życiu wojskowym mogą być w konsekwencji nawet groźne dla zdrowia. Dlatego tak dużą rolę odgrywa nie tyle reagowanie na powstałe już zakłócenia, ile odpowiednia profilaktyka w tym zakresie, w której ważną rolę spełniają osoba wychowawcy i kierowany proces wychowania.

Rola wychowawcy w zachowaniu zdrowia psychicznego żołnierzy

Przełożony w wojsku ma nie tylko określone obowiązki, ale i szczególne prawa wobec podwładnych. Już samo zachwianie

proporcji między obowiązkami a prawami na rzecz tych ostatnich, jest częstym źródłem różnych nieprawidłowości prowadzących do zakłóceń w zdrowiu psychicznym podwładnych.

Należy jednak konkretniej odpowiedzieć na niełatwe i kontrowersyjne pytanie: co w postępowaniu przełożonego sprawującego funkcje wychowawcze ma szczególne znaczenie dla omawianego tematu, co spełnia najważniejszą rolę w zachowaniu zdrowia psychicznego żołnierzy?

Rolę wychowawcy w zachowaniu zdrowia psychicznego żołnierzy można ująć w kilku płaszczyznach jego postępowania.

Po pierwsze, powinien on kształtować właściwe stosunki międzyludzkie w procesie wychowania. Złe stosunki międzyludzkie nie tylko nie sprzyjają wykonywaniu wszelkich zadań służbowych, lecz są również bardzo częstą przyczyną naruszeń zdrowia psychicznego [3]. Ta skądinąd znana prawda odnosi się zwłaszcza do zwartych zespołów ludzkich, jakimi są pododdziały wojskowe, w których występują szczególne wzajemne uzależnienia się osób i których wysoki stopień zintegrowania warunkuje powodzenie w wykonywaniu wszystkich zadań.

Najczęstszym przejawem złych stosunków międzyludzkich są różnorodne konflikty, a zwłaszcza te ukryte, nie rozładowywane w porę przez wychowawcę. Można więc stwierdzić, że dostrzeganie i rozładowywanie konfliktów spełnia ważną rolę w zapobieganiu naruszeń zdrowia psychicznego żołnierzy. Jest to stosunkowo łatwe, jeżeli sprawcą jawnego konfliktu jest podwładny lub źródło konfliktu znajduje się w sferze pozaosobowej. Gorzej jeżeli sprawcą sytuacji konfliktowych jest sam przełożony, a możliwości ich ujawnienia (przy niedostatkach pracy organizacji partyjnej i nieingerowaniu przełożonych) są ograniczone. Tego typu utrzymujące się dłużej sytuacje, wywołujące różnorodne konflikty wtórne, poważne zadrażnienia, nieufność lub chociażby tylko napiętą atmosferę — mają z reguły charakter nerwicotwórczy i dotyczą zwykle większej liczby osób.

Rola wychowawcy, którego postępowanie powinno być pod tym kątem oceniane przez wyższych przełożonych, jest w sy-

[3] Por. S. Łypacewicz, *Kształtowanie stosunków międzyludzkich*, Warszawa 1972, s. 50 i dalsze.

tuacjach konfliktowych wyraźna. Nawet jeżeli sam nie jest sprawcą konfliktu, powinien umieć szybko go dostrzec i umiejętnie rozładować korzystając przy tym z pomocy kolektywu. Powstaje jednak pytanie: gdzie i kiedy ma on tę umiejętność nabyć? Czy szkoła oficerska uczy przyszłych przełożonych-wychowawców racjonalnego postępowania w tym zakresie? Przyszły przełożony uczy się m. in. usuwać różne zacięcia broni, natomiast ciągle jeszcze zbyt mało — moim zdaniem — wie na temat „zacięć" ludzi.

P o d r u g i e — płaszczyzną postępowania wychowawcy, ściśle związaną z poprzednią, jest kształtowanie dobrej atmosfery psychicznej w kierowanym zespole. Stosunki międzyludzkie mają niewątpliwy wpływ na tę atmosferę, ale nie wyczerpują problemu. Dobra atmosfera to nie tylko koleżeństwo, zaufanie, wzajemna życzliwość i pomoc członków kolektywu lub rzucający się w oczy humor. Na dobrą atmosferę składa się również umiejętne działanie (kompetencyjność) oraz silna motywacja do tego działania. Mówiąc o kompetencyjności warto podkreślić związek między szkoleniem a zdrowiem psychicznym żołnierzy. Umiejętne działanie jest podstawowym źródłem osobistej satysfakcji i dobrego samopoczucia każdego człowieka, a więc również ważnym czynnikiem determinującym jego zdrowie psychiczne. Natomiast długotrwałe działanie niekompetencyjne zaliczane jest do czynników nerwicotwórczych.

Jeszcze większą rolę w tym względzie spełnia kształtowana w procesie wychowania motywacja. O dobrej atmosferze sprzyjającej zdrowiu psychicznemu można mówić wtedy, kiedy członkowie zespołu chcą robić to co do nich należy. Chcą natomiast wtedy, kiedy są właściwie dobrani do poszczególnych funkcji i kiedy rozumieją i doceniają sens tego działania oraz interesują się nim i lubią go. Przełożony wychowawca stawia więc nie tylko zadania, lecz również wyjaśnia ich cel, stara się zainteresować nim wykonawców, a nawet wywołać w nich uczuciowy stosunek do pracy. Wykonywanie przez dłuższy czas pracy nieinteresującej i nielubianej jest również zaliczane do sytuacji nerwicotwórczych.

Dobra atmosfera w grupie wiąże się nie tylko z wykonywa-

niem wszystkich zadań służbowych. Ma na nią wpływ również wszystko co się dzieje poza służbą. Różnorodne zajęcia pozasłużbowe mają również duże znaczenie wychowawcze, są dobrą okazją kształtowania tej atmosfery.

Po trzecie — do postępowania wychowawcy mającego szczególne znaczenie dla omawianego problemu należy stosowanie zasady indywidualizacji w oddziaływaniu wychowawczym na żołnierzy. Wiadomo bowiem, że prawie każdy człowiek, zwłaszcza wtedy kiedy należy do ściśle zunifikowanego zespołu — jednakowo ubranego, wykonującego te same czynności w tym samym czasie itd. (a takim jest każdy niemal pododdział) — ma potrzebę ujawniania i demonstrowania swej indywidualności. Prowadzi to niekiedy do specjalnego postępowania (nie zawsze pozytywnego), aby być dostrzeżonym lub wyróżnić się.

Troska przełożonego-wychowawcy o podwładnych — właściwe reagowanie na różne ich osobiste trudności, kłopoty i konflikty wewnętrzne — jest możliwa tylko przez indywidualny stosunek do każdego żołnierza. W ten sposób dochodzimy do ważnej roli, jaką powinien spełniać każdy wychowawca będący najbliższym przełożonym, mianowicie roli powiernika ich myśli i uczuć. Jest to konieczne, ponieważ żołnierz niejednokrotnie nie ma możliwości zwierzania się najbliższym osobom, ze względu na utrudniony z nimi kontakt, nie mówiąc już o tym, że osób takich w ogóle może nie mieć.

Natomiast z punktu widzenia zasad higieny psychicznej każdy żołnierz powinien mieć zapewnioną możliwość zwracania się do kogoś, komu ufa, z wszystkimi swymi osobistymi sprawami i otrzymywania pomocy, chociażby w postaci życzliwego wysłuchania i dobrej rady.

Warunkiem nawiązywania tego typu pozasłużbowego i zindywidualizowanego kontaktu między podwładnym a przełożonym-wychowawcą jest znajomość ludzi. Bez niej trudno mówić o jakiejkolwiek indywidualizacji. Brak jej prowadzi natomiast do szablonowości i schematyzmu w postępowaniu z żołnierzami, co jest bardzo niekorzystne w utrzymywaniu zdrowia psychicznego. Szablonowość nie tylko uniemożliwia utrzymywanie osobistych i zindywidualizowanych kontaktów przełożonych z podwładny-

mi, lecz również ujemnie rzutuje na praktykę dyscyplinarną i inne służbowe formy życia wojskowego.

Do czwartej grupy zjawisk, mających wpływ na zachowanie zdrowia psychicznego żołnierzy, należą szeroko rozumiane warunki wychowawcze, w jakich żołnierze pełnią służbę wojskową. Szczególną rolę spełniają w tym zakresie: przyjęcie do jednostki i zapewnienie możliwości stopniowej adaptacji do życia w wojsku; dobra organizacja tego życia, w tym również czasu wolnego oraz niektóre elementy warunków bytowych.

Już samo przyjęcie poborowego do jednostki, przy dużym zniecierpliwieniu bezpośrednich przełożonych, którzy chcieliby (wraz z ubraniem go w mundur) widzieć w nim od razu żołnierza, może doprowadzić — zwłaszcza u jednostek słabszych psychicznie — do zakłóceń procesu adaptacyjnego. Wiadomo, że nieprzystosowanie jest stałym źródłem traumatyzującym psychikę człowieka. Można nawet spotkać się w literaturze z definiowaniem zaburzenia psychicznego w kategoriach nieprzystosowania. Na nieprzystosowanie ma również wpływ zła organizacja pracy wywołujące zmęczenie.

Powszechnie przyjmuje się, że np. utrzymujące się zmęczenie jest jednym z czynników nerwicotwórczych. Wydaje się jednak, że nie tyle zmęczenie, które występuje podczas służby wojskowej jest szkodliwe, ile brak racjonalnego wypoczynku. Bywają wychowawcy, którzy z reguły nie zajmują się wypoczynkiem żołnierzy. Gorzej, jeżeli organizacja pracy, a właściwie jej brak uniemożliwia jakikolwiek odpoczynek. Dzieje się tak zwykle podczas wykonywania zadań „na wczoraj", posyłania żołnierzy do prac zbędnych, oceniania ich głównie według czasu pobytu w miejscu pracy lub ciągłej, długotrwałej, lecz mało produktywnej „krzątaniny" itp. Taki stan rzeczy, mimo że nie wymaga dużego wysiłku, prowadzi do drażniącego psychikę znużenia i w konsekwencji nawet do jej zachwiania.

Jeżeli idzie o tzw. warunki bytowe, to problem nie polega na tym, że są one nie zawsze optymalne (zwłaszcza na ćwiczeniach), ale na zdarzających się przypadkach braku przejawiania troski o nie i nie wyjaśnieniu podwładnym istoty tych warunków, co tylko z pozoru odbiega od czynności wychowawczych.

Piąta grupa zagadnień dotyczy osobowości wychowawcy i jej wpływu (przede wszystkim w postaci własnego przykładu) na podwładnych. Trudno mówić o skuteczności w dbaniu o zdrowie psychiczne żołnierzy, przy jawnym ignorowaniu przez siebie podstawowych zasad postępowania w tym zakresie. Stany podniecenia nerwowego są do pewnego stopnia „zaraźliwe". Wychowawca, który ciągle denerwuje się, demonstruje niepotrzebny pośpiech, nie potrafi sam odpoczywać itp. — stwarza niekorzystną atmosferę, która udziela się żołnierzom.

Jeszcze poważniejszy wpływ na zdrowie psychiczne żołnierzy wywierają te wszystkie zachowania się wychowawcy, które wynikają z jego negatywnych cech osobowościowych. W naszej armii szczególną rolę spełniają właściwości moralno-charakterologiczne każdego przełożonego i braki w tym zakresie pozostają w bezpośrednim związku z naruszaniem zdrowia psychicznego żołnierzy. Należy więc ogólnie stwierdzić, że osobowość każdego przełożonego-wychowawcy spełnia istotną rolę w zachowaniu zdrowia psychicznego żołnierzy. Trudno tu podejmować bardzo kontrowersyjny i złożony problem osobowości wzorowego przełożonego-wychowawcy. Zainteresowanych odsyłam do literatury na ten temat [4].

Wychowanie a zdrowie psychiczne żołnierzy

Nie ulega wątpliwości, że między wychowaniem a zdrowiem psychicznym żołnierzy istnieje bezpośredni i dwustronny związek. Wiadomo, że prawidłowo prowadzona praca wychowawcza sprzyja rozwojowi nie tylko twórczej i zaangażowanej osobowości, lecz również jej zdrowemu funkcjonowaniu. Wiele schorzeń psychicznych, w tym również schorzeń osobowości (zwłaszcza o charakterze psychogennym), bierze swój początek w niedostatkach wychowania [5]. Można także wskazać na liczne

[4] Np. M. Sidor, *System oceny osobowości dowódcy*, Warszawa 1973, WAP; Z. Paleski, *Osobowość dowódcy — model postulowany*, „Wojsko Ludowe" 1971, nr 9.

[5] K. Jankowski, *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*, Warszawa 1975.

przykłady zależności odwrotnej — wpływu zaburzeń w zdrowiu psychicznym na przebieg i rezultaty procesu wychowania.

Stwierdzenie to odnosi się również w pełni do procesu samowychowania, które jest stymulowane i kierowane w procesie wychowania. Przyjmując więc, że istnieje związek między wychowaniem a dbałością o zdrowie psychiczne, spróbuję to uzasadnić wysuwając kilka sugestii o znaczeniu praktycznym.

1. Wiadomo powszechnie, że wychowanie kształtuje aktywną postawę wobec świata. Posiadanie tego typu postawy jest istotnym elementem zachowania zdrowia psychicznego. Bezczynność stwarza bowiem dogodne warunki do rozwijania się wielu zaburzeń psychicznych. I tak można np. powiedzieć, że pewne typy nerwic rozwijają się tym bardziej, im więcej mamy czasu zajmować się nimi [6]. Powiedzenie: „nie miałem czasu chorować" trafnie oddaje tę myśl. Wiąże się to z rolą działania w życiu żołnierza, którą trudno zajmować się tu szerzej. Wymienię tylko te funkcje działania, które wiążą się z omawianym tematem:

a) działanie jest podstawowym czynnikiem prawidłowego rozwoju psychicznego, w tym również osobowości żołnierza („praca stworzyła człowieka" nie tylko w sensie gatunku, ale nadal tworzy go w rozwoju ontogenetycznym);
b) działanie odciąga uwagę żołnierza od pewnych dolegliwości, przez co m.in. zapobiega częstemu ich wyolbrzymianiu;
c) dzięki działaniu żołnierz wchodzi w kontakty z innymi ludźmi, co przeciwdziała zasklepianiu się w sobie, a co najważniejsze ułatwia oddziaływanie środowiska społecznego, najpotężniejszego czynnika rozwoju osobowości człowieka;
d) działanie daje żołnierzowi poczucie wartości i przydatności społecznej, co jest ważnym warunkiem zachowania trwałego zadowolenia życiowego i równowagi psychicznej;
e) działanie umożliwia żołnierzowi osiąganie celów, co również pozostaje w bezpośrednim związku z utrzymywaniem się trwałego zadowolenia z życia.

[6] T. Bilikiewicz, P. Gałuszko, Z. Kamiński, *Nerwice i ich leczenie*, Warszawa 1959, s. 86.

Wskazując na związek między postawą aktywną żołnierza a jego zdrowiem psychicznym warto jeszcze dodać, że wprawdzie współczesne życie wojskowe nie daje dużo możliwości bezczynnego spędzania czasu, ale istnieje jeszcze swoisty stan „bezczynności wewnętrznej" (przy zachowaniu pozornej aktywności zewnętrznej), która wywiera podobny skutek. Występuje on głównie wtedy, kiedy przeważa monotonia w życiu, zajęcia szkoleniowe czy praca są mało interesujące lub wręcz nudne, kiedy brak jest możliwości ciekawego spędzania czasu wolnego lub kiedy nie rozumie się i nie docenia spełnionych obowiązków i zadań.

Z powyższych rozważań wynika pierwsza sugestia praktyczna, której istotą jest rozwijanie w procesie wychowania aktywnej postawy wobec życia ograniczającej bezczynność i nudę.

2. Unikanie bezczynności nie oznacza oczywiście dążenia do maksymalnego wysiłku. Żołnierz zalatany, który w pośpiechu wykonuje wiele obowiązków, jest na najlepszej drodze do nerwicy. Nawet przy braku poważniejszych obowiązków — w wielu jednostkach oraz instytucjach wojskowych wykonujących poważne zadania można znaleźć przykłady ciągłej, ale mało produktywnej „krzątaniny". Nieprzypadkowo uważa się za jedną z przyczyn powiększającej się liczby nerwic nadmierne „tempo życia". A więc działanie powinno być m.in. planowe (rytmiczne), pożyteczne (potrzebne) i prowadzone bez pośpiechu (chyba że pośpiech jest celem działania). Unikanie bezczynności nie oznacza więc lekceważenia wspomnianego już odpoczynku.

Nadmierne zmęczenie fizyczne i psychiczne sprzyja rozwijaniu się wielu zaburzeń, przede wszystkim nerwicy. Zmęczenie jest zjawiskiem normalnym, w pewnych granicach korzystnym dla organizmu [7] i jeżeli ustępuje po krótkim czasie, np. po normalnie przespanej nocy, nie stanowi problemu. Groźne są natomiast dla zdrowia psychicznego (i nie tylko psychicznego) dalsze stopnie zmęczenia, mianowicie przemęczenie i wyczer-

[7] Por. J. Jasiński, *Praca a zmęczenie*, Warszawa 1967, s. 97.

panie. Przemęczenie nie ustępuje po normalnym wypoczynku i szybko doprowadza do bardzo groźnego, patologicznego stanu organizmu, jakim jest wyczerpanie.

Na zmęczenie jest tylko jeden podstawowy środek — umiejętny odpoczynek. Wszystkie inne środki, np. farmakologiczne mogą czasowo zmniejszać zmęczenie, a przede wszystkim usuwać jego komponentę psychiczną — znużenie. Nie zastępują one jednak odpoczynku, a przy nadmiernym stosowaniu nie są obojętne dla zdrowia.

Wobec tego powstaje pytanie, na które odpowiedź stanowi jedną z podstawowych zasad utrzymania zdrowia psychicznego: na czym polega umiejętny odpoczynek i czy w procesie wychowania można wykształcać pewne nawyki postępowania w tym względzie. Jeden z autorów zajmujących się problemem wypoczynku tak to formułuje: „Organizacja odpoczynku i sposób odpoczywania mają nie mniejsze znaczenie w naszym życiu niż metody i organizacja pracy. Można poświęcać dużo czasu odpoczynkowi i odpoczywać źle. I na odwrót: odpoczywać mało, ale dobrze. Znaczy to, że trzeba umieć odpoczywać, podobnie jak trzeba umieć pracować. Można by nawet powiedzieć, że kto nie umie odpoczywać, ten nie umie pracować, ponieważ dobry odpoczynek jest niezbędnym warunkiem wydajnej pracy" [8].

Wbrew temu sformułowaniu nierzadko można spotkać się z obojętnym stosunkiem do spraw odpoczynku, a bywa nawet, że ze zdziwieniem, gdy mowa jest o nauce odpoczywania. Tymczasem w pedagogice pojawiło się nowe pojęcie — wychowania rekreacyjnego, któremu poświęca się wiele uwagi. Również w wojsku zwraca się na tę rolę odpoczynku coraz większą uwagę [9].

Praktycznie istnieją dwie następujące formy złego odpoczywania:

P o p i e r w s z e, całkowita bezczynność zgodna z założeniem, że „odpoczywać to znaczy przestać pracować". Jest to pogląd częściowo słuszny i tylko w odniesieniu do pracy fizycznej.

---

[8] Por. A. H a n s e n, *Ucz się odpoczywać*, Warszawa 1959, s. 74.

[9] Z. R y d z y ń s k i, *Racjonalny odpoczynek podstawą kondycji psychofizycznej*, „Materiały Lektorskie GZP WP" 1975, nr 4.

Ideałem tak rozumianego odpoczynku jest całkowita bierność, co niejednokrotnie wiąże się (zwłaszcza przy pracy umysłowej) z dalszym intensywnym myśleniem o wszystkich obowiązkach i kłopotach związanych z ich wykonywaniem. Wbrew pozorom umysł takiego człowieka jest nadal w pełni obciążony, a zatem nie odpoczywa.

P o d r u g i e, odpoczynek może być zbyt intensywny i w związku z tym wywoływać jeszcze większe zmęczenie aniżeli to, które zamierza się usunąć. Na przykład na urlopie można tak podniecać się grą w karty lub różnymi „przygodami", że prowadzi to niejednokrotnie do dużych napięć psychicznych, konfliktów, niepokojów, itp. Taki „urlopowicz" wraca z urlopu jeszcze bardziej zmęczony i wytrącony z równowagi, niż był uprzednio. Organizacja odpoczynku w wojsku, wszędzie tam, gdzie jest zbyt sformalizowana lub całkowicie spontaniczna może doprowadzić pośrednio do podobnych skutków.

Umiejętny wypoczynek jest więc odpoczynkiem umiarkowanie czynnym, polegającym — najogólniej mówiąc — na zmianie zajęcia. Podstawowe zasady, jakie powinny tu obowiązywać, są następujące:

— zajęcia, w których ramach przebiega odpoczynek po pracy, powinny być interesujące i lubiane, a więc chętnie i dobrowolnie podejmowane; każda rozrywka, do której jest się zmuszanym, może stać się ciężką pracą;
— zajęcia powinny odwracać uwagę od spraw wywołujących zmęczenie, a więc odbiegać swym charakterem od tych, po których odpoczywamy;
— odpoczynek czynny, to taki, w czasie którego osiągamy pewne inne — moralne lub materialne — korzyści, ponieważ robimy coś pożytecznego dla siebie lub innych, jest to więc źródło dodatkowej satysfakcji życiowej.

Natomiast jeżeli już stosuje się odpoczynek bierny, to najefektywniejsze są jego dwie formy — relaks i sen. Relaks albo inaczej trening autogenny polega na pełnym samoodprężeniu w drodze koncentracji psychicznej na własnym organizmie z jednoczesnym odwróceniem uwagi od spraw ważnych, istotnych. Mimo że psychofizjologiczne mechanizmy tej metody nie są

jeszcze w pełni poznane, stosowana jest ona z powodzeniem również w naszym kraju. Wymaga jednak odpowiedniego przygotowania teoretycznego i treningu.

Sen, aby spełnił swe zadanie, powinien odpowiadać pewnym warunkom, z których kilka warto wymienić. Powinien on:

— trwać odpowiednio długo w zależności od wieku, stopnia zmęczenia i zróżnicowania indywidualnego;
— odbywać się w odpowiednio sprzyjających warunkach zewnętrznych odznaczających się brakiem bodźców zakłócających, odpowiednim miejscem spania, ubiorem;
— nie może być bezpośrednio poprzedzony intensywną pracą lub innymi zajęciami wywołującymi napięcie psychiczne;
— przebiegać w odpowiednim stanie fizjologicznym (np. przy nieprzeciążaniu układu pokarmowego);
— być poprzedzony usunięciem różnych stałych napięć psychicznych („sen człowieka sprawiedliwego").

Powyższe rozważania na temat roli odpoczynku w zachowaniu zdrowia psychicznego prowadzą do sformułowania drugiej sugestii praktycznej, mianowicie zwrócenia większej uwagi w procesie wychowania na organizację racjonalnego odpoczynku żołnierzy, którym powinien być odpoczynek czynny.

3. Jak to już zostało wspomniane, racjonalny odpoczynek wiąże się m.in. z posiadaniem określonych zainteresowań, których kształtowanie jest ważnym celem wychowania. Rola zainteresowań w utrzymaniu zdrowia psychicznego jest jednak znacznie szersza. Jest cechą charakterystyczną, że pewne nawet poważne schorzenia psychiczne rozpoczynają się m.in. od stopniowego zaniku zainteresowań, a ich brak jest niejednokrotnie ważnym symptomem zaburzenia.

Im człowiek ma mniej zainteresowań, tym częstsze są sytuacje, w których skazany jest na bezczynność. Żołnierz o szerokich zainteresowaniach nigdy się nie nudzi. Zainteresowania, jak wiadomo, rozwijają osobowość żołnierza, przyczyniając się do rozwoju jego różnych funkcji psychicznych. Na przykład zainteresowania społeczne sprzyjają większej aktywności w tym kierunku i angażowaniu się w sprawy społeczne. Ponadto działanie żołnierza jest wtedy bardziej wszechstronne, a więc można

powiedzieć, że zainteresowania zapobiegają egoizmowi i wykształcenia innych wad charakteru. Natomiast dzięki zainteresowaniom poznawczym żołnierz potrafi więcej i lepiej wyjaśniać sobie różne, niejednokrotnie niepokojące, zjawiska rzeczywistości. Zmniejsza się w ten sposób jego niepewność, a tym samym lęki, depresje i inne tego typu negatywne stany psychiczne, prowadzące niekiedy do zaburzeń w zdrowiu psychicznym.

Zainteresowania służbą i pracą ułatwiają jej wykonywanie i zapobiegają zmęczeniu. Stąd oparty na racjonalnych podstawach postulat zainteresowania się tym, co się robi. Żołnierz zmuszany lub zmuszający się codziennie do pracy nie może mieć dobrego samopoczucia. Warto tu jednocześnie dodać, że w każdej wykonywanej funkcji można znaleźć coś interesującego, pod warunkiem, że się tego szuka, chociażby ze względu na powyższe wskazania. Szczególną rolę spełniają zainteresowania w pracy trudnej i uciążliwej [10].

Niekiedy zainteresowania powinny być w procesie wychowania szczególnie rozwinięte. Są to tzw. pasje lub hobby. Pozytywna rola hobby w utrzymaniu zdrowia psychicznego została już dawno sprawdzona i dlatego należy tę formę aktywności w pełni rozwijać.

Wskazane jest jednak, aby pasja była maksymalnie pożyteczna, a przynajmniej, aby nie była szkodliwa (jak np. pasja niszczenia). Ważny jest sam mechanizm przeżyć związanych z realizowaniem pasji. Występuje w niej silne dążenie do osiągnięcia jakiegoś określonego celu, co — ze względu na swoją rolę mobilizacyjną — pozytywnie oddziałuje na życie żołnierza. Jedyne zastrzeżenie, jakie można tu zrobić, dotyczy umiaru w oddawaniu się hobby. Idzie o to, aby nie opanowało ono człowieka całkowicie, czyniąc go „ślepym" na inne sprawy. Taki stan rzeczy doprowadza bowiem z reguły do konfliktów służbowych, rodzinnych i innych, a w konsekwencji nawet do naruszeń zdrowia psychicznego.

Pomijając tego typu sporadyczne zjawiska, należy jeszcze raz podkreślić bezpośredni związek między zaspokajaniem i rozwi-

---

[10] Por. D.E. Super, *Psychologia zainteresowań*, Warszawa 1972, s. 154.

janiem zainteresowań w procesie wychowania a zachowaniem zdrowia psychicznego. Wynika stąd trzecia sugestia praktyczna, mianowicie zwrócenie szczególnej uwagi w procesie wychowania na rozwój zainteresowań żołnierzy, które nie tylko wzbogacają osobowość, lecz również sprzyjają zdrowiu psychicznemu.

4. W procesie wychowania trzeba również zwrócić uwagę na kształtowanie u żołnierzy szeroko rozumianej odporności na różnorodne obciążenia psychiczne. Unikanie niepotrzebnych napięć psychicznych jest — jak już na wstępie wspomniałem — jednym z głównych postulatów utrzymania zdrowia psychicznego. Nieprzypadkowo zostało w sformułowaniu tej zasady użyte słowo „niepotrzebnych", ponieważ są napięcia psychiczne, które — jeżeli występują w umiarkowanym stopniu — odgrywają pozytywną rolę w życiu żołnierza. Potwierdzają to wszyscy autorzy zajmujący się rolą stresu w życiu człowieka [11]. Unikanie szkodliwych stresów jest do pewnego stopnia możliwe pod warunkiem zdania sobie sprawy z tego, w jakich warunkach one występują, co sprzyja ich powstawaniu, na ile są one rezultatem oddziaływania zewnętrznego, a na ile skutkiem własnej imaginacji itd. Z powyższych pytań wynika, że zjawisko stresu wiąże się z refleksją nad sobą, a właściwie z jej brakiem. W tym sensie można mówić o roli wychowania w tej dziedzinie. Wychowanie bowiem stymuluje taką refleksję, umożliwia spojrzenie „w siebie", które z kolei zapobiega powstawaniu wielu napięć psychicznych.

A oto kilka ważniejszych wskazań, których nie trzeba chyba uzasadniać:

— fizycznie unikać sytuacji, w których dochodzi do powstawania napięć psychicznych (przykładem może być tu opuszczenie miejsca kłótni, np. w tramwaju);
— w razie konieczności przebywania w takiej sytuacji — wyłączać się psychicznie, przez skupienie swej uwagi na czymś nie związanym z przyczyną napięcia;

---

[11] Np. H. Selye, *Stres życia*, Warszawa 1960, oraz J. Reykowski, *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*, Warszawa 1966.

— pomniejszać przykrości, zmartwienia, obawy itp., co ma związek z autosugestią, a więc wymaga odpowiedniego treningu;
— nie stwarzać sobie samemu napięć lub przynajmniej ich nie wyolbrzymiać, co występuje zwłaszcza wtedy, kiedy np. podejmujemy się zbyt licznych zadań, nie mogąc im sprostać lub kiedy nie panujemy nad swoją wyobraźnią nasuwającą różne „czarne" obrazy;
— stwarzać podstawy do zadowolenia, powiększać przyjemności, radości (przykładem może być odczuwanie zadowolenia z solidnie wykonanych nawet drobnych, samodzielnie podejmowanych zadań);
— zaufać czasowi, ponieważ zapominanie jest — jak wiadomo — bardzo istotnym czynnikiem łagodzącym nawet największe nieszczęścia, włącznie z takimi, które wydają się „nie do zniesienia" czy nawet „nie do przeżycia";
— zasięgać rad u innych ludzi, którymi obok najbliższych mogą być wychowawcy lub wyspecjalizowani w tego typu sprawach fachowcy [12].

Powyższy rejestr wskazań można by jeszcze uzupełnić innymi, które w sumie wskazują na konieczność podejmowania obrony przeciwko czynnikom wywołującym napięcia psychicznę. Wynika z tego sugestia czwarta: w procesie wychowania należy zwracać uwagę na kształtowanie u żołnierzy wewnętrznej odporności na zakłócenia psychiczne i umiejętność unikania niepotrzebnych napięć psychicznych.

5. Z wychowaniem wiąże się również dbałość o zdrowie fizyczne, w myśl słusznego, choć nie zawsze poważnie traktowanego hasła: „w zdrowym ciele zdrowy duch". Jest to jedna z ważniejszych, nie wymagających szerszego komentarza, reguł zdrowia psychicznego. Wystarczy tu wspomnieć, że istnieje duża grupa psychoz i innych zaburzeń psychicznych, które powstają jako rezultat pewnych wad fizycznych lub źle funkcjonującego organizmu [13].

Ograniczę się więc tylko do stwierdzenia, że w tym punkcie

[12] Mogą oni funkcjonować w poradniach psychologicznych — zob. E. Krążyński, *Wojskowe poradnictwo psychologiczne*. Warszawa 1973, WAP.
[13] Zob. K. Jankowski, *Człowiek i choroba*, Warszawa 1975.

chodzi o szeroko rozumianą profilaktykę. A więc o uprawianie ćwiczeń fizycznych (gimnastyka, spacery, turystyka i sport), utrzymywanie higieny osobistej, higienicznych warunków pracy i odpoczynku, racjonalny system odżywiania się itp.

Istnieje więc cały wachlarz czynności składających się na wspomnianą dbałość o zdrowie psychiczne żołnierzy. Nie rozwijając więc tego punktu można wysunąć sugestię piątą, która sprowadza się do stwierdzenia, iż w procesie wychowania dbałość o rozwój i zdrowie fizyczne żołnierzy pozostaje w bezpośrednim związku z zachowaniem ich zdrowia psychicznego.

6. Istnieje również bezpośredni związek między zdrowiem psychicznym a kształtowaniem w procesie wychowania tych cech osobowości, które zapewniają panowanie nad sobą.

Panowanie nad swymi popędami i potrzebami, myślami, wyobrażeniami, mową, ruchami czy w ogóle nad całym zachowaniem świadczy zawsze o dużej równowadze psychicznej (jeżeli nie jest zbyt przesadne) i leży u podstawy powodzenia w każdej niemal dziedzinie działania. Jednym z najbardziej charakterystycznych objawów zaburzeń osobowości jest brak samoopanowania, zakłócenia w panowaniu nad jedną lub więcej z wyżej wymienionych funkcji psychicznych.

Wykształcona w procesie wychowania kontrola nad sobą i swym zachowaniem umożliwia utrzymanie pewnej powściągliwości w mowie i działaniu, które z kolei umożliwia postępowanie rozważne. Natomiast panowanie nad swoimi potrzebami leży u podstawy trwałego zadowolenia życiowego, ponieważ warunkuje osiągalność celów, które wynikają z tych potrzeb. Żołnierz, który ma wygórowane potrzeby i nie panuje nad nimi, nie może ich nigdy zaspokoić. Zaspokajając jedne nie zaspokaja innych, niekiedy bardziej podstawowych, co wywołuje frustrację i prowadzi do naruszeń zdrowia psychicznego.

Ważnym więc zadaniem wychowawczym jest świadome rozwijanie u żołnierzy samoopanowania i stąd sugestia szósta, która głosi, że wykształcane w procesie wychowania panowanie nad sobą nie tylko warunkuje sprawne działanie, lecz jest ważnym czynnikiem zachowania zdrowia psychicznego.

7. Jedną z częstych przyczyn zaburzeń psychicznych o cha-

rakterze psychogennym jest u młodych ludzi pełniących służbę wojskową brak stabilności życia, przy czym istnieje tutaj również zależność odwrotna, gdyż zakłócenia w tej stabilności są niekiedy rezultatem występowania pewnych zaburzeń. W każdym razie można zaobserwować ścisły związek między tymi dwoma zjawiskami. Unormowanie życia nie oznacza postępowania sztywnego, szablonowego. Idzie więc o uporządkowanie swoich istotnych spraw życiowych, a także o pewne przyzwyczajenia, które (jeżeli są pozytywne) ułatwiają wykonywanie wszystkich obowiązków, jednocześnie umożliwiają zwracanie świadomości i aktywności w inną, bardziej twórczą stronę.

Przykładowo można wymienić tu kilka ważniejszych elementów stabilności życiowej:

— posiadanie stałego zawodu, który daje żołnierzowi zadowolenie i satysfakcję życiową;
— zapewnienie podczas służby wojskowej możliwości podnoszenia wiedzy ogólnej i kwalifikacji, a więc umożliwienie żołnierzom realizowania ich aspiracji zawodowych;
— przestrzeganie stałego porządku dnia i wielu czynności, które wchodzą do tego porządku i dadzą się unormować;
— rzetelne i punktualne załatwianie wszystkich spraw, których załatwienie jest uzasadnione, a więc których sensowność się rozumie i docenia;
— zachowanie odpowiednich proporcji pomiędzy obowiązkami służbowymi, społecznymi, rodzinnymi, odpoczynkiem i rozrywką;
— postępowanie etyczne, moralne;
— posiadanie dobrze funkcjonującej rodziny, przyjaciół i kolegów.

Ostatni postulat wiąże się z potrzebą utrzymywania kontaktów społecznych, które są nieodzowne w zachowaniu zdrowia psychicznego. W wypadku żołnierza chodzi o jego współuczestnictwo w kolektywie żołnierskim [14]. Człowiek jest jak wiadomo istotą społeczną i bez społecznych kontaktów (w szerokim tego słowa znaczeniu) nie może funkcjonować. Przerwanie takich

[14] A. Barabanszczikow i inni, *Psychologia kolektywu żołnierskiego*, Warszawa 1968.

kontaktów nasuwa zawsze podejrzenie o pojawieniu się jakiegoś zaburzenia. Szczególnie warto podkreślić ogromną rolę uświadomienia sobie swej zależności od społeczeństwa, któremu bezpośrednio lub pośrednio zawdzięczamy wszystko, nawet własną osobowość.

Uświadomienie sobie tej zależności powinno być źródłem życzliwej postawy wobec ludzi ujawniającej się na co dzień w wielu konkretnych — uwzględniających dobro innych — zachowaniach. Można by tu również nawiązać do wspomnianego na wstępie znaczenia dla zdrowia psychicznego właściwych stosunków międzyludzkich (zarówno pionowych, jak i poziomych), roli organizacji społecznych itp.

Gdy mowa więc o potrzebie unormowania swego życia, to należy zawsze problem ten widzieć w kontekście społecznym.

Wynika z tego sugestia siódma, że w procesie wychowania należy pomagać żołnierzom w ustabilizowaniu ich społecznego życia, gdyż jest ono ważnym czynnikiem zachowania zdrowia psychicznego.

8. Przechodząc do ostatniego punktu tej części rozważań, należy podkreślić jego wagę dla omawianego tematu. Dotychczas mówiłem tylko w sposób pośredni o samowychowaniu, które jest potężnym sprzymierzeńcem wszelkich wysiłków wychowawczych. W tym punkcie chcę zwrócić uwagę na bezpośrednią rolę samowychowania w procesie zachowania zdrowia psychicznego.

Samowychowanie

Należy zacząć od postulatu posiadania zarówno wielkich celów życiowych, jak i małych — „na co dzień". Posiadanie celów życiowych i dążenie do ich osiągnięcia jest przez wielu autorów podawane jako najprostsza recepta na szczęście [15]. Nie zajmując się wnikliwiej tym zagadnieniem warto jednak wskazać na jego ścisły związek z utrzymaniem zdrowia psychicznego. Wytrwałe dążenie do życiowego i innych bliższych, szybciej osiągalnych celów wiąże się z poprzednimi naszymi rozważaniami. Faktem

[15] W. Tatarkiewicz, *O szczęściu*, Warszawa 1962.

jest np., że ludzie cieszący się dobrym zdrowiem fizycznym i psychicznym — nawet w podeszłym wieku — mają ogromne (często nawet przerastające ich możliwości) plany i wyraźne cele życiowe. Cele te powinny obejmować nie tylko służbę wojskową, pracę zawodową czy społeczną, lecz również własną osobowość.

Świadome kształtowanie, w ramach samowychowania, własnej osobowości, a zwłaszcza charakteru, umożliwia realizowanie wszystkich wymienionych do tej pory sugestii. Idzie o to, że człowiek nie może oczekiwać biernie aż otoczenie, poprzez wychowanie, ukształtuje w nim wszystkie cechy stanowiące o pozytywnym charakterze. Dotyczy to przede wszystkim osób dorosłych, u których decydującą rolę odgrywa aktywność własna. Spróbujmy więc ująć ważniejsze postulaty w kilka punktów.

1. Zainteresowanie się własną osobowością, charakterem. Przeprowadzenie analizy charakteru w celu odpowiedzenia sobie na pytanie: jaki jestem, jaki mam charakter? Bez popadania w egocentryzm należy dążyć do poznania siebie poprzez uzyskiwanie opinii o sobie od innych ludzi (co inni mówią o mnie i jak się do mnie ustosunkowują), samoobserwację prowadzoną w różnych sytuacjach życiowych i warunkach, zwłaszcza w czasie kontaktowania się z innymi ludźmi i wykonywania wszystkich zadań, dokonania pewnych „eksperymentów" charakterologicznych oraz zainteresowanie się psychologią i innymi naukami o człowieku.

2. Zdanie sobie sprawy ze swoich wad i ujemnych stron charakteru. Nie jest to proste, gdyż człowiek, nawet przed samym sobą nie jest skłonny przyznać się do istotniejszych wad. Uświadomienie sobie szczególnie uciążliwych dla otoczenia zachowań umożliwia konsekwentną pracę nad sobą, która stopniowo może doprowadzić do pozbycia się ich.

3. Prowadzenie systematycznej i szczegółowej samokontroli zachowania się i działania. Umożliwia to lepsze panowanie nad sobą, przeciwstawianie się złym skłonnościom oraz wykorzystanie swych zalet i przymiotów. Samokontrola postępowania jest możliwa na drodze aktywnego angażowania swojej świadomości w działanie i codzienne rozmyślania.

4. Zdanie sobie sprawy z tego, że kształcenie charakteru nie odbywa się poprzez specjalnie wyodrębnione metody. Jedynie słuszna i skuteczna droga polega na pełnym i aktywnym uczestniczeniu w życiu zawodowym i społecznym, na wszechstronnym interesowaniu się życiem i jego przejawami. Bierne oczekiwanie na spontaniczne zmiany charakterologiczne nie może prowadzić do zmian na lepsze. Przeciwnie, wytwarza postawy niekorzystne, prowadzi do przekształceń raczej nietypowych i często negatywnych.

5. Uświadomienie sobie znaczenia stosunków łączących ludzi, ich charakteru i rozwoju, dlatego, że:

— stale, od pierwszej chwili istnienia byliśmy zależni od innych, zaciągając w ten sposób swoisty „dług wdzięczności";
— stale jesteśmy zależni od grupy społecznej, w której żyjemy i do której należymy (rodzina, grupa koleżeńska, grupa zawodowa, naród, ojczyzna);
— rozwój jednostki zależy ściśle od rozwoju społecznego, stąd konieczność wniesienia własnego wkładu w ten rozwój oraz poszanowanie poglądów innego człowieka i jego pracy;
— człowiek żyje w pewnym zorganizowanym systemie społecznym (a takim jest szczególnie wojsko) i dlatego musi mu się podporządkować, przyczyniając się do utrzymania dyscypliny i porządku społecznego.

6. Dążenie do zmiany zewnętrznych warunków negatywnych przez unikanie złych wpływów i niekorzystnych sytuacji, a wyszukiwanie warunków i sytuacji zewnętrznych sprzyjających rozwojowi pozytywnych cech charakteru. Chodzi tu o stwarzanie i wykorzystywanie pozytywnych przymusów zewnętrznych.

7. Posiadanie jakiegoś wzoru osobowego, do którego się dąży i który się naśladuje. Nie musi to być żywy człowiek, czasami może to być jakaś postać nawet fikcyjna, np. z literatury lub filmu.

8. Przekonanie, że można i należy rozwijać swój charakter, że można się zmienić dzięki aktywności własnej. Twierdzenie: „taki już jestem" — jest przykładem braku takiego przekonania i wpływa demobilizująco na działanie w tym kierunku. Uniemożliwia widzenie perspektywy zmiany na lepsze. Bardzo istotne

jest również nakreślenie celu postępowania w tym zakresie. Nie wystarcza więc tylko zdawać sobie sprawę z tego, „jaki jestem", ale również „jakim chcę być" i „co mogę osiągnąć". Kształcenie charakteru po to, by w ogóle być lepszym, jest „sztuką dla sztuki" i nie gwarantuje powodzenia. Jest to punkt widzenia znamienny dla autorów wielu dawniejszych prac, poświęconych kształceniu charakteru.

Tak więc ósmą i ostatnią sugestią praktyczną jest posiadanie celów życiowych, w tym również związanych z kształtowaniem w procesie samowychowania własnej osobowości.

W ten sposób wydaje się być uzasadniony ścisły związek nie tylko między wychowaniem, lecz i samowychowaniem a zdrowiem psychicznym każdego żołnierza. Zdrowie psychiczne bowiem zależy w dużej mierze od tego, czy i w jaki sposób potrafimy świadomie wychowywać oraz pobudzać do samowychowania.

Wnioski końcowe

1. W związku z tym, że życie żołnierzy jest w wojsku w sposób szczególny uzależnione od decyzji i postępowania przełożonych — osoba przełożonego-wychowawcy odgrywa dużą rolę w zachowaniu zdrowia psychicznego podwładnych. Można więc przyjąć, że: wśród czynników egzogennych, wywołujących zakłócenia w zdrowiu psychicznym żołnierzy, ważną rolę odgrywa osobowość przełożonego-wychowawcy oraz jego postępowanie wychowawcze.

2. Istotą dbałości o zdrowie psychiczne żołnierzy jest prawidłowe skojarzenie zabiegów psychokorekcyjnych i terapeutycznych w stosunku do ludzi cierpiących na zaburzenia psychiczne różnego stopnia — z szeroko pojętą działalnością profilaktyczną prowadzoną w stosunku do ludzi zdrowych. Zdrowie psychiczne jest więc sprawą nie tylko specjalistów psychiatrów i psychologów, lecz również, a może nawet przede wszystkim, sprawą całej kadry dowódczej, wszystkich wychowawców, kształtują-

cych osobowość żołnierza i stosunki społeczne w jednostce wojskowej.

3. Dbałości o zdrowie psychiczne żołnierzy nie należy traktować jako jeszcze jednej sprawy dodatkowej, którą można rozwiązać w drodze jednorazowej akcji czy też przedsięwzięcia niekiedy oderwanego od normalnego życia w jednostce. Higiena psychiczna powinna być immanentnym składnikiem całego życia wojskowego, w tym również wychowania.

4. W związku z powyższym, w systemie oceniania przełożonych-wychowawców warto w większym stopniu uwzględniać również i to — czy i w jaki sposób dbają oni o zdrowie psychiczne swoje i podwładnych. Wprawdzie trudno tu o obiektywne kryteria, ale istnieją możliwości wzięcia pod uwagę w działaniu przełożonych takich elmentów, które wywołują najbardziej ewidentne skutki w tym zakresie (zarówno pozytywne, jak i negatywne). Między innymi pojawienie się większej liczby zakłóceń w zdrowiu psychicznym żołnierzy w pododdziale lub innej instytucji wojskowej powinno być sygnałem do wnikliwej analizy postępowania wychowawczego przełożonych w celu ustalenia źródła tych zakłóceń.

5. Znajomość zasad higieny psychicznej z uwzględnieniem specyfiki wojskowej jest jeszcze wśród kadry wychowawczej niewielka. W związku z tym można przyjąć, że — poza sporadycznymi wypadkami — ewentualne negatywne skutki jej postępowania w zakresie zdrowia psychicznego u żołnierzy oraz naruszanie tego zdrowia u siebie, najczęściej wynikają z nieświadomości. Dlatego istnieje uzasadniona potrzeba wprowadzenia problematyki higieny psychicznej na wszystkie szczeble szkolenia przełożonych-wychowawców oraz jej systematycznej popularyzacji na łamach czasopism wojskowych i w oddzielnych wydawnictwach.

6. Przy szerszym podejściu do problematyki zdrowia psychicznego wojskowej kadry zawodowej warto w krąg tych zagadnień włączyć rodzinę wojskową, gdyż niektóre zakłócenia w zdrowiu psychicznym kadry, odbijające się ujemnie na ich postępowaniu służbowym, biorą swój początek w pewnych niewłaściwościach życia rodzinnego i konfliktach pozazawodowych.

7. Bardzo ważną rolę w zachowaniu zdrowia psychicznego spełnia refleksja nad sobą, leżąca u podstawy procesu samowychowania. Dlatego też dbać o zdrowie psychiczne w procesie wychowania oznacza nie tylko prawidłowo oddziaływać wychowawczo, lecz również pobudzać żołnierzy do samowychowania.

STEFAN CIEŚLAK

Rozdział XIV

DZIAŁALNOŚĆ SPECJALISTYCZNYCH PLACÓWEK ZAJMUJĄCYCH SIĘ HIGIENĄ PSYCHICZNĄ W WOJSKU

Zadania specjalistycznych placówek zajmujących się higieną psychiczną w wojsku. — Kierunki, formy i metody działalności GPHP.

Jednym z podstawowych czynników sprawności bojowej wojska jest — jak wiemy — wysoki standard zdrowia psychicznego żołnierzy. Wynika to ze stojących przed nowoczesną armią zadań, których realizacja wymaga od żołnierzy większej niż kiedykolwiek sprawności także wszystkich funkcji psychicznych i odporności na trudy służby wojskowej. Dlatego też rozwój wszystkich form higieny psychicznej w wojsku nabiera coraz większego znaczenia. Wielką pracę w tej dziedzinie wykonują również placówki specjalistyczne.

Potrzeba ich istnienia wynika z konieczności zapewnienia pomocy specjalistycznej dowódcom i aparatowi politycznemu w rozwiązywaniu trudnych problemów higieny psychicznej i zdrowia psychicznego żołnierzy.

Zadania specjalistycznych placówek zajmujących się higieną psychiczną w wojsku

Zakres działania specjalistycznych placówek wynika z konkretnych zadań higieny psychicznej w wojsku. Do zasadniczych

można zaliczyć (wg *Instrukcji szefa GZP WP z 3 X 1970 r. w sprawie pracy GPHP*):

— prowadzenie akcji oświatowo-wychowawczej z zakresu higieny psychicznej we wszystkich środowiskach wojskowych;
— uwzględnianie wymogów higieny psychicznej przy opracowywaniu programów szkolenia, wychowania i organizacji życia wojskowego;
— zapewnienie właściwej selekcji psychologiczno-psychiatrycznej poborowych oraz ich doboru do rodzajów wojsk, specjalności i na poszczególne stanowiska;
— kształtowanie warunków wszechstronnego rozwoju osobowości żołnierzy. Ujawnianie i usuwanie zjawisk wpływających ujemnie na zdrowie psychiczne, zapobieganie ich powstawaniu oraz wprowadzanie czynników sprzyjających rozwijaniu tegoż zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem wyrabiania odporności psychicznej na trudy życia wojskowego;
— poradnictwo psychologiczno-psychiatryczne dla żołnierzy służby zasadniczej, kadry zawodowej i jej rodzin;
— prowadzenie działalności diagnostycznej i psychoterapeutycznej z osobami przejawiającymi lżejsze zaburzenia psychiczne;
— prowadzenie działalności psychoprofilaktycznej w zakresie przejawów patologii społecznej w wojsku;
— pomoc wojskowym organom sprawiedliwości w określaniu stanu zdrowia psychicznego żołnierzy, przeciwko którym prowadzone jest postępowanie karne;
— prowadzenie pracy naukowo-badawczej w celu doskonalenia działalności w szerzeniu higieny psychicznej w wojsku.

Zadania te należy traktować jako ogólne wytyczne, które wymagają konkretyzacji i uzupełnień w zależności od sytuacji i potrzeb poszczególnych środowisk. Realizacja tak szerokich i złożonych zadań wymaga koncentracji wysiłku dowódcy, aparatu politycznego, organizacji partyjnych, młodzieżowych, społecznych i placówek specjalistycznych.

W wojsku istnieje wiele specjalistycznych placówek zajmujących się higieną psychiczną. Ograniczę się do tych, które udzielają bezpośredniej pomocy jednostkom wojskowym. Są to:

1) pracownie psychologiczne,

2) wojskowe poradnie zdrowia psychicznego,
3) oddziały psychiatryczne szpitali wojskowych,
4) nieetatowe garnizonowe poradnie higieny psychicznej (GPHP).

Różnorodne zadania tych placówek wynikają z ich przeznaczenia. Podam tu tylko te zadania, których znajomość ma największe znaczenie dla zainteresowanych w korzystaniu z ich pomocy [1].

Zadania pracowni psychologicznych, poza wymienionymi w rozdziale XII, są następujące:

— organizowanie i prowadzenie badań selekcyjnych oraz doboru poborowych do poszczególnych rodzajów wojsk i służb;
— badania selekcyjne kandydatów do wojskowego szkolnictwa zawodowego;
— fachowe kierownictwo i nadzór nad badaniami psychologicznymi prowadzonymi w wyższym szkolnictwie wojskowym w celu ujawniania słuchaczy szczególnie uzdolnionych;
— badania psychologiczne żołnierzy ubiegających się o prawo prowadzenia pojazdów mechanicznych lub podwyższenie jego kategorii.

Zadania wojskowych poradni zdrowia psychicznego:

— badania psychiatryczno-psychologiczne w celu ustalenia rodzaju, nasilenia i przyczyn zaburzeń oraz określanie drogi dalszego postępowania;
— poradnictwo psychiatryczno-psychologiczne;
— zabiegi terapeutyczne;
— udzielanie fachowej pomocy nieetatowym GPHP;
— udział w działalności psychoprofilaktycznej w środowisku wojskowym.

Zadania oddziałów psychiatrycznych szpitali wojskowych:

— badania specjalistyczne w celu ustalenia rodzaju, nasilenia i przyczyn zaburzeń psychicznych oraz określanie drogi dalszego postępowania;
— działalność terapeutyczna z osobami wymagającymi leczenia szpitalnego;

---

[1] *Instrukcja o pracowniach psychologicznych wojskowej służby zdrowia z dnia 8 VII 1967 r.* Projekt do instrukcji dotyczącej funkcjonowania placówek psychologii klinicznej wojskowej służby zdrowia.

— udzielanie fachowej pomocy nieetatowym GPHP;
— udział w działalności psychoprofilaktycznej w środowisku wojskowym.

Część zadań powyższych placówek przekracza zakres higieny psychicznej. Jednak przedstawienie ich dostarcza informacji, gdzie i w jakich sprawach można się zwracać oraz jakiej oczekiwać pomocy.

Poradnie zdrowia psychicznego i oddziały psychiatryczne szpitali wojskowych obejmują swoją działalnością żołnierzy służby zasadniczej, kadrę zawodową i jej rodziny. Podstawę przyjęcia stanowi skierowanie lekarza wojskowej służby zdrowia lub poradni specjalistycznej.

Placówkami najbardziej zbliżonymi do jednostek wojskowych i nastawionymi na udzielanie im bezpośredniej pomocy w rozwiązywaniu trudnych problemów higieny psychicznej są nieetatowe garnizonowe poradnie higieny psychicznej [2]. Do zasadniczych ich zadań wynikających z potrzeb jednostek wojskowych można zaliczyć [3]:
— udział w działalności oświatowo-wychowawczej z zakresu higieny psychicznej wśród żołnierzy służby zasadniczej, kadry zawodowej i jej rodzin;
— pomoc dowódcom i aparatowi politycznemu w kształtowaniu warunków sprzyjających ochronie i rozwijaniu zdrowia psychicznego żołnierzy, ze szczególnym uwzględnieniem wyrabiania w nich odporności psychicznej na trudy służby wojskowej;
— poradnictwo psychologiczno-wychowawcze dla dowódców, aparatu politycznego i rodzin wojskowych;
— poradnictwo psychologiczne dla żołnierzy służby zasadniczej;
— pomoc dowódcom w ujawnianiu i eliminowaniu z wojska tych żołnierzy, którzy ze względu na rodzaj i charakter zaburzeń psychicznych nie podlegają obowiązkowi służby zasadniczej;

---

[2] Nieetatowe garnizonowe poradnie higieny psychicznej zostały powołane zarządzeniem ministra obrony narodowej nr 48/MON z dnia 3 X 1970 r. w 12 garnizonach. Działalność swoją rozpoczęły w marcu 1971 r. i prowadzą ją nadal z perspektywą przekształcenia w poradnie etatowe. Przewiduje się również rozszerzenie sieci tych placówek.

[3] *Instrukcja szefa GZP WP z dnia 3 X 1970 r. w sprawie pracy GPHP.*

— prowadzenie działalności diagnostycznej i psychoterapeutycznej w wypadkach lżejszych zaburzeń psychicznych;
— systematyczna analiza i opracowywanie zdobywanych doświadczeń w celu doskonalenia swojej działalności.

GPHP działalnością swoją obejmują:
— żołnierzy służby zasadniczej, elewów, kadetów i podchorążych kierowanych przez dowódców i lekarzy oraz zgłaszających się dobrowolnie;
— kadrę zawodową i jej rodziny wyłącznie na zasadzie dobrowolnej i bez skierowań.

Realizacja tak szerokich i złożonych zadań wymaga ścisłej współpracy z lekarzami różnych specjalności oraz dowódcami i aparatem politycznym jednostek wojskowych. Istnieje bowiem wiele zaburzeń, których rozpoznanie wymaga konsultacji z różnymi specjalistami. Również lekarze odczuwają potrzebę konsultacji psychiatrycznej i psychologicznej.

Rozpoznanie rodzaju i przyczyn zaburzeń wymaga także szczegółowych informacji o funkcjonowaniu żołnierza w pododdziale, których powinni dostarczyć jego przełożeni. Od współpracy z dowódcami w dużym stopniu zależy również powodzenie podjętej działalności psychokorekcyjnej z żołnierzami pozostającymi w pododdziale. Dowódcy powinni przestrzegać w postępowaniu z nimi zaleceń poradni oraz systematycznie informować ją o ich zachowaniu w różnych sytuacjach.

Współpraca poradni z dowódcami i aparatem politycznym ma szczególne znaczenie dla działalności psychoprofilaktycznej. Tylko systematyczne konsultacje w ustalaniu kierunków, form i metod tego działania, wynikających z aktualnych potrzeb i współdziałanie w ich realizacji, może dać pozytywne efekty.

Kierunki, formy i metody działalności GPHP

Z dotychczasowych doświadczeń i potrzeb jednostek wojskowych wynika, że GPHP powinny prowadzić swoją działalność w trzech zasadniczych kierunkach: diagnostycznym, terapeutycznym i psychoprofilaktycznym.

1. *Działalność diagnostyczna*

Polega ona na ustalaniu rodzaju i przyczyn zaburzeń, co wymaga stosowania różnych metod. Do zasadniczych z nich można zaliczyć: rozmowę z badanym, wywiad środowiskowy, obserwację funkcjonowania w środowisku, badanie dokumentów służbowych i osobistych oraz badania testowe.

Na podstawie wyników badań należy określić drogę dalszego postępowania. Przypadki przekraczające możliwości terapeutyczne GPHP i trudne do rozpoznania powinny być kierowane do poradni zdrowia psychicznego lub na oddziały psychiatryczne szpitali wojskowych. Natomiast z osobami, u których występują lżejsze zaburzenia psychiczne (tych jest zdecydowana większość), powinny być prowadzone zabiegi terapeutyczne przez GPHP.

2. *Działalność terapeutyczna*

Celem tej działalności jest usunięcie występujących zaburzeń psychicznych i ich przyczyn, co wymaga stosowania różnych form i metod psychokorekcyjnych oraz farmakoterapii. U osób zgłaszających się do poradni występują często zaburzenia w rozwoju psychicznym o różnej etiologii. Dlatego też nie zawsze wystarczy i nie zawsze jest potrzebna farmakoterapia. W zależności od przypadku może ona być stosowana jako metoda pomocnicza lub podstawowa. W większości przypadków, ze względu na rodzaj i przyczyny zaburzeń, stosowane jest z pozytywnym skutkiem tylko oddziaływanie psychoterapeutyczne. Ograniczę się do przedstawienia metod najprostszych i najczęściej stosowanych przez GPHP.

Rozmowa podtrzymująca — polega na podtrzymywaniu wiary we własne siły oraz łagodzeniu i usuwaniu załamania psychicznego. Ta metoda psychoterapii stosowana jest w stosunku do osób, u których wystąpiło chwilowe załamanie psychiczne w związku z wyjątkowo trudną sytuacją, w jakiej się znalazły. Najczęstszymi przyczynami tych załamań są: śmierć najbliższej osoby, zdrada lub odejście współmałżonka, zdrada narzeczonej i inne. W takich sytuacjach wiele osób potrzebuje

kogoś bliskiego, zaufanego, komu mogą się zwierzyć ze swoich problemów. Szukają one zrozumienia, współczucia, a często również rady i pomocy. W takich wypadkach życzliwa rozmowa pomaga podtrzymać wiarę we własne siły, łagodzi i usuwa występujące załamanie. Często, w zależności od stanu psychicznego danej osoby, rozmowa podtrzymująca jest tylko wstępem do dalszych zabiegów psychoterapeutycznych.

Rozmowa wyjaśniająca — polega na wyjaśnianiu i dążeniu do zmiany wadliwych postaw, nierealnych celów oraz przyczyn sytuacji kryzysowych. Metoda ta jest bardzo często stosowana w przypadkach trudności przystosowawczych i wychowawczych, uwarunkowanych czynnikami psychologicznymi. W zależności od ich przyczyn celem rozmowy jest zmiana wadliwych postaw wobec służby wojskowej, przełożonych, kolegów itp. W sytuacji kryzysowej szuka się, razem z badanym, jej przyczyn i dróg wyjścia. Często przyczyny zgłoszeń do poradni są złożone, co wymaga równoczesnego stosowania innych metod psychoterapii (np. ingerencja w środowisko).

Odreagowanie napięć — polega na stworzeniu sprzyjających warunków do „wygadania się" na tematy, które badanego absorbują emocjonalnie. Dotyczy to osób, które zgłaszają się w stanie silnego napięcia emocjonalnego, wywołanego sytuacją stresową, w jakiej się znalazły. W takim wypadku konieczne jest stworzenie atmosfery zaufania i życzliwości, w której badany może bez obawy mówić o tym co go nurtuje, boli, gniewa, czego się obawia lub wstydzi. Takie „wygadanie się" pomaga w odreagowaniu napięcia psychicznego, co następnie pozwala na spokojne wyjaśnienie przyczyn zaistniałej sytuacji i szukanie dróg wyjścia.

Porady wychowawcze dla dowódców i rodziców. Dotyczą one tych trudności wychowawczych z żołnierzami i dziećmi, których przezwyciężenie przekracza możliwości dowódców i rodziców. Nasilenie tych zgłoszeń jest dość duże, a ich przyczyny — różne. Najczęściej są one wynikiem błędów wychowawczych i ujemnego wpływu środowiska.

Potrzeba ingerencji w mechanizmy wywołujące zaburzenia zachodzi bardzo często i dotyczy:

— błędów wychowawczych popełnionych przez przełożonych i rodziców;

— rozładowania sytuacji konfliktowych i likwidacja ich przyczyn;

— zmiany stosunku przełożonego do podwładnego i odwrotnie oraz rodziców do dzieci;

— przeniesienie do innego pododdziału lub jednostki, w celu uniknięcia dalszych trudności;

— zmiany warunków i miejsca pracy ze względu na stan zdrowia badanego (w miarę możliwości kadrowych i etatowych).

Bibliotерapia — polega na zalecaniu przeczytania odpowiedniej literatury i postępowania zgodnie z jej wskazaniami. Pozwala to na zrozumienie występujących zaburzeń i korektę własnego postępowania. Zastosowanie tej metody zależy od rodzaju zaburzenia i przygotowania pacjenta do zrozumienia określonej lektury.

Farmakoterapia — stosowana jest w przypadkach koniecznych na zalecenie poradni zdrowia psychicznego i w ścisłej z nią konsultacji. W szerszym zakresie stosowana jest w tych GPHP, w których pracują psychiatrzy.

Na pomyślny przebieg psychoterapii wpływa wiele czynników, z których na szczególną uwagę zasługuje pozyskanie całkowitego zaufania badanego przez pracowników poradni.

3. *Działalność psychoprofilaktyczna*

Zasadniczy wysiłek GPHP jest i powinien być nadal skierowany na działalność psychoprofilaktyczną, co wynika z potrzeb jednostek wojskowych.

Analiza przyczyn zaburzeń psychicznych występujących w wojsku dowodzi, że często można ich unikać oraz wzmacniać i rozwijać zdrowie psychiczne żołnierzy przestrzegając podstawowych wskazań higieny psychicznej. Jednak wiedza z tej dziedziny jest nie zawsze zadowalająca, a z przestrzeganiem jej wskazań w życiu codziennym nie zawsze bywa najlepiej. Wynika to często z nieuświadomienia sobie skutków niezgodnego z zasadami higieny psychicznej postępowania. Sytuacja taka od-

bija się ujemnie na ujawnianiu i leczeniu zaburzeń, skutecznym zapobieganiu ich powstawania oraz wzmacnianiu i rozwijaniu zdrowia psychicznego żołnierzy.

Jednym z podstawowych warunków skuteczności leczenia choroby psychicznej jest wczesne jej wykrycie. Choroba psychiczna, w większości wypadków, rozwija się stopniowo, jest sygnalizowana różnymi objawami psychicznymi i wegetatywnymi. Osoba, u której wystąpią objawy zaburzeń psychicznych, powinna jak najszybciej zgłosić się do psychologa lub psychiatry. W przypadku wewnętrznych oporów przed zgłoszeniem się do specjalisty, co zdarza się bardzo często, powinno skłonić ją do tego najbliższe otoczenie. Najczęściej taki żołnierz trafia do poradni wówczas, gdy nasilenie zaburzeń uniemożliwia mu sprawne wykonywanie obowiązków służbowych i współżycie w grupie. Dlatego też posiadanie minimum wiedzy z zakresu higieny psychicznej — szczególnie przez kadrę zawodową — jest istotnym warunkiem zachowania i rozwijania zdrowia psychicznego.

W działalności psychoprofilaktycznej bardzo ważne jest również odróżnienie czynników wpływających ujemnie na zdrowie psychiczne, od tych, które kształtują korzystne dla wojska cechy osobowościowe i odporność na trudy służby wojskowej. Należy mieć także na uwadze fakt, że te same czynniki mogą wywierać pozytywny lub destrukcyjny wpływ, zależnie od struktury osobowości i aktualnego stanu psychicznego żołnierza.

Ważną formą psychoprofilaktycznej działalności jest również poradnictwo przez „telefon zaufania". Życie codzienne dostarcza każdemu człowiekowi wiele problemów wymagających pilnego rozwiązania. Większość osób rozwiązuje je samodzielnie lub przy pomocy specjalistów, przyjaciół i przełożonych. Są jednak niekiedy problemy intymne i wstydliwe. W takiej sytuacji pomocy może udzielić anonimowy przyjaciel — „telefon zaufania". Ta forma poradnictwa nabiera szczególnego znaczenia w chwilach załamania psychicznego. Telefony takie wprowadzono eksperymentalnie w kilku GPHP w 1972 r. i okazały się bardzo przydatne, co przemawia za celowością kontynuowania i rozwijania również i tej formy poradnictwa specjalistycznego.

Z przedstawionej problematyki wynikają następujące wnioski:

1. Potrzeba dalszego rozwijania i doskonalenia działalności w szerzeniu higieny psychicznej wymaga koncentracji wysiłków dowódców, ~~aparatu politycznego, organizacji partyjnych, młodzieżowych,~~ ORW, wreszcie placówek specjalistycznych.
2. Wszystkie placówki specjalistyczne zajmujące się higieną psychiczną powinny ściśle współdziałać z wojskową służbą zdrowia.
3. Zasadniczy wysiłek wszystkich czynników służbowych, społecznych i placówek specjalistycznych powinien być skierowany na działalność psychoprofilaktyczną.

ZDZISŁAW RYDZYŃSKI

Rozdział XV

REALIZACJA OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W SIŁACH ZBROJNYCH NIEKTÓRYCH PAŃSTW

Francja. — Stany Zjednoczone Ameryki Północnej. — Republika Federalna Niemiec.

Z rozwoju wojskowej służby zdrowia na przestrzeni ostatnich 200 lat widać jak bardzo zmienił się jej profil od czysto praktycznych usług w zakresie opatrywania ran i leczenia chorób zakaźnych w kierunku szeroko pojętej profilaktyki. Jednocześnie lekarz wojskowy awansuje stopniowo z pozycji cyrulika do pozycji kolegi — oficera, który wspólnie z całym zespołem dowódczym kształtuje wysoki poziom gotowości bojowej oddziału.

Wprowadzenie w szeregi służby zdrowia psychiatrów, a później psychologów, pozwoliło zająć się także problemem ochrony zdrowia psychicznego żołnierzy. Specjalności te rozpoczęły swoją pracę w wojsku stosunkowo późno, bo w niektórych armiach w drugiej połowie XIX w. (np. psychiatrię we Francji wprowadzono w 1838 r., w Rosji — 1861 r., a w większości dopiero w okresie I wojny światowej). Początkowo działały one oddzielnie, psychiatrzy zajmowali się, tak jak ich cywilni koledzy, leczeniem chorób psychicznych, a psychologom powierzono sprawy selekcji i doboru do wojsk nasycanych techniką, praktycznie niemal wyłącznie w lotnictwie i marynarce.

Najprawdopodobniej gwałtowny rozwój technicyzacji całych

armii, a co za tym idzie, olbrzymi wzrost wymagań i odpowiedzialności złożony na barki już nie tylko oficera, ale i szeregowego żołnierza, spowodował większe zainteresowanie się problematyką zdrowia psychicznego przez kierownictwa resortów obrony narodowej. Niemałe znaczenie dla uznania potrzeby skorzystania z usług psychiatrii i psychologii miał również niewątpliwie wielki postęp tych dyscyplin naukowych w ostatnim pięćdziesięcioleciu.

W czasie II wojny światowej i w okresie powojennym daje się zauważyć we wszystkich siłach zbrojnych wyraźna integracja psychiatrii i psychologii wojskowej, które to specjalności łączy wspólna troska o utrzymanie wysokiego standardu zdrowia psychicznego żołnierzy. Znajduje to wyraz zarówno w pociągnięciach organizacyjnych, jak i w kierunkach prac badawczych, priorytecie dla niektórych podspecjalizacji itd.

Spośród licznych modeli organizacyjnych służb, zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego żołnierzy, wybrałem model francuski, amerykański i zachodnioniemiecki, wychodząc z założenia, że są one dla nas interesujące z różnych względów.

Dane, które tu przedstawiam, pochodzą z jawnych publikacji, a zatem mogą zawierać pewne niedokładności. Ponieważ chodzi jednak o zapoznanie się jedynie z ramowymi założeniami organizacyjnymi i podstawowymi tezami zasad postępowania, podane wiadomości można uznać za wystarczające.

Każda z omawianych tu armii ma swoją specyfikę, a zatem do ich osiągnięć podchodzić trzeba krytycznie, tym bardziej że są to armie kapitalistyczne. Szereg ich rozwiązań może jednak pobudzić do refleksji.

Francja

Rozwój francuskiej służby zdrowia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego ma swój charakterystyczny przebieg. Jest on obecnie wypadkową jednoczesnego rozwoju neurologii, psychiatrii i psychologii wojskowej, które to dyscypliny w ostatnim trzydziestoleciu zdecydowanie integrują swe zainteresowania problematyką higieny psychicznej.

Wojskowa psychiatria ma tradycje sięgające 1938 r. Neurologia rozwinęła się w XIX w. Również psychologia wojskowa ma we Francji bogatą przeszłość, ponieważ, jeszcze przed I wojną światową, należała, obok niemieckiej, do najlepiej rozwiniętych na świecie. Psychiatria wspólnie z neurologią do lat trzydziestych zajmowały się wyłącznie rozpoznawaniem i leczeniem. Podobnie psychologia, stosowana przeważnie w marynarce i lotnictwie, trudniła się niemal wyłącznie problemami selekcji i doboru.

W okresie ostatnich lat nastąpiła integracja tych trzech dyscyplin, a zwłaszcza psychiatrii i psychologii pod kątem prewencji zaburzeń psychicznych, co znalazło swój wyraz nawet w nomenklaturze nie stosowanej w innych krajach, jak: *le medicin psychologue* [1], *les centres hospitaliers de psychologie clinique* itp. [2].

Obecnie organizacja służby psychiatrycznej w armii francuskiej opiera się w czasie pokoju na zintegrowanym współdziałaniu psychiatrów, psychologów klinicznych oraz tzw. asystentów społecznych. Specjaliści ci działają w następujących instytucjach:

1. Rejonowe ośrodki selekcyjne wojsk lądowych (*Les centres regionaux de sélection de l'armée de terre*).

2. Służba neuropsychiatryczna szpitali wojsk lądowych (*Les services régionaux de neuropsychiatrie des hospitaux des armées*).

3. Szpitalne ośrodki psychologii klinicznej (*Les centres hospitaliers de psychologie clinique*).

1. *Rejonowe ośrodki selekcyjne wojsk lądowych*

Przeprowadzają one wstępne i podstawowe badania poborowych na kilka miesięcy przed ich wcieleniem. Opierają się na ogólnomedycznej ocenie zdrowia, wypełnieniu przez przedpoborowego kwestionariusza biograficznego i medycznego oraz na zbadaniu testami psychologicznymi. Cały ten materiał przekazuje się maszynom matematycznym w celu obliczenia tzw. poziomu ogólnego. Dane uzyskane z badań testowych i materiałów

[1] lekarz psycholog.
[2] szpitalne ośrodki psychologii klinicznej.

biograficznych uzupełnia się informacjami z takich instytucji, jak szkoła i zakład pracy, z którymi ośrodki selekcyjne współpracują. Pozwala to ustalić profil psychofizyczny każdego osobnika, a na podstawie wszystkich danych, także „współczynnik psychizmu — *P*", i zakwalifikować poborowego do odpowiedniej kategorii zdrowia oraz rodzaju wojsk.

Rozciągnięta w czasie selekcja pozwala ponadto z dużą pewnością rozgraniczyć przypadki nieprzystosowania nerwicowego od anomalii emocjonalno-popędowych. Umożliwia jednocześnie zastosowanie odpowiednich środków leczniczych jeszcze przed wcieleniem, co z jednej strony zmniejsza liczbę żołnierzy zwalnianych z wojska już w trakcie szkolenia, z drugiej zaś pozwala sklasyfikować osobnika do takiej specjalności, w której prawdopodobieństwo osiągnięcia przez niego powodzenia jest największe.

Zasadniczym kryterium podziału jest zdolność przystosowawcza, ilościowo wyrażona „współczynnikiem psychizmu — *P*", który to współczynnik jest pięciostopniowy:

P_1 — osobnik prawidłowo ukształtowany psychicznie, o wysokich zdolnościach adaptacyjnych,

P_2 — osobnik, którego umiejętności adaptacji społecznej są wątpliwe z powodu rozmaitych drobnych mankamentów osobowości,

P_3 — osobnik wykazujący nieznaczne wady w sferze emocjonalno-popędowej, ale z prawidłowym intelektem, a zatem dysponujący znacznymi zdolnościami adaptacyjnymi,

P_4 — osobnik z wadami w sferze emocjonalno-popędowej, wykazujący duże trudności adaptacyjne,

P_5 — osobnik nie rokujący adaptacji do życia w społeczeństwie.

Zakwalifikowanie do grupy P_4, P_5 powoduje definitywne lub okresowe zwolnienie z wojska.

Najwięcej wątpliwości diagnostycznych dostarcza grupa P_2, gdyż, podobnie jak odpowiadająca jej w polskiej nomenklaturze grupa II anomalii charakteru (mierne upośledzenie zdolności adaptacyjnych), dopuszcza dowolność interpretacji. O nieprzydatności osobnika do służby zasadniczej nie decyduje jednak samo zaklasyfikowanie do tej grupy, lecz praktyczne sprawdze-

nie jego zdolności adaptacyjnych w jednostce wojskowej. Postępowanie takie oparte jest na założeniu, że trudności adaptacyjne w środowisku cywilnym w żadnym wypadku nie oznaczają złego przebiegu służby wojskowej, tym bardziej że psychopatyczne cechy osobowości często mogą przekształcić się w działanie społecznie korzystne. Żołnierze z grupy P_2 wcieleni zostają do jednostek z pełnym kompletem informacji z ośrodka selekcji, co ułatwia korygowanie występujących zaburzeń i zastosowanie odpowiednich środków leczniczo-wychowawczych.

Nie zawsze muszą to być typowo medyczne formy postępowania jak farmako- czy psychoterapia, choć są one nie bez znaczenia. Często wystarczą posunięcia organizacyjne w jednostce wojskowej. Stosując zasadę indywidualizacji można pokierować osobnikiem w ten sposób, by wykorzystać jak najlepiej jego zdolności i sposoby reagowania. I tak przytacza się przykłady pozytywnej adaptacji żołnierza z nerwicą skierowanego do pracy biurowej, schizoida do pracy w ciemni fotograficznej, cykloida do formacji komandosów. Działanie takie opiera się na założeniu, że zaburzenia charakterologiczne wynikają przede wszystkim z patologicznej struktury osobowości. Pamiętać też trzeba, że zaburzenie zachowania wywołane jest przez patologiczne cechy osobowości, ale mimo to często nie wystąpiłoby, gdyby nie wywołała go określona sytuacja „spustowa". Tak więc działanie terapeutyczne powinno być nastawione na zmianę struktury osobowości zarówno przez odpowiednią pomoc medyczną i psychologiczną, jak i prawidłowo zorganizowaną pracę oświatowo-wychowawczą.

2. *Służba neuropsychiatryczna w szpitalach wojskowych*

Wpleciona w zespół oddziałów ważniejszych szpitali wojsk lądowych (i marynarki wojennej) służba ta spełnia ważną rolę diagnostyczną, leczniczą i orzeczniczą. W efekcie neuropsychiatra szpitala armii, a w okresie pokoju szef służby psychiatrycznej, kumuluje funkcje lekarza leczącego i eksperta komisji wojskowo-lekarskich oraz sądów wojskowych. Ponadto jest doradcą w sprawach psychiatrii środowiskowej dowódcy danego regionu

oraz lekarzy jednostek. Kolektyw oddziału neuropsychiatrycznego rozrósł się do wielospecjalistycznej ekipy: grupy psychiatrów, lekarzy specjalistów od psychologii i higieny psychicznej, psychologów, asystentów społecznych oraz różnego rodzaju osób ze specjalizowanego personelu średniego. Oddział rozwija także lecznictwo ambulatoryjne.

W dzisiejszych czasach nazwa „neuropsychiatria" stała się przeżytkiem. Oddział prowadzi nieomal wyłącznie chorych psychiatrycznych — głównie nerwice i psychopatie. Pewną liczbę chorych stanowią psychozy, przeważnie etiologii pourazowej, alkoholowej i związanej z przekwitaniem.

Nerwice i psychozy leczy się, psychopatów wyłącznie diagnozuje i orzeka. W ostatnich latach coraz częściej psychiatrzy wojskowi we Francji zajmują się przypadkami psychosomatycznymi, coraz rzadziej zaś dawną, „klasyczną" psychiatrią. Przenoszenie chorych ze szpitali wojskowych do cywilnych zdarza się rzadko.

3. *Szpitalne ośrodki psychologii klinicznej*

Utworzono je niedawno — 15 maja 1967 r. Są to ośrodki konsultacyjne i orzecznicze, prowadzone przez wojskowego lekarza — specjalistę w zakresie psychologii i higieny psychicznej, któremu podlega grupa lekarzy i psychologów klinicznych. Badań dokonuje się wspólnie (lekarz i psycholog). Ponadto szef służby zdrowia okręgu zleca tym placówkom specjalne misje i zadania w zakresie higieny psychicznej. Chodzi o odcięcie się od przypadków typowo psychiatrycznych i wyjście bliżej przypadków z pogranicza zdrowia i nerwicy.

4. *Pozaszpitalne ośrodki konsultacyjne*

a. Ośrodek Medyczny Lotniczej Psychologii Klinicznej (*Centre Médical de Psychologie Clinique de l'Armée de l'Air*) oraz Ośrodek Naukowo-Badawczy Psychologii Stosowanej Marynarki Wojennej w Tulonie — (*CERPA — Le Centre d'Etudes et Recherches de Psychologie Appliquée*) przygotowują personel, opracowują i kształtują metodyki badawcze, przeprowadzają badania so-

cjologiczne i psychologiczne (głównie psychologia pracy i służby) w marynarce i w lotnictwie.

b. Placówki Selekcyjne (*SSO — Les Services de Sélection — Orientation* — w Hourtin, Brest itd.), badające rekrutów, ochotników i osoby zaangażowane na kontrakt pod kątem ich przydatności do marynarki w ogóle, a do jej różnych działów w szczególności.

c. Lokalne Ośrodki Psychologii Stosowanej *(SLPA — Les Services Locaux de Psychologie Appliquée)* — rozrzucone w różnych bazach i garnizonach marynarki wojennej. Bada się w nich elewów szkół morskich (konsultacje psychopedagogiczne) i kadrę zawodową (zmiana specjalności, przyjęcie w poczet podoficerów marynarki itp.) *SLPA* w Tulonie wyspecjalizowały się w badaniach przydatności do lotnictwa morskiego. Dzięki tak rozgałęzionej sieci psychologiczno-lekarskiej kadra marynarki i lotnictwa jest systematycznie kontrolowana przez wiele lat, a mianowicie — przy wcielaniu, w szkole, przy zajmowaniu pierwszego stanowiska, zmianach stanowiska itp. Wymienione ośrodki decydują o przydatności do obsadzania takich stanowisk, jak instruktor, nawigator itp. Interweniują też w wypadku niektórych form dezadaptacji żołnierza, zakłóceń dyscyplinarnych, konsultują w sprawie higieny psychicznej.

Praca ośrodków marynarki wojennej kierowana jest i integrowana poprzez komórkę administracyjną oraz Radę Konsultantów, mieszczące się przy dowództwie marynarki wojennej.

Stany Zjednoczone Ameryki Północnej

Psychiatrów wprowadzono do służby zdrowia amerykańskich sił zbrojnych dopiero w czasie I wojny światowej w wyniku konsultacji ze służbą zdrowia Francji i Wielkiej Brytanii. Już jednak w czasie wojny secesyjnej 1861—1865 naczelny chirurg *Union Army* — W. Hammond opisał pierwszy typowo wojenny zespół psychopatologiczny, tzw. zespół nostalgii, który 20 lat później trafił do podręczników psychiatrii.

Za „ojca" wojskowych psychiatrów amerykańskich uważa się

T. W. Salmona, prezesa Nowojorskiego Towarzystwa Alienistów i pierwszego Medycznego Dyrektora Narodowego Komitetu Higieny Psychicznej, któremu rząd Stanów Zjednoczonych polecił zorganizować pion psychiatryczny służby zdrowia wojsk wysyłanych do Europy w 1917 r. Salmon opracował w czasie I wojny światowej jednolitą doktrynę psychiatrii wojennej, którą streścił w trzech zasadach:

1) *immediacy* — natychmiastowości (udzielenia pomocy);

2) *proximity* — bliskości (psychiatrycznych ośrodków leczniczych od linii frontu);

3) *expectancy* — perspektyw powrotu na front jak największej liczby leczonych.

Doktryna ta jest podstawą współczesnej doktryny psychiatrycznej w armii amerykańskiej.

Sprawę służby psychiatrycznej w armii na czas pokoju reguluje ustawa AR 40—216 z 1959 r. Określa ona obowiązki psychiatry następująco (poza czynnościami czysto lekarskimi):

— jest on doradcą wszystkich przełożonych w sprawach dotyczących tzw. morale;

— realizuje program prewencji psychiatrycznej;

— ustala i realizuje program zabezpieczenia psychiatrycznego działań bojowych;

— kieruje podległym mu personelem;

— zachowuje ścisłą łączność, w imieniu swego przełożonego medycznego, z dowództwem jednostki.

Stanowiska dla psychiatrów i psychologów wojskowych przewiduje się w następujących instytucjach:

— psychiatra związku taktycznego;

— psychiatra komórki higieny psychicznej w oddziałach dyscyplinarnych (karnych);

— psychiatra MHCS *(Mental Hygiene Consultations Service)* w garnizonach powyżej 18 000 ludzi (łącznie z rodzinami kadry);

— psychiatra oddziałów neuropsychiatrycznych szpitali II i I stopnia;

— psychiatrzy grup, służących do „konsultacji organizacyjnych" w jednostkach wojskowych.

Najsilniejszy akcent kładzie się w armii amerykańskiej na

prewencję, następnie na konsultacje, działalność orzeczniczą, a na końcu leczniczą.

Według Tiffany'ego i Allertona (1967 r.) w styczniu 1967 r. spośród 274 psychiatrów 47 doszkalało się jeszcze w szpitalach psychiatrycznych jako „rezydenci", a 227 pracowało w pełni efektywnie, z czego 62 w jednostkach liniowych. Spośród specjalistów pracujących w pełnym obciążeniu, ponad 50% zatrudniono w *MHCS* lub w poradnich psychiatrycznych — zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w bazach zamorskich. W tych ostatnich pracowało 68 psychiatrów — z tego w RFN 29, w Wietnamie Południowym 11, w Japonii 6, na Okinawie 2 i 5 na Hawajach.

Na kontynencie amerykańskim specjalistów zatrudniano w 48 placówkach, w tym w *MHCS*, szpitalach I kategorii, szpitalach II kategorii, dywizjach, szefostwie służby zdrowia, radach wojskowych i wojskowych instytucjach naukowo-badawczych, a w tym przede wszystkim w: *Walter Reed Army Institute of Research*, w *Medical Research and Development Command* i w niektórych innych zakładach.

Psychiatrzy spełniają swoją misję przy ścisłej współpracy z kwalifikowanym personelem z dziedzin zbliżonych — głównie z psychologami klinicznymi i asystentami społecznymi, czasem także z neurologami. Ze względu na swój współudział w kształtowaniu i utrzymaniu „morale" wojska oraz w ocenie kwalifikacji kadry i w badaniu motywacji podejmowania decyzji, konsultacyjna służba psychiatryczna utrzymuje ścisłe związki i dobre kontakty z dowództwem, kapelanami, inspektorami, służbą prawniczą, pracownikami kadrowymi i lekarzami jednostek wojskowych.

Podstawową jednostką służby psychiatryczno-psychologicznej jest *MHCS* — konsultacyjna służba w zakresie higieny psychicznej. Początek tego typu placówek sięga II wojny światowej, kiedy to utworzono je (w sumie 35) przy obozach szkoleniowych rekrutów, głównie dla celów diagnostyczno-selekcyjnych. Po wojnie początkowo spełniały one rolę naszych poradni zdrowia psychicznego w dużych garnizonach, przy czym liczbę ich zmniejszono do zaledwie dwóch. Od 1950 r. rozpoczął się ich ponowny

szybki rozwój. Obecnie program działania tego typu placówek odpowiada niemal całkowicie programowi polskich poradni higieny psychicznej, w każdym razie nastawiony jest niemal wyłącznie na profilaktykę zaburzeń psychicznych. W zasadzie każdy garnizon liczący 18 000 ludzi (łącznie z rodzinami kadry) ma swoją *MHCS*.

Przyjęcia do szpitali odbywają się na zasadzie absolutnej konieczności klinicznej umieszczenia w zakładzie zamkniętym. Wojskowe szpitale psychiatryczne w Stanach Zjednoczonych są odpowiednikami polskich oddziałów obserwacyjnych; drzwi otwarte są tylko dla rekonwalescentów. Obowiązuje ścisła zasada powrotu każdego chorego do szeregów. Leczy się na miejscu nawet najcięższe przypadki.

Zakłady psychiatryczne dzieli się na placówki I i II kategorii. Zakłady II kategorii to duże jednostki lecznicze składające się z 5 oddziałów: psychiatrycznego, neurologicznego, konsultacyjnego, psychologii klinicznej, terapii pracą. Zakłady te kształcą również młodych psychiatrów. Organizowane są one w zespole dużych szpitali wielospecjalistycznych. Jeżeli taki wielospecjalistyczny szpital nie jest zbyt duży, ma wtedy zamiast zakładu — oddział psychiatryczny II kategorii z sekcjami.

Prócz opisanych zakładów lub oddziałów psychiatrycznych II kategorii istnieją też małe oddziałki I kategorii bez podziału wewnętrznego, a organizowane zwykle przy małych szpitalach wojskowych w dużych garnizonach. W razie potrzeby udostępniają one najbliższym *MHCS* swą bazę łóżkową do intensywniejszego leczenia, umożliwiają lepsze diagnozowanie lub kierują na komisję wojskowo-lekarską.

W ostatnich dwóch latach psychiatrzy amerykańscy, wspólnie z asystentami społecznymi, przeszli na nowy styl pracy, nazwany przez nich „konsultacjami organizacyjnymi". Ogólnie biorąc polega on na tym, że do jednostek wojskowych, legitymujących się niskim poziomem dyscypliny, wysokimi wskaźnikami przestępczości, samobójstw, wypadków etc. — udaje się ekipa psychiatrów i psychologów, która na miejscu przez pewien czas konsultuje jednostkę ponownie.

Taka grupa konsultacyjna może być wezwana przez dowódcę

jednostki, jak też skierowana do niej przez wyższych przełożonych. Pierwsze wyniki tego typu konsultacji są bardzo interesujące, wspomniane grupy podobno cieszą się wzięciem u dowódców.

1. *Zalecenia na czas wojny*

Ciekawe są koncepcje amerykańskiej psychiatrii wojskowej zarówno na czas wojny, jak i pokoju. Trzy wspomniane operacyjne zasady psychiatrii wojennej, opracowane przez Salmona jeszcze w czasie I wojny światowej (*proximity, immediacy, expectancy*), zdały egzamin i w późniejszych wojnach. Okazały się one przydatne także do programów psychiatrycznych innych działów wojskowej psychiatrii społecznej, włączając w to garnizony i szpitale.

Badania doświadczalne i kliniczne przeprowadzone w czasie II wojny światowej i wojny w Korei oraz różne studia nad katastrofami i innymi groźnymi, stresorodnymi sytuacjami, dały obecnie lepsze rozpracowanie zasad działania psychiatrycznego w środowisku wojskowym.

Na podstawie starych i najnowszych doświadczeń wojennych opracowano następujące zalecenia postępowania z chorymi psychicznie na polu walki.

Segregacja rozpoczyna się w momencie zetknięcia się chorego z pierwszym pracownikiem służby zdrowia na polu walki i techniką psychiatryczną zastosowaną na tym polu. Kontynuowana jest ona od etapu ewakuacji począwszy na każdym kolejnym etapie, zależy od nich prognoza, a w dalszym postępowaniu z chorym powinno się unikać zbytecznych dla niego stresów.

Diagnoza, a raczej „etykietka", którą wręcza się choremu, musi być jednoznaczna, łagodna i implikująca dobre rokowanie, z tego względu dobre są także — skądinąd dyskusyjne terminy — jak „zmęczenie walką" lub „wyczerpanie walką". Z drugiej strony w zamęcie wojennym ewakuowany „przypadek" jest bardziej „etykietką" niż chorym. Nim trafi do szpitali tyłowych, pozostaje w mundurze, pod komendą przełożonych wojskowych. Przyjęcie pacjenta do szpitala i włączenie go w grupę innych

chorych oraz oddanie w ręce zespołu leczącego, oznacza wyrzeczenie się poczucia odpowiedzialności za własną osobę, a zatem staje się czymś mocno łamiącym subiektywne przekonanie o sobie.

W postępowaniu z chorym niezbędna jest jasność komunikatywności. W szczególności nie można go np. zapewniać, że jest zdrów jak ryba i zapisywać mu leki lub rozpoznawać „zmęczenie walką", a jednocześnie szukać na drodze psychoanalitycznej kompleksów z okresu dzieciństwa, które wpłynęły negatywnie na jego osobowość. Psychiatra wojskowy w pobliżu frontu musi osiągać szybkie efekty lecznicze metodami jak najprostszymi oraz na podstawie pełnej mobilizacji mechanizmów obronnych pacjenta. Powinno kłaść się nacisk na łączenie chorych w grupy indukujące się nawzajem do wyleczenia, a nie wpływające na siebie destrukcyjnie.

Czas trwania leczenia na każdym etapie ewakuacji musi być limitowany. Ewakuacja na dalekie tyły jest czynnikiem pogarszającym rokowanie i działa destrukcyjnie na zdolność powrotu na front.

Środowisko instytucji psychiatrycznej wytwarza samoleczniczą lub antyleczniczą atmosferę. Osobiste zainteresowanie się psychiatry pacjentem, wykraczające poza rutynę, pogłębia chorobę i opóźnia wyzdrowienie. Psychiatra odpowiada za umiejętne leczenie i podtrzymywanie chorego na duchu. Jeśli nie zna on mechanizmów reagowania żołnierza na stres bitewny, nie na wiele jego zabiegi się zdadzą. Musi on znać także sytuację bojową jednostek, z których napływają żołnierze. Musi starać się, by jak najwięcej żołnierzy w jak najszybszym czasie powróciło na front oraz dbać, by w jednostce prawidłowo ich rehabilitowano.

Działalność psychiatry wojskowego skierowana jest na te same obiektywne wektory, które Bushard sformułował zwięźle jako podstawowe zasady doktryny leczenia w *MHCS*, a mianowicie — umożliwienie chorym uzyskania współdziałania z grupą (taktyczną) i osobiste zaangażowanie w życie tej grupy i jej zadania. Psychiatra nie może stanąć w opozycji do całego zespołu wojskowego, ponieważ będzie szybko izolowany i omijany

przez oficerów liniowych i politycznych. Musi podporządkować się zadaniom bojowym jednostki i podobnie jak inni oficerowie — robić wszystko, aby żołnierze je wykonywali. Decyzję, czy skierować żołnierza z powrotem na front, czy go ewakuować podejmuje sam bez względu na to, jakie są życzenia żołnierza.

Zasada ścisłej współpracy z jednostką wojskową obowiązuje wszystkich psychiatrów — i tych, którzy pracują na szczeblu dywizji i tych, którzy pracują w oddziałach tyłowych. Zasada ta opiera się na koncepcji, że istota ludzka jest co prawda indywidualnym organizmem anatomiczno-biochemicznym, ale jako osobowość tworzy czynnościową całość z zintegrowaną grupą.

2. *Zalecenia na czas pokoju*

W 1961 r. Glass opracował metodykę pracy psychiatrii społecznej w wojsku na podstawie teorii kryzysu. Podzielił on zakłady higieny psychicznej w wojsku na trzy podstawowe klasy, głównie pod kątem prewencji.

Pierwotna prewencja opiera się przede wszystkim na *MHCS*, a zadaniem jej jest „redukcja zaburzeń zachowania". Wymaga ścisłej współpracy między psychologami, psychiatrami i dowódcami wojskowymi jednostki wojskowej garnizonu lub dywizji. Chory powinien być leczony raczej ambulatoryjnie. Zadania prewencyjne opierają się głównie na wciągnięciu do współpracy oficerów i podoficerów jednostek wojskowych, którym udziela się właściwych instrukcji do postępowania z poszczególnymi trudnymi żołnierzami oraz szybkim usuwaniu osób nie rokujących adaptacji do służby wojskowej.

Koncepcja wtórnej prewencji bierze swój początek z doświadczeń wojennych. Kardynalne zasady tej prewencji opierają się na wszesnym wykryciu i natychmiastowym leczeniu zaburzeń psychicznych. Prowadzą ją również *MHCS*, przy czym muszą one „żyć życiem jednostki", mieć bardzo dobre kontakty z dowódcami (nie tylko oficerami, ale i podoficerami) i nauczyć dowódców szybkiego reagowania na zaburzenia zachowania się żołnierza. Ważne jest, aby leczenie przeprowadzać raczej na miejscu, bez hospitalizowania, a w miarę możliwości i bez zwol-

nień od służby. *MHCS* powinny dysponować asystentami społecznymi.

Trzeci szczebel prewencji opiera się na stosowaniu intensywnych metod rehabilitacyjnych obok podstawowego leczenia pacjentów hospitalizowanych.

W 1957 r. Bushard ogłosił tezę, że prewencja psychiatryczna w wojsku powinna opierać się na zasadzie nauczania żołnierza współpracy i współdziałania z grupą, do której został przydzielony. Rola psychologa i psychiatry w wypadku żołnierzy trudnych polega na wytłumaczeniu im oraz ich bezpośrednim dowódcom, co mają robić: żołnierz i grupa, aby osiągnąć pełną adaptację. Brak dążności do współpracy i współdziałania prowadzi z jednej strony do konfliktów z grupą (żołnierz dąży wówczas do powiązania się z inną grupą), a z drugiej strony do lęku, napięcia oraz agresywności lub depresji u żołnierza.

Republika Federalna Niemiec

Tradycje służby psychologicznej w wojsku niemieckim sięgają XIX w., a służby psychiatrycznej początków XX w. Obie te specjalności działały w zasadzie oddzielnie i dopiero w ostatnich latach zaznaczają się pewne tendencje integracyjne.

Od 1966 r. służba psychiatryczna i psychologiczna w Bundeswehrze ulega stałej rozbudowie liczbowej. Istnieje tu nadal osobny pion psychiatryczny i osobny psychologiczny, a poza tym szereg psychologów klinicznych współpracuje z psychiatrami (głównie w szpitalach i w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej). Szefostwo Służby Zdrowia zatrudnia etatowo psychiatrę — konsultanta. Oddziały psychiatryczne, o starej nazwie *Neurologisch-Psychiatrische Abteilung*, istniały w wielospecjalistycznych szpitalach wojskowych w Hamburgu i Koblencji oraz przy Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej (dane z końca lat sześćdziesiątych).

Problemami selekcji doboru oraz oceną przydatności do odpowiednich zawodów wojskowych zajmuje się osobna służba psychologiczna — *Wehrpsychologischer Dienst*.

Interesująco przedstawiają się zadania, jakimi obarczono służbę psychiatryczną Bundeswehry. Poza naturalnym obowiązkiem leczenia, orzekania wojskowo-lekarskiego i sądowo-lekarskiego oraz pracą naukowo-badawczą nad szkodliwościami płynącymi z obciążeń psychicznych, typowych dla środowiska wojskowego, psychiatrom zaleca się szereg czynności wykraczających daleko poza granice psychiatrii klinicznej. I tak, psychiatryczna doktryna na czas pokoju przewiduje:

a) jednolitą linię postępowania co do selekcji poborowych, opartą na badaniach psychiatrycznych osób chorych lub podejrzanych o chorobę przed poborem, w czasie poboru i odrzucenie niezdolnych do służby zasadniczej oraz o przeszkolenie lekarzy niespecjalistów z komisji poborowych w zakresie problematyki psychiatrycznej;

b) rozwinięcie aktywnego działania w jednostkach wojskowych przez:

1) psychiatryczne badanie żołnierzy podejrzanych o zaburzenia psychiczne,
2) ocenę zdrowia psychicznego żołnierzy przeznaczonych do służb specjalnych (np. nurkowie, załogi okrętów podwodnych itp.),
3) eksperymentalne badania w ramach ergonomii (*human factors engineering*) dotyczące analizy optymalnej adaptacji człowieka w układzie: człowiek-maszyna wojskowa;

c) rozwinięcie działania prewencyjnego w jednostce wojskowej przez:

1) zwalczanie samobójstw i samookaleczeń,
2) zwalczanie nadużywania leków,
3) psychiatryczną kontrolę przydatności osób działających na określonych, skomplikowanych stanowiskach, lub przeznaczonych do określonych zadań (broń rakietowa, płetwonurkowie itp.),
4) psychiatryczne badania członków służb specjalnych (tzw. nosicieli tajemnic), w wypadkach budzących wątpliwości,
5) badanie podsądnych wojskowych dla uniknięcia błędnych wyroków,
6) współpracę z grupami ergonomistów,

7) współdziałanie przy sporządzaniu zarządzeń i przepisów wojskowych, w celu uniknięcia nastrojów poczucia niesprawiedliwości u żołnierzy,
8) współudział w opiece nad rencistami wojskowymi,
9) szkolenie lekarzy i dowódców wojskowych w zakresie:
   — psychofizycznych skutków wojny psychologicznej u żołnierzy,
   — umiejętności wzmacniania woli walki wśród żołnierzy,
   — granicy wytrzymałości psychicznej żołnierza,
   — psychofizycznych objawów strachu,
   — możliwości rozwoju nerwic kolektywnych, a zwłaszcza paniki,
   — wpływu anomalii seksualnych na dyscyplinę w jednostce,
   — wykrywania i zwalczania toksykomanii,
   — umiejętności zwalczania skutków przebywania w obozie jenieckim, spowodowanych wycieńczeniem i apatią, problemami seksualnymi i aktywnym oddziaływaniem wroga na psychikę jeńca (indoktrynacja, *brain washing*),
d) czynności sądowo-psychiatryczne,
e) czynności orzecznicze,
f) kliniczne i ambulatoryjne leczenie, podobnie jak w psychiatrii cywilnej,
g) opieka psychiatryczna nad rodzinami żołnierzy i rencistów wojskowych.

Naczelny psychiatra wojskowy Bundeswehry wymaga od swych podwładnych nie tylko znajomości psychiatrii, ale i dużej wiedzy o środowisku i problematyce wojskowej, warunkach bytowania żołnierzy, o stosunkach międzyludzkich w jednostkach wojskowych, o aktualnych poglądach na obowiązującą doktrynę wojenną.

*

* *

Jak wynika z przedstawionych danych w siłach zbrojnych Francji, Stanów Zjednoczonych i Republiki Federalnej Niemiec zaznaczają się wyraźne tendencje do integracji wysiłków psychiatrów i psychologów wojskowych.

Celem tej integracji jest ochrona zdrowia psychicznego żołnierzy przez: zapobieganie zachorowalności, wczesne rozpoznawanie i leczenie przypadków rokujących pełny powrót do zdrowia, poprawę selekcji w czasie poboru i doboru na stanowiska pracy, oraz popularyzowanie psychologii i psychiatrii przez szkolenie w jej podstawach lekarzy jednostek, oficerów politycznych i liniowych.

Modele ochrony zdrowia psychicznego w siłach zbrojnych trzech wymienionych państw powiela wiele innych armii.

JACEK STACHOWIAK

Rozdział XVI

ŚRODKI DOPINGUJĄCE

Definicje, rodzaje, klasyfikacja i krytyczna ocena środków dopingujących. — Środki dopingujące a wojsko.

Definicje, rodzaje, klasyfikacja i krytyczna ocena środków dopingujących

Wielka Encyklopedia Powszechna PWN określa doping jako: „bodziec wspomagający wydolność organizmu, w sporcie oznacza zachęcanie zawodników do wysiłku i walki, doping chemiczny — podawanie środków farmakologicznych pobudzających organizm — w sporcie jest zakazany".

Jak wynika z tej definicji możemy odróżnić doping psychologiczny od dopingu chemicznego. Do oddziaływania psychologicznego poza ogólnym zachęcaniem do wysiłku, możemy zaliczyć bardziej specjalistyczne metody: hipnozę, trening autogeniczny i relaksacyjny, psychoterapię grupową i indywidualną. W niniejszym rozdziale omówię wyłącznie doping chemiczny.

Ponieważ dopingiem (i zwalczaniem go) zajmowali się do tej pory przede wszystkim lekarze sportowi, przytoczone bardziej szczegółowe definicje i większość przykładów w niniejszym rozdziale dotyczą głównie dopingu sportowego.

Międzynarodowy Kongres Federacji Medyków Sportowych w

Strasburgu w 1965 r. ustalił następującą definicję dopingu: „Doping jest to podaż do zdrowego organizmu jakąkolwiek drogą obcej mu substancji albo fizjologicznch substancji w nienormalnych ilościach lub nienaturalną drogą z zamiarami nieetycznego podwyższenia wydolności fizycznej do celów sportowych..." [1]. Inne, bardziej lakoniczne, definicje lepiej ujmują sedno sprawy. Np. według Ostyna i Mayera, dopingiem jest tylko to co prowadzi do wzmożenia sprawności przy zniesieniu uczucia zmęczenia [2]. Hetlinger w swej definicji usiłuje połączyć elementy medycyny i etyki — dopingiem według niego jest to, co służy podniesieniu wydolności fizycznej i jest niebezpieczne dla organizmu [3].

Zadaniem lekarza jest leczyć — przywracać choremu organizmowi zdolność do pracy, natomiast w wypadku dopingu mamy do czynienia z przekroczeniem tego zadania, gdyż chodzi tutaj o wzmożenie zdolności do pracy zdrowego organizmu. Niestety w niektórych warunkach, jak np. w szczególnych sytuacjach wojennych, może to okazać się nieraz konieczne.

Środki dopingujące znane są od zarania ludzkości: man huang w Indiach, khat w Jemenie, koka u Indian. Już w starożytnym Rzymie w czasie zawodów sportowych podawano koniom hydronal w celu osiągnięcia lepszych wyników. Współczesna nazwa „doping" pochodzi również z żargonu dżokejów (od ang. słowa *dope* — podawać olej, narkotyk). Od chwili rozpowszechnienia idei współczesnego sportu toczy się walka ze stosowaniem środków dopingujących. Po seriach tragicznych wypadków na torze kolarskim czy ringu bokserskim większość federacji sportowych wprowadziła zakaz używania tych środków i zasady ostrej kontroli antydopingowej. Mimo tych postanowień doping jest nadal nielegalnie stosowany, zwłaszcza w sportach wytrzymałościowych, jak np. kolarstwo czy pływanie.

Współczesne tempo życia i dynamiczny postęp naukowo-techniczny stawia coraz większe wymogi poszczególnym jednostkom

---

[1] Cyt. za: A. Pawłucki, „Wiadomości Lekarskie" 1972, XXV, s. 1433.
[2] *Tamże.*
[3] *Tamże.*

i grupom zawodowym sięgające często granic wydolności psychicznej i fizycznej. Skłania to niektórych ludzi do sięgania po środki dopingowe także poza sportem. Dotyczy to uczniów, studentów, menadżerów, artystów, kierowców, przedstawicieli wolnych zawodów i innych [4].

Ogólnie środki dopingujące można podzielić na:

Środki wpływające na przemianę materii

— witaminy,
— sole mineralne,
— węglowodany, hydrokatalizatory białka,
— preparaty hormonalne.

Środki wpływające na ośrodkowy układ nerwowy

— pobudzające (psychostymulanty),
— uspokajające (trankwilizery),
— odurzające.

Środki z grupy pierwszej w zasadzie nie są szkodliwe (z wyjątkiem preparatów hormonalnych) i używanie ich jest dozwolone. Stosowanie środków z grupy drugiej, czyli właściwych „dopantów", przedstawia poważne niebezpieczeństwo i jeśli występuje konieczność ich stosowania (naturalnie poza sportem), powinno się to odbywać pod ścisłą kontrolą lekarza. Stosowanie ich w sporcie jest bezwzględnie zakazane.

Organizm ludzki (i zwierzęcy) ma określoną zdolność do długotrwałego wysiłku, nazywaną ogólną wydolnością fizyczną. Jest to osobniczo zmienna ilość maksymalnej energii, jaką ustrój może wydatkować w jednostce czasu. Oznacza się ją przez stosunek aktualnego zapotrzebowania na tlen do maksymalnego pochłaniania tlenu przez ustrój. Pojęcie wydolności fizycznej obejmuje również tolerancję na zmiany w organizmie po wysiłku. Ogólna wydolność fizyczna zależy od osobniczo zmiennej kon-

[4] J. Caselman, „Psychiatrie, Neurologie und Neurochirurgie" 1972, nr 75, s. 227.

Tabela 4

Grupy farmakologiczne leków wywierających efekty dopingowe

Grupa farmakologiczna		Ważniejsi przedstawiciele	Teoretyczne możliwości wywoływania efektów dopingowych	Dostępność metod wykrywania (szybkie testy)
1	2	3	4	5
Leki psychotropowe	psychotonica	amfetaminy, metylofenidat kwas glutaminowy, fenmetrazyna	+++	+
	antidepressiva	amitryptylina, imipramina, izoniazyd, nialamid	++	+
	ataractica	chlordiazepoksyd, hydroksyzyna, relanium, oksazepam	+ (—)	+ (—)
	neuroleptica	chloropromazyna, haloperidol, promazyna, thioridazyna	+ (—)	+
Środki odurzające	euphorantia	morfina, alkohol etylowy	+	+
	depersonogenica, halucinogenica	meskalina, haszysz, psylocybina, LSD—25	+ (?)	+
Leki analeptyczne	metyloksantyny	kofeina, teofilina, teobromina	++	+
	Inne	strychnina, kardiamid, kardiazol, kamfora, lobelina	++	+

1	2	3	4	5
Leki wpływające na receptory adrenergiczne	środki adrenergiczne	efedryna, adrenalina, izoprenalina, mefentermina, efortil	+++	+ (—) ew. met. farmakol.
	środki betaadrenolityczne	propranolol, oksprenolol, pindolol	+	(—)
Leki wpływające na receptory cholinergiczne	środki betaadrenolitykoliczne	atropina, skopolamina	+ (—) w dawkach subtoksycznych	+
Hormony kory nadnerczy	glikosterydy	kortyzon, hydrokortyzon, encorton, encortolon, dexamethason, triamcinolon	+	(—) wykrywalne złożonymi metodami chemicz.
Hormony płciowe	androgeny	androsteron	++	(—)
		testosteron, metylotestosteron	+++	wykrywalne złożonymi metodami chem. i biolog.
	sterydy anaboliczne	nerobolil metanabol orgabolin	++	

Źródło: cyt. za: J. Bocian, J. Kocur, *Szkodliwe następstwa stosowania farmakologicznych środków dopingujących w sporcie*, „Lekarz Wojskowy" 1974, nr 9, s. 730.

stytucji, jak również od wytrenowania organizmu, odpowiedniej diety, wieku, płci itp. Praktycznie osiągalna wydolność fizyczna jest mniejsza od teoretycznej; w ustroju istnieje rezerwa fizjologiczna, która chroni przed krańcowym wyczerpaniem. Według oceny różnych autorów rezerwa ta wynosi około 30% wydolności teoretycznej [5].

Ogólnie można powiedzieć, że środki dopingujące z pierwszej grupy zwiększają wydolność organizmu przez przyrost masy mięśniowej, zwiększenie zapasów materiałów energetycznych, usprawnienie przemiany materii — natomiast środki z drugiej grupy mają zdolność do likwidowania fizjologicznej klapy bezpieczeństwa, czyli zdolność do znoszenia uczucia zmęczenia i tylko w tym sensie poprawiają ogólną wydolność fizyczną organizmu. Przejdźmy teraz do omówienia poszczególnych środków z pierwszej grupy.

Ogólnie wiadomo, że ustrój można nasycić witaminami jedynie do pewnej granicy, gdyż nadmiar wydala się z moczem, dotyczy to szczególnie witamin z grupy B i witaminy C, natomiast inne witaminy, jak A i D, podawane w nadmiarze mają działanie szkodliwe.

Witaminy C i B poprawiają przebieg procesów utleniania w czasie niedotlenienia i zwiększają tolerancję na niedotlenienie, a tym samym podwyższają zdolność do maksymalnej pracy mięśni. Zapotrzebowanie na nie podczas zwiększonego wysiłku jest wzmożone, w wypadku witaminy C — aż 15-krotnie. Przyjmuje się, że przy prawidłowym odżywianiu ich ilość w pokarmach jest dostateczna. W okresie wzmożonego wysiłku może zachodzić jednak potrzeba podawania dodatkowych ilości.

Witamina E bierze również udział w procesach utleniania, rozszerza naczynia krwionośne, wpływa na przyrost mięśni, wspólnie z witaminą A zmniejsza uczucie zmęczenia fizycznego i psychicznego, pomaga w regeneracji.

Jony potasu i magnezu oraz fosforany biorą udział w zwiększaniu zapasów glikogenu — źródła energii mechanicznej ustroju.

---

[5] J. Bocian, J. Kocur, „Lekarz Wojskowy" 1974, nr 9, s. 730.

Mieszanki alkaliczne (lub lepiej dieta alkalizująca, jak np: soki owocowe, jarzynowe, mleko) zobojętniają powstały z glikogenu podczas wysiłku kwas mlekowy, zmniejszając w ten sposób uczucie zmęczenia. Zapotrzebowanie na elektrolity rośnie podczas długotrwałego wysiłku, zwłaszcza przy wysokich temperaturach.

Przy długotrwałym obciążeniu fizycznym wskazana jest przede wszystkim dieta węglowodanowa ze względu na jej oszczędzające tlen działanie (ok. 15% w porównaniu z dietą tłuszczową), białka nie powinno się podawać więcej niż 1,5 mg/kg wagi ciała z powodu dynamicznego działania na przemianę materii (tzn., że sama przemiana białka zużywa duże ilości energii).

Preparaty hormonalne to przede wszystkim hormony męskie zwane androgenami oraz ich pochodne o działaniu przyśpieszającym procesy syntezy w organizmie i pobudzającym układ współczulny (metanabol, nerobolil i inne). Leki te powodują przyrost mięśni (przy dostatecznej podaży białka) i tym samym zwiększają wytrzymałość i siłę mięśniową. Mają jednak uboczne działania, zwłaszcza przy stosowaniu dużych dawek. Najczęściej wymienia się wzrost ciśnienia krwi, przerost gruczołu krokowego u mężczyzn oraz obniżenie potencji, trądzik, a u kobiet zaburzenia miesiączkowania, objawy wirylizacji (m.in. nadmierne owłosienie). Przyjmujący te leki skarżą się oprócz tego często na takie dolegliwości, jak zawroty i bóle głowy, ospałość. Nie wolno podawać tych leków osobom, które nie ukończyły 18 lat. Przyjmują je zwykle zawodnicy dyscyplin siłowych w celu uzyskania szybkiego przyrostu mięśni, w okresie rekonwalescencji i przy przetrenowaniu, nie dłużej niż kilka tygodni.

Hormony żeńskie — progesteron i estrogeny bywają stosowane u kobiet w celu dopasowania cyklu menstruacyjnego do daty zawodów. Inne leki hormonalne praktycznie nie bywają używane jako środki dopingujące.

Z innych leków nie ujętych w tej grupie, nie będących właściwie środkami dopingującymi można wspomnieć o lekach moczopędnych stosowanych w celu szybkiego zmniejszenia wagi ciała przez dżokejów, bokserów itp.

Najbardziej znane środki z drugiej grupy to amfetamina i jej

pochodne oraz podobne do nich w działaniu — metylofenidat (ritalina), pipradol (meratran), pemolina i kokaina.

Amfetaminy — najczęściej stosowane to: amfetamina (psychedryna, benzedryna), metamfetamina (perwityna), fenmetrazyna — mają silne działanie pobudzające na ośrodkowy układ nerwowy i słabsze sympatykomimetyczne (pobudzające układ sympatyczny). Zmniejszają one uczucie zmęczenia fizycznego i psychicznego, poprawiają samopoczucie, zmniejszają łaknienie, ułatwiają koncentrację i percepcję, przyśpieszają czynność serca, podnoszą nieznacznie ciśnienie tętnicze.

Metylofenidat, pipradol i inne o podobnym działaniu nie pobudzają układu sympatycznego, działając tylko na ośrodkowy układ nerwowy. Kokaina z powodu znacznej toksyczności nie jest stosowana praktycznie jako środek dopingujący. Leki te w wielu krajach są zaliczone do środków wywołujących zależność lekową (nałóg) i są pod ścisłą kontrolą. Stosowanie tych środków związane jest z szeregiem niebezpieczeństw.

1. Po okresie zwiększonego wysiłku następuje załamanie sił organizmu, często pod postacią zapaści krążeniowo-oddechowej, w wypadku zbliżenia się lub przekroczenia granicy teoretycznej wydolności organizmu może to zakończyć się tragicznie, zwłaszcza gdy zaistniały dodatkowe okoliczności, np. upał. Załamanie to często występuje tuż po osiągnięciu pożądanego celu.

2. Oprócz usuwania fizjologicznej klapy bezpieczeństwa amfetaminy mają również działanie euforyzujące — prowadzi to do fanfaronady, przeceniania własnych możliwości, niedoceniania niebezpieczeństwa, jak również do nałogu.

3. Po okresie euforii występuje zwykle apatia, drażliwość, co może spowodować zaniechanie realizacji postawionego celu, konflikty. Z powodu tych objawów istnieje często tendencja do ponownego przyjmowania tego leku, co prowadzi do szybkiego zwiększania dawek (tolerancja na amfetaminy wzrasta nawet do 100 razy) i może doprowadzić do powstania nałogu.

4. Działanie amfetamin polega również na pobudzeniu psychoruchowym, co w warunkach wymagających skupienia, cierpliwości i dokładności może utrudnić lub uniemożliwić wykonanie postawionego działania.

5. Przy przewlekłym podawaniu amfetamin, a u niektórych osób już przy małych dawkach i po niedługim okresie podawania, mogą wystąpić zaburzenia psychiczne w postaci urojeń, rzadziej omamów. Występują również stereotypie, tzn. częste bezcelowe wykonywanie jakiejś czynności.

6. Działając pobudzająco na układ sympatyczny, amfetaminy powodują również nadmierne obciążenie układu oddechowo-krążeniowego, a hamując układ przywspółczulny (parasympatyczny), który kontroluje w zwykłych warunkach procesy zdrowienia, wydłużają czas regeneracji. W rezultacie pogarsza się ekonomika wysiłku ustroju.

Środki te używane są głównie przez sportowców w dyscyplinach wymagających dużej wytrzymałości, jak np. w kolarstwie czy lekkoatletyce (długodystansowcy), oraz w innych specjalnościach ze względu na ich działanie euforyzujące, np. przez kierowców rajdowych, mimo że są tam właściwie przeciwskazane. Poza sportem stosują te środki studenci przygotowujący się do egzaminów, kierowcy ciężarówek jeżdżący na długich trasach — przede wszystkim w celu opanowania senności.

Amfetaminy znajdowały ponadto zastosowanie jako leki odchudzające. Jak wspomniano prowadzą one łatwo do powstania uzależnienia lekowego. Po wojnie fala narkomanii amfetaminowej ogarnęła Japonię, obecnie jest najbardziej rozpowszechniona w Szwecji. Amfetaminy zwane „speed" (przyśpieszacze) są stosowane dożylnie w bardzo dużych dawkach w celu wywołania euforii.

Kardiamid, kofeina, kardiazol, efedryna działają pobudzająco na ośrodek oddechowy i krążeniowy oraz na korę mózgową i na układ sympatyczny. Pobudzenie tych ośrodków przygotowuje ustrój do walki, do pracy i do wydatkowania energii — nazywamy to działaniem ergotropowym, dysymilacyjnym.

Leki te przyśpieszają akcję serca, podnoszą ciśnienie krwi, poprawiają krążenie mózgowe, zmniejszają uczucie zmęczenia, podwyższają aktywność motoryczną, zwłaszcza mięśni poprzecznie prążkowanych. Podobnie jak amfetaminy przyśpieszają czas reakcji, obniżają próg pobudliwości.

Ich wady to krótkotrwałe działanie i różna osobnicza wrażli-

wość — u niektórych osób już w małych dawkach, u innych dopiero po przedawkowaniu mogą wywoływać bicie serca, drżenie kończyn, trudności w koncentracji, bezcelową aktywność wyczerpującą siły organizmu. Bardzo ważnym niebezpieczeństwem przy używaniu tych leków jako dopingu jest zależność od fazy wyjściowej — przy objawach zmęczenia mogą nasilić fazę trofotropową, asymilującą i tym samym zmniejszyć zdolność do wysiłku.

Mimo że ich stosowanie w życiu codziennym nie jest na ogół niebezpieczne (każdy prawie pije herbatę lub kawę zawierającą kofeinę) — jako środki dopingujące mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i nie przedstawiają dużej wartości ze względu na ich krótkie działanie i nieprzyjemne objawy uboczne.

Jako środek poprawiający szybkość reagowania stosowana jest najczęściej strychnina. „Uczula" ona łuk odruchowy, pobudza ośrodek naczyniowo-ruchowy. Przy przedawkowaniu lub nadwrażliwości powoduje wzmożone napięcie mięśni lub nawet skurcze tężcowe.

Z innych leków o mniejszym znaczeniu można wspomnieć o mikorenie pobudzającym ośrodek oddechowy, czy o nitroglicerynie poprawiającej ukrwienie mięśnia sercowego.

Środki ataraktyczne działają uspokajająco, usuwają w ten sposób stres i zmniejszają mobilizację organizmu, co powoduje zmniejszenie wydolności organizmu. Wydłużają także czas reakcji i powodują zaburzenia koordynacji ruchowej, ale u osób neurotycznych przez usunięcie dezorganizującego wpływu napięcia psychicznego mogą poprawić koordynację ruchową. U bokserów po lekach ataraktycznych ustępowały tendencje agresywne, co pozwalało im lepej kontrolować przebieg walki [6].

Leki neuroleptyczne stosowane są rzadko. Poza uspokojeniem wydłużają one czas reakcji, zmniejszają motywację do wysiłku. Bywają używane w sporcie strzeleckim, nie są jednak zbyt wskazane i w tej gałęzi sportu, gdyż mogą powodować ruchy mimowolne i drżenie kończyn.

Leki odurzające jak morfina, petydyna wydłużają również

[6] M. Steinbach, *Psychopharmakologische Problem beim Doping*, „Pharmakopsychiatrie" 1968, nr 1, s. 303.

czas reakcji, obniżają motywację i ogólną zdolność do wysiłku. Bywają używane jako środki dopingujące ze względu na ich działanie euforyzujące i znoszące ból, co pozwala nie odczuwać zmęczenia i tłumi uczucie lęku. Nie trzeba nikogo przekonywać o niebezpieczeństwach związanych z używaniem tych środków, przede wszystkim o niebezpieczeństwie nałogu ze wszystkimi jego konsekwencjami. Trzeba pamiętać o tym, że u niektórych osób, nawet jednorazowe podanie niektórych opiatów, np. heroiny — może spowodować powstanie nałogu, z którego wyleczenie jest bardzo trudne. Środki psychozomimetyczne i halucynogenne, jak LSD-25, meskalina, psylocybina, haszysz — mają często również działanie euforyzujące, mogą powodować także wzrost agresji. Wywołując jednak halucynacje i zaburzenia myślenia, a czasami i depresje tak dezorganizują celowe działanie, że jako środki dopingujące są praktycznie bezwartościowe.

Alkohol etylowy wydłuża czas reakcji, rozprasza uwagę, utrudnia właściwą ocenę sytuacji, powoduje zaburzenia koordynacji ruchowej, zmniejsza sprawność przy długotrwałym wysiłku, uczula na działanie czynników szkodliwych — z drugiej strony poprawia samopoczucie i ogólną wydolność fizyczną przy krótkotrwałym wysiłku, dlatego spotykamy się z używaniem alkoholu w niektórych sportach np. w sporcie wioślarskim.

Spotyka się także doniesienia o stosowaniu kombinacji poszczególnych środków dopingujących, np. amfetamin z alkoholem. Mieszanki te są bardzo niebezpieczne, gdyż mogą one spowodować wzrost toksyczności lub wręcz zmianę efektu farmakologicznego.

Na zakończenie tego przeglądu środków farmakologicznych stosowanych jako środki dopingujące, trzeba wspomnieć o tzw. efekcie placebo. Placebo (z łac. — podobam się) oznacza środek farmakologicznie obojętny, podawany zamiast innego środka farmakologicznie czynnego dla osiągnięcia wyniku psychologicznego: dla usunięcia dolegliwości lub w sporcie w celu poprawy wyników.

W licznych doświadczeniach, w których podawano pacjentom leki nie mające działania przeciwbólowego dla usunięcia bólów, lub leki nie mające działania nasennego — cierpiącym na bez-

senność, udowodniono, że takie lub podobne działanie leku łatwo jest zasugerować i uzyskać pożądany efekt w ponad połowie przypadków, zwłaszcza w schorzeniach nerwicowych. Można w ten sposób również wzmocnić działanie leku farmakologicznie czynnego. Efekt ten wykorzystują często lekarze przepisując nowe leki zagraniczne, czy trudno dostępne. Podobne doświadczenia przeprowadzono na sportowcach podając im placebo i jednocześnie informując, że jest to wyciąg z roślin południowo-amerykańskich, który pomógł lekkoatletom wielu krajów ustanowić rekordy świata. Następnie poddawano tych zawodników testom fizjologicznym i psychologicznym i przekonano się, że u 63% znacznie poprawiły się wyniki sportowe. U niektórych zawodników stwierdzono również po podaniu placebo takie objawy uboczne, jakie występują po podaniu środków dopingujących — bez pogorszenia wyników sportowych[7]. Doświadczenie to wskazywałoby, że działanie środków dopingujących przynajmniej częściowo polegałoby na autosugestii i doping chemiczny jest nie tylko niebezpieczny, ale i niepotrzebny.

Stosowanie środków dopingujących w sporcie zaprzecza zasadzie *fair play* i poza wymienionymi już powodami jest niedopuszczalne ze względów moralnych. Można jednak wyobrazić sobie sytuację nawet w pewnych gałęziach sportu np. w alpinizmie, w których mogą zaistnieć wskazania do podania środka znoszącego zmęczenie i umożliwiającego np. dotarcie do bazy. Sytuacje takie mogą w szczególności zaistnieć na wojnie.

Środki dopingujące a wojsko

Stosowanie środków dopingujących w wojsku ma swoją historię. Chyba najstarszym środkiem dopingującym był alkohol podawany niemal we wszystkich armiach świata, z wyjątkiem krajów muzułmańskich, gdzie zażywano dla odmiany haszysz. W czasie ostatniej wojny podawano również amfetaminy, głównie w lotnictwie myśliwskim brytyjskim i niemieckim. Niemcy podawali ponadto te środki także w marynarce wojennej, pie-

[7] L. Prokop, *Spectrum Międzynarodowe*, „Pfizer" 1973, nr 2, s. 24.

chocie i sztabach. Żołnierze Afrikakorps otrzymywali specjalny napój zawierający sole i witaminy. Piloci myśliwscy w ZSRR otrzymywali mieszankę witaminową.

Wydaje się, że należałoby rozważyć — przygotowując się do zadań, jakie stawia przed nami gotowość do obrony kraju w warunkach współczesnej wojny — czy, gdzie i kiedy mogłaby zaistnieć potrzeba lub konieczność zastosowania środków dopingujących. Ze względu na opisane niebezpieczeństwo związane ze stosowaniem tych środków nie może być mowy o stosowaniu tego typu niefizjologicznego wzmocnienia farmakologicznego na szerszą skalę. Taka możliwość mogłaby być — jak sądzę — przewidziana tylko w nielicznych określonych jednostkach przeznaczonych do specjalnych zadań, w określonym czasie (np. desant, grupy dywersyjne, płetwonurkowie itp.). O potrzebie lub konieczności zażycia takiego leku decydowałby — lekarz lub dowódca w ściśle określonych warunkach.

Przed wprowadzeniem tego rodzaju środków do stałego wyposażenia wytypowanych pododdziałów należałoby każdorazowo określić indywidualną wrażliwość i sposób reakcji poszczególnych żołnierzy wchodzących w skład pododdziału, sprawdzić przydatność w warunkach laboratoryjnych i warunkach bojowych. Okazać się bowiem może, że przy pewnych niekorzystnych czynnikach zewnętrznych, jak wibracje, hipertermia, przyśpieszenie, wysokie stężenie tlenku węgla itp., środki te mogą mieć niekorzystne uboczne działanie lub nawet przeciwne do zamierzonego.

Ze wszystkich wymienionych środków najodpowiedniejsze wydają się niektóre środki z grupy amfetamin, jak metamfetamina lub środki o podobnym działaniu — metylofenidat czy pipradol, ze względu na ich długotrwałe działanie stosunkowo najmniej pozbawione nieprzyjemnych objawów ubocznych, przynajmniej w okresie działania leku.

Pozbawione ryzyka związanego ze środkami dopingującymi jest zastosowanie placebo. Nie musimy tutaj obawiać się objawów ubocznych czy też powstania nałogu, nie trzeba również przeprowadzać pracochłonnych prób działania tego środka w różnych warunkach. Można także stosować go na znacznie szer-

szą skalę. Konieczne jest jednak utrzymanie w tajemnicy prawdziwego charakteru tego środka, przedstawienie go w odpowiednio sugestywny sposób i niezbyt częste podawanie, gdyż po pewnym — dość krótkim czasie — efekt placebo słabnie. Wykorzystać efekt placebo można by w pewnych szczególnych sytuacjach, w których mobilizacja psychiczna żołnierzy decydowałaby o ostatecznym powodzeniu akcji albo zapobiegałaby wystąpieniu paniki (np. walka w okrążeniu, przygotowanie do kolejnego ataku, jeżeli poprzednie zakończyły się niepowodzeniem itp.).

APOLONIUSZ MADEJ

Rozdział XVII

PSYCHOTERAPIA

Pojęcie psychoterapii i jego implikacje. — Główne orientacje teoretyczne inspirujące psychoterapię. — Kilka uwag o niektórych mechanizmach funkcjonujących w procesie psychoterapii. — Odmiany i cele psychoterapii. — Metody i techniki psychoterapeutyczne. — Psychoterapia na pograniczu zdrowia i choroby.

Pojęcie psychoterapii i jego implikacje

Wyraz psychoterapia składa się z dwóch członów. Pierwszy z nich pochodzi od greckiego słowa *psyche* — dusza, co w dzisiejszym rozumieniu oznacza psychikę. Drugi człon — terapia, również wywodzący się ze źródłosłowu greckiego *therapeia* — oznacza leczenie.

Chcąc zatem najprościej i najkrócej zdefiniować pojęcie „psychoterapia" — można powiedzieć, że psychoterapią jest każde takie leczenie, w którym wykorzystuje się wszystkie zdobycze wiedzy o ludzkiej psychice. Psychiatra francuski Pierre Janet, który dał duży wkład do nauki o nerwicach, określał psychoterapię jako „...zastosowanie wiedzy psychologicznej do leczenia różnych chorób" [1].

W swoim oddziaływaniu leczniczym na chorego człowieka — terapeuta posługuje się słowem, gestem, mimiką, aranżuje różne sytuacje życiowo ważne, a wszystko to czyni w tym celu, aby w

[1] S. Kratochvil, *Psychoterapia*, Warszawa 1974.

chorym człowieku doprowadzić do uzdrawiających, głębokich przeżyć i przewartościowań zarówno w kategoriach abstrakcyjno-intelektualnych, jak i obrazowo-emocjonalnych. Podejście psychoterapeutyczne obowiązuje każdego lekarza wobec każdego chorego. W pewnych wypadkach psychoterapia odgrywa główną rolę, w innych pomocniczą. U ludzi cierpiących na nerwice oraz zaburzenia osobowości uwarunkowane negatywnymi wpływami środowiska społecznego (rodzinnego, rówieśniczego, zawodowego itp.) oraz różnego rodzaju nieprawidłowościami w stosunkach międzyludzkich — psychoterapia kwalifikowana jest jedyną metodą leczenia sięgającą do przyczyn tych patologicznych stanów, gwarantującą wyleczenie (korekcję psychiczną) i uzyskanie większej odporności wobec urazów psychicznych.

O ile zdobycie umiejętności prostych oddziaływań psychoterapeutycznych, które powinny być stosowane przez każdego lekarza, nie wymaga specjalnego wykształcenia psychoterapeutycznego (np. na wzór specjalizacji klinicznej), o tyle psychoterapia kwalifikowana, systematyczna, głęboka, sięgająca do przyczyn zaburzeń i doprowadzająca do trwałych, pozytywnych przekształceń osobowości — jest już oddzielną specjalnością wymagającą studiów teoretycznych i długotrwałego gromadzenia doświadczeń praktycznych.

Wszystko, co w subiektywnym przeżyciu objawia się jako lęk, poczucie zagrożenia czy chociażby tylko dyskomfortu psychicznego, może, po pewnym czasie, uruchamiać proces nerwicowy, dokonujący się nieświadomie, automatycznie, niezależnie od woli człowieka. Psychoterapeuta, manipulując umiejętnie środkami psychologicznymi, odwraca ten proces, wydobywa go na światło świadomości, pozbawia chorego niepotrzebnego bagażu destrukcyjnych emocji, błędnych wyobrażeń i nieprawidłowych nawyków, a przez to podcina korzenie objawom chorobowym.

Jeżeli ujmie się rzecz najszerzej, to można chyba powiedzieć, że psychoterapia stanowi określony sposób i zarazem proces dochodzenia prawdy o sobie samym, przynoszący w rezultacie stopniową poprawę stanu zdrowia, a w ostatecznym efekcie umożliwiający choremu osiągnięcie pełnej równowagi, harmonii

i sprawności psychofizycznej, odzyskanie wiary w nieskrępowane możliwości samourzeczywistnienia się zgodnie z własnymi pragnieniami i według własnych wyobrażeń o sensie i celu życia, szczęściu i sukcesie życiowym.

Aby móc skutecznie i kompetentnie prowadzić psychoterapię tak głęboką i nastawioną na tak ambitne cele — psychoterapeuta musi posiadać rozległą wiedzę, specjalne umiejętności i dysponować odpowiednimi cechami osobowościowymi. Dotychczas ani w akademiach medycznych, ani w uniwersytetach nie funkcjonują w Polsce fakultety, które kształciłyby psychoterapeutów. Psychoterapię kwalifikowaną uprawia w kraju stosunkowo niewielu lekarzy (głównie psychiatrów) i psychologów, którzy swoje akademickie (uniwersyteckie) wykształcenie przez wiele lat uzupełniali i wzbogacali w drodze samokształcenia oraz zdobywania doświadczeń praktycznych pod okiem doświadczonych już psychoterapeutów w kraju i za granicą.

Główne orientacje teoretyczne inspirujące psychoterapię

Najogólniej, z pewnym uproszczeniem, można powiedzieć, że rozwój współczesnej psychoterapii był inspirowany przez dwa zasadnicze kierunki teoretyczne. Pierwszy z nich to kierunek psychodynamiczny, który zaburzenia psychiczne człowieka rozpatruje jako wynik określonych nieprawidłowości w działaniu jego sfery emocjonalnej i intelektualnej oraz w jego dawnych i aktualnych interakcjach społecznych.

Mówiąc zatem o psychodynamice pacjenta — ma się na myśli „...wszystkie czynniki emocjonalne i międzyosobowe powodujące problemy pacjenta i wpływające na ukształtowanie jego osobowości" [2].

Badaczem i praktykiem, który zapoczątkował kierunek psychodynamiczny w psychoterapii, był wiedeński neurolog i psychiatra, twórca psychoanalizy, Zygmunt Freud. Uważał on, że istnieją zjawiska (dynamizmy) psychiczne, których człowiek so-

[2] A.H. Chapman, *Leczenie zaburzeń emocjonalnych*, Warszawa 1973.

bie nie uświadamia i które wpływają na każdy rodzaj ludzkiej aktywności (nieświadome motywy działania).

Psychoanaliza stworzona przez Freuda to koncepcja teoretyczna i zarazem praktyczna metoda przenikania do głębi ludzkiej psychiki w celu poznania nieświadomego życia psychicznego i przywrócenia równowagi psychicznej („psychologia głębi"). Hipoteza Freuda zawierała obok elementów pozytywnych, przydatnych dla praktyki terapeutycznej — także szereg spekulatywnych założeń nie dających się zobiektywizować i zweryfikować naukowo. Dlatego też ulegała ona ciągłym rewizjom i przekształceniom w miarę rozwoju nauk o człowieku. Współczesna psychiatria psychodynamiczna kładzie silny nacisk na zjawiska kulturowe jako determinanty zdrowia lub choroby psychicznej („kulturalizm"). Zrezygnowała ona ze szczegółowych freudowskich penetracji wczesnodziecięcego seksualizmu na korzyść aktualnych problemów i relacji społecznych człowieka i aczkolwiek zawiera jeszcze w swoich koncepcjach teoretycznych tezy nie dające się udowodnić w drodze eksperymentu naukowego — to dzięki zajęciu się problematyką emocjonalną jednostek i grup społecznych — wysunęła się na wysokie miejsce w hierarchii humanistycznych orientacji. Nie można się zresztą dziwić metodologicznym trudnościom, jakie napotyka psychiatria psychodynamiczna przy próbach naukowej weryfikacji swych tez, skoro życie uczuciowe człowieka ciągle jeszcze umyka spod „mędrca szkiełka i oka".

Drugi kierunek inspirujący psychoterapię, równoległy do orientacji pschodynamicznej, został zapoczątkowany przez wielkiego fizjologa rosyjskiego Pawłowa (1846—1936), który rozwinął naukę o odruchowości warunkowej (twórcą samego pojęcia odruchu warunkowego był Sieczenow). Szersze omówienie wszystkich aspektów nauki Pawłowa wymagałoby odrębnego opracowania, dlatego ograniczę się jedynie do definicji pojęcia odruchowości warunkowej, posługując się sformułowaniami Korzeniowskiego: „Odruchowość warunkowa leży u podstawy tworzenia się w mózgu związków opartych na następstwie w czasie i na powiązaniu o typie przyczyny i skutku. Te aspekty powiązań odruchowo-warunkowych odgrywają szczególną rolę w psychologii

człowieka. Pozwalają one najbardziej celowo dostosować się do sytuacji zewnętrznej i do zmian, które w niej zachodzą. Pozwalają przewidywać to, co ma dopiero nastąpić na podstawie sygnałów, które stale przed tym zapowiadały dane zdarzenie. Mowa ludzka jest przykładem układu sygnałów II rzędu, a tymi sygnałami są słowa". Pierwszym układem sygnałów są „...bodźce zmysłowe sygnalizujące istnienie lub pojawienie się w otoczeniu obiektów służących ustrojowi do zaspokojenia potrzeb fizjologicznych". Słowa „...oznaczają albo konkretne przedmioty otaczającej rzeczywistości, albo stosunki pomiędzy nimi w czasie, przestrzeni, w zależnościach przyczynowych, oraz stosunki jakie łączą je z nami" [3].

Pawłow i jego uczniowie zwracali dużą uwagę na znaczenie wpływów środowiskowych na zachowanie organizmów żywych (a wśród nich i człowieka) podkreślając zarazem, że można badać jedynie to, co jest dostępne eksperymentowi obiektywnemu. Aczkolwiek Pawłow nie negował roli czynników afektywnych w życiu psychicznym, to jednak nie wypowiadał się szczegółowo, jak tę rolę ujmuje. Powodowało to zarzuty przeciwników Pawłowa, że zbyt mało zajmował się on stroną psychologiczną zjawisk psychicznych, a zwłaszcza życiem uczuciowym (wg Korzeniowskiego).

Teorią opartą w pewnym stopniu na doświadczeniach Pawłowa jest także behawioryzm (od ang. *behaviour* — zachowanie się) głoszący, że „...trudności osobowościowe i problemy emocjonalne mogą być skutecznie leczone przekonywaniem pacjentów, aby zmienili formy zachowania, bez poprzedniej eksploracji (poszukiwania, odkrywania — *przyp. autora*) doświadczeń z okresu dzieciństwa i wieku młodzieńczego, bez wnikania w ich uczucia i badania stresów międzyosobniczych" [4].

Behawioryzm zatem, jak to stwierdza Jarosz, „...odrzucił introspekcję uważając ją za metodę nienaukową, na wskroś subiektywną, dostarczającą relacji o przeżyciach wewnętrznych, których nie można ani sprawdzić, ani zmierzyć. Behawioryzm

[3] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, pod red. L. Korzeniowskiego i S. Pużyńskiego, Warszawa 1972.
[4] C h a p m a n, *op. cit.*

badał zarówno sytuacje zewnętrzne, stanowiące zespoły bodźców, jak i zachowanie się jednostki będące reakcją na sytuacje zewnętrzne, z pominięciem procesów wewnętrznych (świadomych lub nieświadomych procesów psychicznych), oraz dążył do wykrycia zależności między sytuacją zewnętrzną a zachowaniem" [5]. Z biegiem czasu i w miarę gromadzenia doświadczeń zwolennicy klasycznej teorii behawioralnej doszli do wniosku, że pomijanie psychicznych procesów wewnętrznych człowieka jest błędem. Doprowadziło to do szeregu modyfikacji i zmian w tej teorii, dając w rezultacie początek kierunkowi zwanemu neobehawioryzmem. Neobehawioryzm zatem uwzględnia nabyte doświadczenie, stan uczuciowy oraz dominujące motywacje w ocenie zachowania ludzi.

Zarówno osiągnięcia nauki Pawłowa, jak i neobehawioryzmu doprowadziły do rozwoju teorii uczenia się. Teoria ta „...sprowadza się do tezy, że zachowanie się jednostki, to, jak postępuje w różnych sytuacjach, jakie są jej reakcje (ruchowe, emocjonalne i inne), dążenia, sposoby ich realizacji itp. — jest wynikiem procesu uczenia się, wytwarzania nawyków, przyswajania różnych form zachowania, od prostych czynności, np. unikanie zetknięcia się z gorącym przedmiotem, do złożonych form zachowania" [6]. Neobehawioryzm „...w podobny sposób jak prawidłowe formy działania interpretuje powstanie objawów nerwicowych i trwałych zaburzeń osobowości. Człowiek uczy się objawów nerwicowych (Dollard i Miller, Eysenck), które są nieprawidłowymi nawykami wytworzonymi w dzieciństwie lub w wieku późniejszym. «Uczenie się objawu» często postępuje w miarę wzmacniania reakcji nerwicowej, np. gdy napadowe kołatanie serca lub zaburzenia jelitowe szereg razy ułatwiają uniknięcie sytuacji trudnej, np. zajęć szkolnych, do których uczeń nie jest przygotowany. Fobie, myśli natrętne, zaburzenia wegetatywne i liczne inne objawy (nie tylko nerwicowe) są, wg teorii uczenia, rezultatem nawiązania i utrwalenia nieprawidłowego sposobu zachowania się" [7].

---

[5] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii, wyd. cyt*
[6] *Tamże.*
[7] *Tamże.*

Naszkicowane wyżej główne orientacje teoretyczne przenikają się nawzajem we współczesnej psychoterapii. Istnieje tendencja do elektrycznego łączenia różnych metod i technik psychoterapeutycznych w zależności od specyfiki problematyki osobowościowej pacjenta, czynników patogennych i celów psychoterapii.

I tak np. Dollard i Miller swoją książkę *Osobowość i psychoterapia* poświęcają zarówno Freudowi, jak i Pawłowowi oraz ich uczniom. Znany badacz i praktyk-psychoterapeuta Kratochvil, definiując stworzony przez siebie „system syntetyczny i zróżnicowany", stwierdza: „...Przyświecało mi dążenie do obiektywności, a głównym celem tego systemu jest szukanie pozytywnego wkładu poszczególnych kierunków i możliwości kompleksowego i zróżnicowanego wykorzystania różnych koncepcji i metod z uwzględnieniem rodzaju zaburzeń, osobowości pacjenta i osobowości terapeuty" [8].

Kilka uwag o niektórych mechanizmach funkcjonujących w procesie psychoterapii

W procesie psychoterapii funkcjonują m. in.:

1) mechanizm wyładowania napięcia emocjonalnego,
2) mechanizm (proces) emocjonalnego uczenia się,
3) mechanizm (proces) emocjonalnego wygaszania [9].

Człowiek przeżywający bardzo silne, intensywne emocje, zwłaszcza destrukcyjne (lęk, niepokój, gniew) ma znacznie upośledzoną zdolność rozeznania sytuacji. W toku procesu psychoterapeutycznego następuje sformułowanie tych emocji w słowach i zdaniach. Dokonuje się werbalizacja (od łac. *verbalis* — słowny) emocji spełniająca rolę kanału odprowadzającego te emocje. W subiektywnym odczuciu doznaje się ulgi. Jest to mechanizm doskonale znany każdemu, mówi się przecież potocznie: „wygadaj się, a poczujesz ulgę". W procesie psychoterapeutycznym mechanizm ten jest umiejętnie wykorzystywany i sterowany przez terapeutę już na początku psychoterapii, gdyż wyładowanie (roz-

[8] Kratochvil, *op. cit.*

[9] Reykowski, *Referat na zebraniu Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP w dniu 30 11 1963 r.*

ładowanie) napięcia emocjonalnego jest wstępnym warunkiem procesu leczniczego.

Człowiek nie zawsze zdaje sobie sprawę ze źródeł wszystkich swoich nastawień i reakcji emocjonalnych. Pewne bowiem przeżycia i zdarzenia, którym towarzyszyły trudne do zniesienia emocje — mogły zostać usunięte ze świadomości (działa w takich wypadkach automatycznie psychiczny mechanizm obronny — „tłumienie"). Inne treści emocjonalne nigdy mogły nie być uświadomione (zwerbalizowane), jeżeli występowały w okresie wczesnego dzieciństwa, gdy człowiek nie dysponował jeszcze rozwiniętym II układem sygnalizacyjnym i w związku z tym nie mógł sobie uświadomić w kategoriach słownych swych przeżyć. Dlatego też dzieci i młodzież przeżywają emocjonalnie różne sytuacje w sposób nieświadomy. W toku psychoterapii, gdy pacjent opowiada o swoich reakcjach, wskazuje mu się na pewne emocje przez niego nie dostrzegane. Pacjent zaczyna zdawać sobie sprawę z prawdziwych źródeł tych emocji, które dla niego były przedtem niejasne, lub które źle interpretował. Uczy się rozpoznawać własne emocje.

W wyniku określonych przeżyć człowieka i oddziaływań jego środowiska — z pewnymi myślami lub czynnościami (np. ze sfery seksualnej) może trwale związać się uczucie lęku, co warunkuje nieadekwatne, chorobliwe zachowanie się. W toku psychoterapii następuje odwrotny proces: wskutek pobłażliwego, pełnego wyrozumiałości i akceptującego zachowania psychoterapeuty pacjent przeżywa coraz mniejszy lęk (aż w końcu wyzbywa się tego uczucia całkowicie), gdy słownie (symbolicznie) „produkuje" sytuacje (przez sam fakt mówienia o nich), które zawsze dotychczas wywoływały u niego uczucie lęku.

Odmiany i cele psychoterapii

Na ogół dzieli się psychoterapię na dwie zasadnicze odmiany:
— psychoterapię podtrzymującą (powierzchowną),
— psychoterapię integracyjną (systematyczną, głęboką) [10].

[10] S. Leder, *Referat na zebraniu Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP w dniu 1 02 1964 r.*

Psychoterapia podtrzymująca jest bardziej krótkotrwała i nastawiona na bardziej ograniczone cele niż psychoterapia integracyjna. Celem psychoterapii podtrzymującej jest na ogół likwidacja lub zmniejszenie nasilenia objawów chorobowych przez oddziaływanie na bezpośrednie przyczyny tych objawów. Uwaga terapeuty i pacjenta koncentruje się na problemach aktualnych pacjenta (nie ma tu głębszego wnikania w historię życia pacjenta). Oddziaływanie na trwałe postawy pacjenta, dążenie do zrozumienia przez niego całokształtu mechanizmów, które doprowadziły do zaburzeń — są w tej odmianie psychoterapii minimalne.

Psychoterapeuta jest dominujący w interakcji z pacjentem, któremu narzuca swoje interpretacje i sugestie. W tej odmianie psychoterapii bardziej jest zaangażowana sfera emocjonalna pacjenta niż intelektualna. Dlatego też nie uzyskuje się istotnych zmian w postawie i świadomości pacjenta po ustąpieniu objawów chorobowych. Metody psychoterapeutyczne stosowane w ramach opisywanej odmiany pozwalają na uzyskanie doraźnych, pozytywnych rezultatów w krótkim czasie i nie wymagają od pacjenta zbyt rewolucyjnych zmian w jego dotychczasowym trybie życia. Uzyskane efekty lecznicze są krótkotrwałe; pacjent w nowych sytuacjach nerwicotwórczych może znowu zareagować objawami chorobowymi.

Psychoterapia integracyjna mniej oddziałuje na objawy chorobowe, a więcej na postawę pacjenta, jego świadomość. Oddziaływanie na pacjenta w tej odmianie psychoterapii jest długotrwałe (systematyczne). Ustępowanie objawów chorobowych pojawia się po upływie dłuższego czasu, w miarę postępów w integracji osobowości. Pacjent musi posiadać wystarczające zdolności do analizy, myślenia abstrakcyjnego i uzyskiwania wglądu (pojęcie wglądu zostanie omówione razem z innymi celami psychoterapii).

Wskutek tego, że pacjent aktywnie koryguje swoją postawę i świadomość — uzyskane efekty terapeutyczne są trwalsze niż w psychoterapii podtrzymującej, a pozytywne zmiany ogarniają większe obszary życia. Psychoterapeuta jest wobec pacjenta mniej autorytatywny i mniej dyrektywny, natomiast bardziej

elastyczny. Psychoterapeutyczne metody integracyjne są dość ekskluzywne z uwagi na długotrwałość procesu psychoterapeutycznego (niekiedy proces leczenia trwa kilka lat) i ogromny nakład pracy zarówno ze strony terapeuty, jak i pacjenta.

Można sformułować następujące cele psychoterapii:

— usunięcie napięcia emocjonalnego (omówione wcześniej w podrozdziale traktującym o mechanizmach funkcjonujących w procesie psychoterapii);
— usunięcie objawów nerwicowych;
— adaptacja pacjenta do istniejącej rzeczywistości;
— wytworzenie u pacjenta optymistycznej postawy wobec życia;
— zwiększenie rezerw pacjenta wobec ewentualnych nowych sytuacji stresowych, w jakich może się znaleźć (uodpornienie pacjenta na stres psychiczny);
— wypracowanie wglądu. Polega ono na określeniu (uświadomieniu sobie) przez pacjenta jego konfliktów, sposobów reagowania, potrzeb, sądów, związków przyczynowych między cechami osobowości a trudnościami w interakcjach społecznych. Pacjent uzyskuje wgląd stopniowo, w miarę analizowania swojego życiorysu, aktualnych faktów, stosunków z ludźmi, marzeń, pragnień itp. Po uzyskaniu przez pacjenta wglądu na poziomie intelektualnym dąży się do wykorzystania tego wglądu w praktyce społecznej pacjenta (reorientacja);
— uniezależnienie pacjenta (pacjent uzyskuje samodzielność i przyjmuje odpowiedzialność za swoje dalsze życie)[11].

W ramach wypracowywania wglądu terapeuta powinien zwrócić uwagę pacjenta na jego psychiczne mechanizmy obronne oraz zależności między nimi a objawami chorobowymi.

Mechanizmy obronne osobowości uruchamiają się automatycznie w sytuacjach, kiedy człowieka nęka trudne do zniesienia uczucie lęku, dyskomfortu psychicznego, gdy nie może on zaspokoić silnych i ważnych dla niego potrzeb, pragnień i dążeń. Człowiek na ogół nie uświadamia sobie działania własnych me-

---

[11] *Tamże.*

chanizmów obronnych. Dzięki mechanizmom obronnym może on np. zachować szacunek do samego siebie, mimo że obiektywnie na szacunek nie zasługuje. Mechanizmy te sprawiają też, że czasami człowiek nie uświadamia sobie prawdziwych motywów swego postępowania. W ujęciu psychodynamicznym mechanizmy obronne osobowości przetwarzają trudne do zniesienia uczucie bezprzedmiotowego lęku na objawy chorobowe (nerwicowe) łatwiejsze do zniesienia niż wspomniany bezprzedmiotowy lęk (uczucie bliżej nie określonego zagrożenia). Opisuje się liczne rodzaje mechanizmów obronnych. Jedne bardziej zaburzają stosunki chorego z otoczeniem, są wyrazem głębokiej patologii, inne w nikłym tylko stopniu zafałszowują ludzkie zachowanie lub wręcz spełniają obiektywnie korzystną rolę w życiu człowieka. Dlatego też uzyskanie wglądu we własne mechanizmy obronne pozwala człowiekowi lepiej rozumieć i kontrolować swoje zachowanie, myśli i uczucia.

Do mechanizmów obronnych osobowości należą m.in.:

T ł u m i e n i e (r e p r e s j a). Jeden z najczęściej działających mechanizmów obronnych. Dzięki niemu „... pragnienia, pobudki i dążenia niezgodne ze świadomymi wymaganiami osobnika w stosunku do siebie i z jego motywacją albo zakłócające je — zostają wyparte poza pole świadomości, zepchnięte do podświadomości. Tutaj, dzięki psychologicznemu zahamowaniu wspomnień, pozostają one nie rozpoznane"... „Szczególnie podatne na tłumienie są przeżycia związane z poczuciem winy, wstydu czy obniżenia samooceny. Stłumienie jest usunięciem ze świadomości nie uznawanych motywów oraz wszelkich myśli i wspomnień, które mogłyby wzbudzić przykry lęk" [12].

T w o r z e n i e r e a k c j i. Jest to mechanizm działający długotrwale i znacznie wpływający na kształtowanie się charakteru. Wskutek działania tego mechanizmu może powstać „...cecha charakteru stanowiąca zwykle dokładne przeciwieństwo tej, która byłaby naturalnym przejawem nieskrępowanych tendencji" [13]. I tak np. perfekcjonizm i bezkompromisowość mogą być reakcją

[12] A.P. N o y e s, L.C. K o l b, *Nowoczesna psychiatria kliniczna*, Warszawa 1969.
[13] *Tamże.*

przeciw niedozwolonym pragnieniom, skłonnościom i pobudkom. „Charakter obronny tych rzucających się w oczy cech i postaw zdradza cechująca je przesada, a niekiedy ich niestosowność" [14].

Kompensacja. Zjawiska kompensacji fizjologicznej znane są w medycynie jako mechanizmy wyrównawcze, doprowadzające do takich zmian w organizmie, które mają na celu wyeliminowanie lub zmniejszenie negatywnych skutków określonych procesów chorobowych i kalectw. Podobne zjawiska w sferze psychicznej odgrywają korzystną rolę w kształtowaniu osobowości o ile nie przybierają zbyt ekspansywnych, karykaturalnych i wyolbrzymionych form, które są już wyrazem patologicznej hiperkompensacji (nadkompensacji). I tak np. człowiek niskiego wzrostu cierpiący z powodu dojmującego poczucia własnej niższości (nie tylko w sensie fizycznym, ale i psychicznym) może stać się agresywny i dominujący w swoim środowisku. „Napuszony i pretensjonalny sposób bycia może być nabyty nieświadomie, aby sugerował moc i władzę, które nie wynikają z małych rozmiarów tej osoby. Zachowanie się człowieka niskiego wzrostu poprawia mu samopoczucie i pomaga zapomnieć o fizycznych niedostatkach" [15]. W ten sam sposób człowiek może „wyrównywać" swoje psychiczne niedostatki.

Racjonalizacja. Jest „...jednym z najczęstszych sposobów utrzymania szacunku do samego siebie i zapobiegania poczuciu winy" [16]. Noyes i Kolb tak opisują istotę tego mechanizmu: „Wolimy sądzić, że nasze zachowanie jest wynikiem przemyślanego zamiaru, bezstronnego osądu i pełnego uświadomienia sobie motywów tego zachowania. W rzeczywistości zaś jedynie niewielki zakres zachowań jest następstwem takiego świadomego racjonalnego zamiaru. Gdy wykonaliśmy jakąś czynność w imię tych nie rozpoznanych motywów, tworzymy jakąś rację do przyjęcia, którą uznajemy za determinującą nasze postępowanie, choć w rzeczywistości jest ona tylko usprawiedliwieniem *ex post*. Mechanizm ten dostarcza zatem rozumowego, intelektualnego wytłumaczenia zachowania, które w rzeczywistości wynikało z

[14] *Tamże.*
[15] *Tamże.*
[16] *Tamże.*

nie rozpoznanych motywów. Sądzimy, że potrafimy całkowicie wytłumaczyć swoje postępowanie, a właściwie ulegamy złudzie wytłumaczenia pseudoracjonalnego. Prawdziwe nasze pragnienia i postawy pozostają ukryte i zamaskowane" [17].

Rzutowanie (projekcja). Mechanizm ten polega na przypisywaniu innym ludziom własnych wypartych (nie uświadamianych) czy niepożądanych cech charakteru, postaw, motywów i pragnień. „Stale spotykamy ludzi surowo krytykujących u innych osób te same błędy, które stanowią słabą stronę ich własnego charakteru, a uparcie nie będących w stanie dostrzec, że sami posiadają te potępiane cechy i kierują się tymi samymi motywami, którymi pogardzają. Rzutowany materiał jest jak gdyby echem własnej nieświadomości" [18].

Sublimacja (uwznioślenie). Mechanizm ten służy przekształcaniu energii nie aprobowanych społecznie popędów w energię wyzwalającą aktywność zawodową, artystyczną, literacką, religijną, naukową czy też inną aktywność przyczyniającą się do rozwoju kultury i wzbogacenia życia o treści aprobowane społecznie. Według psychodynamicznej teorii mechanizm sublimacji może funkcjonować także w sytuacjach, gdy zaspokojenie naturalnych popędów (np. seksualnego) jest tylko okresowo utrudnione albo niemożliwe.

Konwersja (z łac. *conversio* — odwrócenie). Występuje tutaj współdziałanie kilku mechanizmów obronnych, które sprawiają, że konflikt psychiczny i związany z nim przykry stan emocjonalny zostają przekształcone w zahamowanie jakichś funkcji ruchowych lub czuciowych organizmu (co wyraża się np. porażeniem lub niedowładem kończyn, znieczuleniami oraz innymi zaburzeniami czucia). Celem konwersji jest neutralizacja przykrego stanu uczuciowego, który towarzyszy konfliktowi psychicznemu nie dającemu się, przynajmniej w subiektywnym przekonaniu, rozwiązać w sposób racjonalny i satysfakcjonujący.

Fantazjowanie. Mechanizm obronny pozwalający uciec od przykrej rzeczywistości i zaspokoić przynajmniej w wyobraźni te pragnienia, których urzeczywistnienie jest niemożliwe.

---

[17] *Tamże.*
[18] *Tamże.*

Metody i techniki psychoterapeutyczne

Metody psychoterapii dzieli się w zależności od orientacji teoretycznych, z których się wywodzą oraz według sposobów oddziaływania, na których się opierają [19]. W poszczególnych metodach stosuje się liczne techniki psychoterapeutyczne. Istnieje wiele metod i technik psychoterapeutycznych. O zastosowaniu którejś z nich decyduje: orientacja teoretyczna i cechy osobowości psychoterapeuty, problematyka i dyspozycje psychiczne pacjenta, przewidywany okres psychoterapii, jej założony cel oraz szereg innych czynników.

W dalszej części podrozdziału ograniczę się do krótkiego omówienia niektórych metod i technik psychoterapeutycznych przydatnych — moim zdaniem — także i w wojsku, a czytelnikom, którzy pragnęliby rozszerzyć swoje rozeznanie w tym przedmiocie, proponuję lekturę publikacji uwzględnionych w bibliografii zamieszczonej na końcu książki.

Wyróżnia się dwie grupy metod i technik psychoterapeutycznych, z których jedna „zaadresowana" jest głównie do sfery emocjonalnej człowieka, a druga do sfery intelektualnej. O ile bowiem do pewnych ludzi najsilniej przemawiają uczucia, o tyle innym potrzebne są przede wszystkim argumenty rozumowe.

Psychoterapię można prowadzić w sposób dyrektywny, sugestywny bądź odwrotnie, tzn. w sposób całkowicie niedyrektywny, pozbawiony jakiegokolwiek nacisku odczuwanego subiektywnie przez pacjenta.

W psychoterapii dyrektywnej — terapeuta jest osobą wyraźnie dominującą, autorytatywną, narzucającą określone poglądy, interpretacje, ingerującą w istotne sprawy życiowe pacjenta. Ta forma psychoterapii jest stosowana wobec pacjentów mało samodzielnych, nie zdolnych do osiągnięcia głębszego wglądu we własną problematykę, chętnie podporządkowujących się innym ludziom. Stosuje się ją także w sytuacjach zmuszających do maksymalnego skrócenia okresu leczenia. Do psychoterapii dyrektywnej zalicza się różne techniki sugestywne (oparte na sugestii), a wśród nich hipnozę (hipnoterapię).

[19] K r a t o c h v i l, *op. cit.*

W psychoterapii niedyrektywnej terapeuta spełnia jedynie rolę dyskretnego katalizatora procesu, w którym pacjent samodzielnie dochodzi do prawdy o sobie. Ten rodzaj psychoterapii wymaga od pacjenta większej samodzielności i aktywności, zdolności do samoanalizy i prawidłowego wnioskowania. Psychoterapia może trwać długo, ale za to uzyskane efekty terapeutyczne są głębsze i bardziej trwałe niż w psychoterapii dyrektywnej.

Obok psychoterapii indywidualnej, opartej na bezpośrednim kontakcie terapeuty i pacjenta, prowadzi się także psychoterapię grupową, w której uczestniczy jednocześnie kilkanaście osób (najczęściej 8 — 12 osób, w tym jeden lub paru terapeutów).

Specyfika służby wojskowej, zwłaszcza w okresie wojny, stwarza konieczność stosowania takich form psychoterapii, które w krótkim czasie mogą przynieść pozytywne efekty u dużej liczby chorych na nerwice żołnierzy. Z tego też względu należy w wojsku psychoterapii grupowej dawać pierwszeństwo przed indywidualną, a w psychoterapii kompleksowej szeroko rozpowszechniać takie techniki, jak hipnoza i trening autogeniczny.

W myśl definicji zaproponowanej przez Komisję Brytyjskiego Towarzystwa Lekarskiego (1955) — „...hipnoza jest przejściowym stanem zmienionej uwagi u podmiotu, stanem, który może zostać wywołany przez inną osobę i podczas którego różne zjawiska mogą pojawiać się spontanicznie lub w odpowiedzi na bodźce słowne lub inne. Zjawiska te obejmują zmianę świadomości i pamięci, wzmożenie podatności na sugestię i pojawienie się u podmiotu odpowiedzi i myśli, które w zwykłym stanie umysłu nie są mu właściwe. Ponadto w stanie hipnotycznym mogą zostać wywołane lub zniesione takie zjawiska jak znieczulenie, porażenie, sztywność mięśniowa i zmiany naczyniowe" [20]. W stanie hipnotycznym myślenie, wyobrażenia, uczucia, wszelkie doznania czuciowe (zmysłowe), a także zjawiska ruchowe i inne podporządkowane są woli hipnotyzera utrzymującego z zahipnotyzowaną osobą kontakt słowny. W ramach kompleksowej psychoterapii hipnoza może być stosowana zarówno w celu osiągnięcia doraźnych efektów leczniczych (hipnoterapia; osobę stosu-

[20] L. Chertok, *Hipnoza*, Warszawa 1968.

jącą hipnozę w celach leczniczych nazywamy hipnoterapeutą), jak też w celu usunięcia nerwicowych oporów („zahamowań"), utrudniających ujawnianie i uświadamianie sobie ważnych treści, przypominanie istotnych zdarzeń itp.

W leczeniu nerwicowych zaburzeń nie powinno się stosować wyłącznie samej hipnozy bez odpowiedniej jednoczesnej psychoterapii prowadzonej w stanie nie zmienionej świadomości. Hipnoza bowiem umożliwia wprawdzie szybie usunięcie objawów nerwicowych, ale nie usuwa przyczyn nerwicy, nie wnika w jej patogenezę i nie wyposaża człowieka w umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach nerwicorodnych, jakie może przynieść życie. Dlatego też u ludzi leczonych wyłącznie hipnozą — po ustąpieniu jednych objawów chorobowych (w wyniku zastosowanej hipnoterapii) mogą wkrótce pojawić się inne objawy.

Według Bramwella u 10—20% ludzi można wywołać najgłębsze stany hipnotyczne, a u zdecydowanej większości ludzi — płytkie i średniogłębokie stany hipnotyczne [21]. Wbrew zdarzającym się przekonaniom podatność na hipnozę wcale nie świadczy o słabości psychicznej człowieka. Jest raczej odwrotnie. Ludzie zdrowi, o dobrze wykształconej wyobraźni i zdolności koncentracji uwagi łatwiej „wchodzą" w stan hipnotyczny (jeśli oczywiście tego chcą), niż chorzy nadmiernie lękliwi czy niezdolni do koncentracji uwagi. Ludzie nie poddający się hipnozie (mimo deklarowanej słownie chęci poddania się jej) — to przeważnie osoby pełne obaw i uprzedzeń, nieufne, niezdolne do nawiązywania silniejszych więzi emocjonalnych, nie przystosowane społecznie, obsesyjne, o znacznie zaburzonej osobowości (kilka do kilkunastu procent bieżącej populacji). Do uzyskania efektów leczniczych nie jest konieczny głęboki stan hipnotyczny. Korzystne wyniki może przynieść także płytka i średniogłęboka hipnoza.

J. H. Schultz, E. Jacobson, a w Polsce J. Aleksandrowicz i S. Cwynar propagują metodę leczniczą (a także służącą ludziom zdrowym do szybkiego usuwania zmęczenia) zwaną treningiem autogenicznym. Metoda oparta jest na założeniu że „...istnieje wzajemna zależność funkcjonalna między różnymi stanami napięć emocjonalnych, a odpowiadającymi im stanami napięcia w róż-

[21] *Tamże.*

nych grupach mięśni szkieletowych i szybkością rytmu czynności zautomatyzowanych, jak akcja serca, oddech itd".[22] Jeden z propagatorów tej metody, Cwynar, w następujący sposób wyjaśnia istotę i efekty treningu autogenicznego „Dopuszcza się możliwość, że stłumione stany emocjonalne, nawet tkwiące w podświadomości, mogą manifestować się wpływem na stan napięcia w odpowiednich grupach mięśni. Nauczenie dowolnego rozluźnienia wszystkich mięśni powinno dać w efekcie spadek napięcia emocjonalnego oraz odprężenie psychiczne i w praktyce istotnie taki efekt bywa częsty. Rozluźnienie mięśni osiąga się drogą sugestii lekarza w stosunku do pacjenta, a później po nauczeniu się autosugestii, pacjenta w stosunku do samego siebie. Najlepiej, aby pacjent znajdował się w pozycji leżącej, bo wtedy najłatwiej jest wywołać rozluźnienie napięcia mięśniowego. Przy odprężeniu całkowitym pojawia się uczucie błogiego spokoju, a często też senność. Podmiotowe uczucie błogiego spokoju, trwające kilka czy kilkanaście minut daje poczucie osiągniętego wypoczynku i wtedy pacjent drogą autosugestii mobilizuje się do pracy, np.: «Jestem znakomicie odprężony i wypoczęty i teraz czuję znowu pragnienie i zdolność do działania». Autogeniczny trening może pójść dalej, dążąc do osiągnięcia jeszcze pełniejszego efektu przez sugerowanie ciepła, czyli możliwości wpływania na dynamikę krążenia, oddech, akcję serca, ruchy jelit itd. W ciągu dnia można 2 lub 3 razy po kilka minut stosować w praktyce relaks drogą autogenicznego treningu i w ten sposób osiągnąć ustąpienie znużenia i lepszą sprawność w pracy. Leczniczo prowadzony autogeniczny trening daje, wg wymienionych autorów, dobre efekty w leczeniu nerwic, bezsenności, nadciśnienia tętniczego, funkcjonalnych zaburzeń przewodu pokarmowego, zaburzeń akcji serca i innych cierpień psychosomatycznych (patrz rozdział o medycynie psychosomatycznej — *przyp. autora).* Samo odprężenie daje też okazję do stosowania podczas niego innych metod oddziaływania, takich jak perswazja, reedukacja i inne"[23].

Obecnie na całym świecie najbardziej dynamiczny rozwój cechuje różne formy psychoterapii grupowej. Przez psychoterapię

[22] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii, wyd. cyt.*
[23] *Tamże.*

grupową w ścisłym znaczeniu należy rozumieć „...psychoterapię, która wykorzystuje dynamikę grupy i której wobec tego nie można przeprowadzać indywidualnie. Zasadniczo zajmuje się ona nie tyle wzajemnym stosunkiem między pacjentem a terapeutą, ale głównie stosunkami, jakie powstają wśród pacjentów w grupie. W rozwoju historycznym pierwsze miejsce zajmuje tu chyba Moreno, który już w 1910 r. zaczął tworzyć terapeutyczne grupy dzieci, prostytutek i emigrantów" [24]. Jednakże w znacznym stopniu zaczęto wykorzystywać oddziaływanie grupy do celów leczniczego wpływu na zaburzone zachowanie się człowieka dopiero przed czterdziestoma kilkoma laty. „Badanie procesów i zjawisk grupowych stało się jedną z najefektywniejszych dróg poznawania i zrozumienia zarówno indywidualnych zachowań, jak procesów organizacyjnych i dynamik społecznych; zarówno zachowań normalnych, jak i patologicznych. Znajomość wiedzy o dynamice grupowej i praktyczna umiejętność posługiwania się technikami grupowymi stała się podstawową kwalifikacją współczesnego psychiatry" [25].

Z tej wiedzy korzystają zresztą nie tylko psychiatrzy i psychoterapeuci. Znajomość dynamiki grupowej okazuje się przydatna w rozwiązywaniu różnych problemów ludzi zdrowych, trudności organizacyjnych i instytucjonalnych. „Istnieją takie techniki grupowe, które stawiają sobie za zadanie rozwój osobowości, wzrost wrażliwości i samoświadomości przez zwiększenie: rozumienia siebie, świadomości własnych motywów postępowania, zdolności do swobodnego wyrażania uczuć i spontaniczności, plastyczności i repertuaru ról społecznych, możliwości twórczych.

Inne możliwości technik grupowych dotyczą poprawy stosunków międzyludzkich. Dzieje się to przez zwiększenie: łatwości i skuteczności komunikowania się z innymi ludźmi, zdolności do uczestnictwa w grupie, zdolności do współdziałania, skuteczności i sprawności pracy zespołowej, wrażliwości na potrzeby, motywy i uczucia innych. Sprzyja to autentyczności przeżyć międzyosobowych, rozumieniu i akceptacji innych.

---

[24] K r a t o c h v i l, *op. cit.*

[25] *Terapia grupowa w psychiatrii*, pod red. H. Wardaszko-Łyskowskiej, Warszawa 1973.

Jeszcze inne zadania oddziaływań grupowych służyć mają reorganizacji pewnych systemów społecznych, np. struktury danej instytucji, zakładu. Zwiększając umiejętności organizacyjne, samodzielność, odpowiedzialność, zdolność do podejmowania decyzji, oddziaływanie grupowe sprzyjać może wydatnie tak namacalnym celom, jak wzrost produkcji w przedsiębiorstwach przemysłowych.

Stosowane nauki behawioralne tworzą na naszych oczach nową technologię społeczną (grupową) o tak szerokim spektrum zastosowań, że pochłania ona również dotychczasowe, tradycyjne techniki terapeutyczne, wyznaczając psychoterapii grupowej tylko pewien odcinek na owym spektrum. Zatarły się w ten sposób w znacznej mierze granice między metodami i grupami terapeutycznymi, a niektórymi grupami treningowymi i metodami uwrażliwiania. Praktyka grupowa w ciągu zaledwie czterdziestokilkuletniego swego rozwoju, wykraczając daleko poza pierwotnie wyłącznie terapeutyczne cele, stała się nie tylko podstawowym instrumentem i warsztatem nowej technologii społecznej, nie tylko «nowym szkoleniem», ale w niektórych krajach wręcz nową potrzebą współczesnego człowieka" [26].

Z psychoterapią grupową wiąże się ściśle zagadnienie tzw. społeczności leczniczej. Koncepcja społeczności terapeutycznej jest związana z nazwiskiem angielskiego psychiatry Maxwella Jonesa. Doszedł on do wniosku, że przy tradycyjnym hierarchicznym reżimie szpitala psychiatrycznego — tworzone w nim grupy psychoterapeutyczne nie mają możliwości prawidłowego rozwoju, gdyż zostają szybko zdławione przez stosunki społeczne charakteryzujące tradycyjne środowisko szpitalne.

Leczenie grupowe bowiem może się rozwijać w szpitalu tylko wtedy, gdy jego struktura i klimat społeczny są adekwatne do charakteru i celów psychoterapii grupowej. Dlatego też Jones uznał za konieczne stworzenie w szpitalu psychiatrycznym takiej struktury społecznej, która umożliwiałaby osiągnięcie obustronnej komunikacji między pacjentami, kierownictwem i personelem na wszystkich szczeblach oraz gwarantowałaby demokratyczny system zarządzania.

[26] *Tamże.*

„Podstawową częścią tej organizacji są codzienne zebrania całego oddziału, wszystkich pacjentów i personelu, na których omawia się zarówno praktyczne, jak i materialne kwestie oraz niektóre osobiste problemy pacjentów. Po zakończeniu zebrania personel kontynuuje naradę w węższym gronie i ocenia to, co wypłynęło na zebraniu całego oddziału. Zebranie personelu poświęcone jest przede wszystkim wyjaśnieniu reakcji i motywacji członków zespołu w zachowaniu wobec pacjentów i w kontaktach między sobą. Zebrania są jednocześnie praktycznym ćwiczeniem personelu w pracy psychoterapeutycznej. W systemie społeczności terapeutycznej pacjenci stają się współterapeutami, biorąc udział w zarządzaniu oddziałem i ponoszą za to część odpowiedzialności" [27].

Wśród licznych form i technik stosowanych w ramach psychoterapii grupowej na szczególną uwagę zasługuje psychodrama. Metodę psychodramy stworzył I.L. Moreno. Jej istotę i zasady tak opisuje S. Kratochvil: „Psychodrama jest to improwizowany teatr, uproszczony do celów psychoterapeutycznych. Stają tu wobec siebie pacjent (protagonista) i zespół psychodramatyczny, który składa się z kierownika (reżysera) i aktorów pomocniczych; funkcję aktorów pomocniczych mogą również spełniać współpacjenci. Są oni do dyspozycji pacjenta, który może zademonstrować dramatycznie swoje przeżycia i pragnienia, swoje realne postawy i marzenia.

Psychodramę można grać bądź z grupą pacjentów, bądź tylko z jednym pacjentem i zespołem terapeutów (zamknięte posiedzenie z centralnym protagonistą)" [28]. Pacjenci najczęściej sami zgłaszają pomysły i role, które chcieliby odegrać (wyrazić dramatycznie). „Czasami rozpoczyna się od odgrywania zwykłych scen z domu czy z miejsca pracy, w których przeważnie wyłania się dostateczna liczba tematów do dalszego opracowania. Kiedy indziej pacjent może otrzymać od terapeuty propozycję odegrania psychodramy albo też konieczność wypowiadania się w formie dramatycznej wynika z przebiegu posiedzenia terapii grupowej. Pacjentowi można zaproponować pomocniczych aktorów do

[27] Kratochvil, *op. cit.*
[28] *Tamże.*

dramatycznego wyrażenia sytuacji, ale może on też wybrać ich sobie sam spośród członków zespołu, tak żeby odpowiadali jego wyobrażeniom o rzeczywistych osobach. Do psychodramatycznych seansów można włączyć także realne osoby z otoczenia pacjenta (żonę, teściową) i polecić im odtwarzać ich rzeczywiste konflikty" [29].

U podstaw teorii psychodramy leży teza, że żaden człowiek nie potrafi emocjonalnie odegrać roli, która mu nie „leży". „Psychodrama dąży do stworzenia modelu rzeczywistości, w którym z powodzeniem znajduje zastosowanie element odreagowania; rozszerza też rozumienie własnych reakcji, umożliwia nowe spojrzenie na własną sytuację oraz intensywną korektę emocjonalną, tak u protagonisty, jak i nierzadko u publiczności. Może być również z powodzeniem użyta do ćwiczenia nowych, adekwatnych reakcji interpersonalnych" [30].

Psychoterapia na pograniczu zdrowia i choroby

Bardzo często wytyczenie granicy między stanem zdrowia a taką chorobą jak nerwica — nastręcza ogromne trudności. Jeżeli bowiem za nerwicę będziemy uważać dopiero stan wyraźnie upośledzający lub uniemożliwiający normalną aktywność życiową człowieka (niezdolność do nauki, pracy zawodowej i do spełniania innych ról społecznych) — to będziemy już mieli do czynienia z nerwicą o znacznym nasileniu objawów. Ileż to ludzi „funkcjonuje" latami „na pełnych obrotach", nie rezygnując z żadnych form swojej życiowej aktywności, nie zdając sobie nawet sprawy ze swoich nerwicowych przeżyć, chociaż czasami jest im po prostu źle, ciężko i „smutno".

Niejednokrotnie proces nerwicowy trwa miesiące i lata, zanim człowiek uświadomi sobie, że jest chory i że powinien skorzystać z pomocy lekarza. Przedtem, powodowany doświadczeniem życiowym i przyswojonymi nawykami kulturowymi — „wypróbowuje" szereg sposobów „autopsychoterapii" lub po prostu szuka u ludzi bliskich pociechy, pomocy i wyjaśnienia włas-

[29] *Tamże.*
[30] *Tamże.*

nych problemów. Czasami to wystarcza, zwłaszcza wtedy, gdy przyczyny nerwicy są wyraźne, proste — łatwe do wyeliminowania, a środowisko społeczne życzliwe i mądre. W innych, bardziej skomplikowanych przypadkach i sytuacjach — rozwój procesu nerwicowego u człowieka jeszcze uważającego się za zdrowego — mógłby powstrzymać tylko doświadczony psychoterapeuta.

Psychoterapia to nie tylko leczenie ludzi ewidentnie chorych. Zawiera ona w sobie także elementy uczenia i wychowania, a więc procesów pedagogicznych dotyczących ludzi zdrowych. Zwłaszcza metody i techniki grupowe wyszły daleko poza aspekt terapeutyczny w swoim oddziaływaniu na jednostki i grupy ludzkie. Uwrażliwiają one na to, czego na ogół nie formułuje się w słowach, uczą autentyczności i adekwatności w zachowaniu, a przez to sprzyjają wzajemnemu zrozumieniu między ludźmi. W tym rzecz, aby człowiek umiał rozpoznać własne i cudze kompetencje w rozwiązywaniu określonych problemów, aby nie zwlekał zbyt długo z doprowadzeniem do całkowitego rozwiązania tych problemów.

Psychoterapia przez to, że ułatwia zrozumienie siebie i innych oraz spełnia rolę wentyla bezpieczeństwa wtedy, gdy wzrasta niebezpiecznie ciśnienie ludzkich emocji — włącza się także w szerokie pojęcia higieny psychicznej i psychoprofilaktyki.

Trudne sytuacje życiowe, kłopoty, a nawet poważne problemy, jakie człowiek musi w swoim życiu rozwiązywać — zmuszają do wielu istotnych przewartościowań, egzaminują, uczą, wychowują — słowem stymulują i przyspieszają rozwój osobowości. Dzieje się to także wtedy, gdy procesowi temu towarzyszy przejściowo nerwica. W tym sensie należy rozumieć znane powszechnie sformułowanie: „cierpienie uszlachetnia człowieka". Ten aspekt zagadnienia jest zresztą szeroko ujęty w takich koncepcjach naukowych, jak teoria kryzysu Caplana czy teoria dezintegracji pozytywnej K. Dąbrowskiego. Trzeba jednak mieć stale na uwadze, że bywają takie sytuacje i problemy, do których rozwiązania niezbędna jest człowiekowi odpowiednia pomoc drugiego, kompetentnego człowieka.

ZDZISŁAW RYDZYŃSKI

Rozdział XVIII

MEDYCYNA PSYCHOSOMATYCZNA

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy. — Nadciśnienie tętnicze. — Kurczowe i wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Napady dychawicy oskrzelowej. Kolka żółciowa. — Jadłowstręt psychiczny. — Otyłość. — Bóle głowy. — Choroby skóry.

Przymiotnik „psychosomatyczny" wywodzi się od greckich słów *psyche* — dusza i *soma* — ciało. Przez termin: „medycyna psychosomatyczna" rozumie się zatem teoretyczną koncepcję nauki i sztuki lekarskiej, zakładającą powstawanie i rozwój chorób ciała pod wpływem czynników psychogennych, tzn. szeroko pojętych urazów psychicznych.

Termin ten wprowadzony został przez psychoanalityków i dlatego dość niechętnie akceptowany jest przez lekarzy myślących kategoriami fizjologicznymi, biologicznymi oraz klinicznymi.

Zostawiam go w tytule i treści rozdziału głównego ze względu na jego dość łatwo odczytywalną treść i walory mnemotechniczne. Jeżeli odrzuci się stosowaną dość często, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, interpretację chorób psychosomatycznych według pojęć zwulgaryzowanego freudyzmu, a zaakceptuje udowodnione przez fizjologów i klinicystów fakty, wówczas termin „medycyna psychosomatyczna" nabiera właściwego znaczenia i staje się do przyjęcia.

Drogi do uznania psychosomatycznej koncepcji chorób przetarte zostały przez fizjologa rosyjskiego Sieczenowa, który w

latach sześćdziesiątych XIX stulecia opracował teorię nerwizmu, tzn. naukę o kierującej roli ośrodkowego układu nerwowego dla wszystkich czynności ustroju. Naukę tę przeniósł do kliniki chorób wewnętrznych Botkin, a rozbudował Pawłow i jego uczniowie — głównie Bykow, Speranski, Iwanow-Smoleński, Pietrowa i inni. Radziecka szkoła wychodząc z przesłanek eksperymentalnej fizjologii nazwała teorię wpływu bodźców psychicznych na zachorowalność i przebieg chorób mianem „patologii korowo-trzewnej". W piśmiennictwie lekarskim, zwłaszcza krajów anglosaskich, mówi się jeszcze o „psychofizjologicznych zaburzeniach autonomicznych i trzewnych", a także używa się innych określeń.

Aczkolwiek z naukowego punktu widzenia niewątpliwie słuszniejszy jest termin pawłowowski w dalszych rozważaniach pozostaniemy przy „psychosomatyce" ze względu na fonetyczne walory tego terminu.

Do rozwoju nauki o psychogennym uwarunkowaniu chorób przyczynili się zresztą nie tylko fizjologowie i psychiatrzy, ale i klinicyści innych gałęzi medycyny, psychologowie, a nawet socjologowie. Obok obserwacji psychiatrów i badań fizjologów wiele światła wniósł do teorii psychosomatycznej także Selye swoją teorią stresu, a także ci badacze, którzy zajmowali się stresorami psychicznymi i wyjaśniali mechanizmy tzw. stresu psychologicznego. Duży wkład teoretyczny i praktyczny w medycynę psychosomatyczną wniosły również badania nad lękiem, agresywnością i przetwarzaniem tzw. negatywnych emocji.

Do typowych chorób psychosomatycznych zaliczamy: chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy, nadciśnienie tętnicze, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, tzw. nerwice narządowe z nerwicą serca i nerwicami seksualnymi przede wszystkim, jadłowstręt psychiczny, niektóre bóle głowy, oraz niektóre formy otyłości, dychawicy oskrzelowej, nadczynności tarczycy i chorób skóry. Udowodniono wpływ urazów psychicznych na choroby pozornie nie mające nic wspólnego z psychiką, jak przewlekły gościec zniekształcający, cukrzyca, nieżyty jelit, przedwczesne starzenie się, a nawet nowotwory.

Na ujemny wpływ urazów psychicznych na ogólną wartość

biologiczną organizmu wskazują przede wszystkim badania radzieckich fizjologów ze szkoły Pawłowa, a zwłaszcza Pietrowej (lata 1930—1950). Wykazała ona, że psy, u których wywoływano przewlekłe nerwice, wyglądały znacznie starzej, niż wynikało to z ich wieku: sierść miały przerzedzoną, napięcie mięśniowe obniżone, traciły popęd seksualny, u wszystkich pojawiało się zmętnienie soczewki oka, a u wielu wypryskowe choroby skóry. Żyły one 2—4 lata krócej niż psy kontrolne, a u większości tych, które ginęły, stwierdzono w czasie sekcji złośliwe nowotwory różnych narządów wewnętrznych.

Co się tyczy ludzi, to spostrzeżenia Pietrowej potwierdzają w pełni różne obserwacje kliniczne i dane statystyczne. Liczne publikacje, podające wyniki badań nad stanem zdrowia byłych więźniów obozów koncentracyjnych, a nawet kombatantów II wojny światowej wskazują na przedwczesne i szybko postępujące starzenie się tych ludzi.

Prowadzone w Sztokholmie, przez Zespół Laboratorium do Badań nad Klinicznymi Następstwami Stresu, eksperymenty na ochotnikach oficerach, którym stworzono wielodobową sytuację imitującą pole walki, wykazały w ich krwi podczas eksperymentu zmiany charakterystyczne dla obrazu miażdżycy oraz zmiany w EKG, właściwe dla niedotlenienia mięśnia sercowego. Zaburzenia te utrzymywały się przez pewien czas także po przerwaniu doświadczenia. Angielskie, radzieckie i amerykańskie statystyki wykazały nagły wzrost zachorowań na typowe choroby psychosomatyczne w okresie wojny, a zwłaszcza w rejonach narażonych na blokadę, obstrzał artyleryjski i naloty. Wskazują na to m. in. dane z obserwacji dokonanych w Leningradzie i Londynie, a także statystyki szpitali polowych.

W ujęciu nauki Pawłowa wytłumaczyć można znaczenie urazów psychicznych w powstawaniu chorób somatycznych następująco. Całokształtem funkcjonowania narządów wewnętrznych, podobnie jak i przejawami psychiki, kieruje kora mózgowa. Podlegają jej ośrodki podkorowe, zarządzające bezpośrednio czynnościami tkanek i narządów za pomocą układu wegetatywnego bądź pośrednio przez układ wewnątrzwydzielniczy (hormony). W normalnym, fizjologicznym toku pracy organizmu sprawnie

działająca kora oswobadza wybiórczo spod swego hamującego wpływu tylko te ośrodki podkorowe, które w danej chwili są ustrojowi potrzebne do sprawnego działania. Jeżeli jakikolwiek szkodliwy wpływ spowoduje osłabienie funkcji kory mózgowej, wówczas dochodzi do uwalniania się coraz większej liczby ośrodków podkorowych spod regulującego i koordynującego wpływu kory, co powoduje chaos w czynnościach organizmu. Dochodzi do dezorganizacji i nadmiernego działania wielu narządów o często przeciwstawnych funkcjach. Przede wszystkim dochodzi do niecelowych skurczów naczyń krwionośnych w różnych narządach, do skurczów mięśni gładkich w przewodzie pokarmowym — wzrostu napięcia mięśni szkieletowych, nadmiernego i bezładnego wydzielania soków pokarmowych i nadmiernego wydzielania gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Znaczne i długotrwałe zaburzenie wymienionych czynności prowadzi w końcu do uszkodzeń anatomicznych w narządach, co przyczynia się do negatywnego oddziaływania na korę mózgową w drodze przesyłania wielkiej liczby alarmujących sygnałów z uszkodzonych narządów. W ten sposób powstaje błędne koło: zakłócenie regulacyjnej funkcji kory prowadzi do upośledzenia czynności całego organizmu, a wówczas zmiany w tkankach same zaczynają działać jako czynnik osłabiający sprawność kory mózgowej. Badania nad mechanizmami powstawania nerwicy u psów, wywoływanymi klasycznymi metodami pawłowskimi niepodważalnie potwierdziły możliwość upośledzenia funkcji kory mózgowej za pomocą czynników psychogennych (urazów psychicznych).

Zarówno teoria stresu, jak i teoria wadliwie przetworzonych emocji lub teorie psychoanalityczne podobnie tłumaczą chorobotwórcze znaczenie urazu psychicznego w powstawaniu chorób różnych narządów lub układów organizmu. Nowsze teorie kładą może tylko większy nacisk na wtórne, ale zasadnicze znaczenie, różnych substancji chemicznych wyzwalanych w układzie nerwowym na skutek upośledzenia czynności kory mózgowej.

Jak już pisałem w pierwszym rozdziale, uraz psychiczny jest dla psychiki (a zatem dla wyższych czynności nerwowych, których substratem anatomiczno-fizjologicznym jest kora mózgowa) urazem swoistym, tzn. działającym wybiórczo, na zasadzie klu-

cza yalowskiego. Obojętny dla wszystkich innych narządów, wobec mózgu ma on siłę niszczącą o najwyższym natężeniu.

Nie jest dotychczas wyjaśnione, dlaczego wadliwie odreagowane emocje czy inne urazy psychiczne, prowadzące do rozkojarzenia między korą a ośrodkami podkorowymi, wywołują raz powstawanie jednej choroby, a innym razem drugiej. Składa się na to prawdopodobnie wiele czynników mających swe przyczyny w przebytych uprzednio w ciągu całego życia uszkodzeniach odpowiednich narządów czy układów lub może nawet większa podatność do reagowania na stres uwarunkowana konstytucjonalnie. Wiemy np. że typy leptosomalne częściej chorują na chorobę wrzodową, a piknicy i atleci na nadciśnienie.

Dane statystyczne zdają się coraz bardziej potwierdzać postawioną w 1950 r. przez Swartza i Semrada tezę, że choroby psychosomatyczne stanowią rodzaj ochrony organizmu przed zachorowalnością na choroby psychiczne. Wykazano bowiem dość niską zachorowalność na choroby psychosomatyczne wśród pacjentów szpitali psychiatrycznych. U wielu chorych psychicznie pojawienie się typowych chorób psychosomatycznych łączy się w czasie z ustąpieniem psychozy. Rzadkie wypadki równolegle przebiegających zaostrzeń procesu psychotycznego obserwowane są na ogół u pacjentów, u których oderwanie od rzeczywistości było małe, a zwartość struktury osobowości duża. Uczeni, którzy zakładają, że współczesna cywilizacja typu technicznego stawia człowieka wobec bardzo wielkich obciążeń i zagraża jego zdrowiu psychicznemu, zwracają uwagę na duże rozpowszechnienie w dzisiejszych czasach chorób psychosomatycznych (zwanych niekiedy cywilizacyjnymi) oraz na wzrost elementów hipochondrycznych (czyli niejako somatycznych) w obrazie klinicznym nerwic.

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy należy do typowych chorób psychosomatycznych. Nawet laicy orientują się, że urazy psychiczne, zwłaszcza typu „erozyjnego" odgrywają niemałą rolę

w jej powstawaniu i rozwoju. Powszechnie wiadomo, że jest to choroba atakująca przedstawicieli tych zawodów, które łączą się z dużym napięciem emocjonalnym, zagrożeniem niepowodzeniami, poczuciem odpowiedzialności, troską i obawami. Rozpoczyna się zwykle w najbardziej produktywnym okresie — między 25—40 rokiem życia. W początkach XX w. statystyki wykazywały przewagę zachorowalności na chorobę wrzodową u kobiet. Emancypacja wyzwoliła je i z tej dolegliwości, ponieważ obecnie chorują zdecydowanie częściej mężczyźni. Predysponowani są do niej osobnicy ambitni, pobudliwi, nadmiernie dokładni oraz lękliwi, ale wykazujący jednocześnie tendencję do ukrywania tych swoich cech, czyli do ich tłumienia.

Fakty powyższe potwierdzają liczne obserwacje wśród ludzi i zwierząt. Na przykład w eksperymentach polegających na unieruchomieniu szczurów w izolowanych klatkach — co stanowi dla tych zwierząt maksymalne zagrożenie — wrzód żołądka rozwijał się u 86% zwierząt. Bardzo wysoki odsetek choroby wrzodowej wikłał doświadczenie z wywoływaniem nerwicy u psów.

U ludzi dość często wrzody żołądka i dwunastnicy pojawiają się w związku z organicznym uszkodzeniem mózgu, a zwłaszcza pnia mózgu i okolic jąder nerwu błędnego. Jeszcze przedpawłowska teoria klinicysty Bergmanna zakładała, że przyczynę wrzodu żołądka stanowi wzmożone napięcie nerwu błędnego, powodujące skurcz naczyń krwionośnych żołądka (a zatem jego niedokrwienie), wzmożone napięcie jego mięśniówki oraz nadmierne wydzielanie soku żołądkowego.

Te dane również przemawiają za neurogennym tłem choroby wrzodowej. Wpływ negatywnych emocji obserwowano naocznie u osób z przetoką żołądka. Przypadek taki opisali np. Wolff i Wolff, którzy obserwowali chorego z przetoką w ciągu kilkudziesięciu lat jego życia. Stwierdzili oni, że strach powoduje niedokrwienie (zblednięcie) śluzówki i osłabienie wydzielania soku, natomiast gniew, złość i inne psychiczne przejawy agresywności przekrwienie (zaczerwienienie) śluzówki, wzmożenie pracy mięśniówki (przyspieszenie i pogłębienie perystaltyki) i wzmożenie wydzielania soku trawiennego z dużą zawartością kwasu solnego. Ponadto żołądek okazał się bardzo wrażliwy na nieznaczne na-

wet bodźce emocjonalne. Można powiedzieć, że podobnie jak serce, jest on bardzo czułym barometrem doznań emocjonalnych człowieka.

Wielu badaczy twierdzi, że powtarzające się stany napięcia, lęku, a zwłaszcza tłumionej agresywności powodują wzrost powstawania owrzodzeń żołądka i dwunastnicy. Nie zostało to w pełni udowodnione. Wydaje się, że przyczyną owrzodzenia jest wiele psychogennych zaburzeń funkcji żołądka. Obok bowiem niedokrwienia śluzówki wywołanego skurczem naczyń lub zastojem w nadmiernie i długotrwale rozszerzonych żyłach oraz podwyższonego poziomu kwasu solnego, dochodzi z reguły do skurczu odźwiernika, powodującego zaleganie kwaśnej treści w żołądku.

Chorobę wrzodową spotyka się dość często u ludzi podatnych na depresję i alkoholików, z tym że u tych ostatnich prawdopodobnie alkoholizm jest czasem zjawiskiem wtórnym — mianowicie wino lub wódka zaczęły być nadużywane w celu poprawy samopoczucia i „rozgrzania" bolącego żołądka.

W wielu krajach chorzy leczą się z powodu wrzodu żołądka i dwunastnicy u psychiatrów. Nie zajmując w tej sprawie pryncypialnego stanowiska, obiektywnie zauważyć trzeba, że — jak uczy doświadczenie — psychoterapia i środki znoszące napięcie i lęk oraz środki przeciwdepresyjne należy niewątpliwie traktować w chorobie wrzodowej jako leki przyczynowe, a odpowiednią dietę i środki alkalizujące jako zabiegi wspomagające. Leczenie sanatoryjne, tak mile widziane przez chorych na chorobę wrzodową, nosi w sobie również duży ładunek psychoterapii.

Nadciśnienie tętnicze

Pewna liczba zachorowań na nadciśnienie tętnicze ma swoje podłoże w urazach psychicznych. Chodzi tu głównie o tzw. pierwotne nadciśnienie, rozwijające się u ludzi ze zdrowymi nerkami i bez anomalii w układzie wewnątrzwydzielniczym.

Jak to przedstawiłem w rozdziale o lęku, każde przeżycie prze-

biegające z uczuciem zagrożenia powoduje skurcz naczyń tętniczych i wzrost ciśnienia. Wspomniałem także w rozdziale I, że w sytuacjach warunkowanych życiem we współczesnej cywilizacji większość lęków (a także innych emocji) nie może być odreagowana według starych, korzystnych dla organizmu zasad. Zbyt często dochodzi do przetrwania (mówimy też: zalegania) afektu lub do jego niewłaściwej „przeróbki". We współczesnym świecie szczególnie trudno jest o pełne rozładowanie negatywnych emocji aktywnością słowną lub ruchową, co w dawnych czasach było powszechnie przyjęte.

Uwagi te dotyczą nie tylko lęku, ale i emocji wynikających z postaw agresywnych, jak: gniew, złość, wściekłość, zawiść itd. Mądrość ludowa zachowała przekonanie, że kto się wykrzyczy, wypłacze i odreaguje emocje za pomocą gestykulacji lub nawet agresji — ten jest zdrowszy. Kto zaś tłumi swe uczucia i udaje opanowanego, naraża się, że go nagle „szlag trafi". Pięknie wyraził tę myśl psychiatra — praktyk angielski H. Maudsley: „Smutek nie znajdujący ujścia we łzach może skłaniać inne narządy do płaczu"[1]. Osobowość wielu chorych z nadciśnieniem charakteryzuje pozorny, manifestowany na zewnątrz spokój i ugrzecznienie. Jest to jednak tylko maska ukrytej gotowości do agresji lub głębokiego przekonania o silnym zagrożeniu społecznym.

W początkowej fazie nadciśnienia wielu pacjentów skarży się na bóle głowy, zaburzenia snu, męczliwość i różne objawy ze strony przewodu pokarmowego. Wbrew powszechnemu przekonaniu nie są to następstwa nadciśnienia, które w tym czasie nie powoduje jeszcze żadnych zmian w poszczególnych narządach, a jedynie innego rodzaju przejawy wadliwie odreagowanych emocji.

Rozpoznanie nadciśnienia wymaga bardzo subtelnego postępowania lekarza, ponieważ prostoduszne, żeby nie powiedzieć brutalne ograniczenie się do poinformowania pacjenta o wysokości ciśnienia z lakoniczną wzmianką, że musi on się od tej pory leczyć i kontrolować, prowadzi z reguły do wzrostu uczucia za-

[1] Cyt. za: A.P. Noyes, L.C. Kolb, *Nowoczesna psychiatria kliniczna*, Warszawa 1969.

grożenia, a co za tym idzie wzrostu ciśnienia. Wysiłki psychoterapeutyczne powinny zatem być skierowane przede wszystkim na uzdrowienie sytuacji, w jakiej się chory znalazł, co zresztą dość często bywa bardzo trudne do zrealizowania.

Gdy nie można zmienić okoliczności powodujących negatywne emocje, powinno się nastawić chorego na polepszenie jego umiejętności reagowania na przykre bodźce. Służy do tego poprawienie filozofii życia, szersza i głębsza racjonalizacja doznań, a wreszcie nauczenie się kontrolowania wegetatywnych reakcji na uraz psychiczny, np. przez opanowanie techniki treningu autogenicznego. Przy rozwiniętym nadciśnieniu niezbędne jest oczywiście jednoczesne stosowanie odpowiednich leków, z których — co warto podkreślić — większość ma działanie neuro- lub psychotropowe.

Kurczowe i wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Napady dychawicy oskrzelowej. Kolka żółciowa

Pod wpływem urazów psychicznych dochodzi do skurczów nie tylko mięśniówki naczyń krwionośnych, ale i mięśni gładkich innych narządów, a zwłaszcza wchodzących w skład układu pokarmowego lub oddechowego (oskrzele). W rezultacie tego, u niektórych osób może dojść do przetrwałych reakcji na przykry bodziec, objawiających się atakami dychawicy oskrzelowej, kolki żółciowej lub długotrwałego skurczu jelit grubych, powikłanym niekiedy owrzodzeniami. Oczywiście choroby te mogą mieć też inne tło, np. alergiczne i w tych jednak wypadkach urazy psychiczne odgrywają z reguły rolę istotnych czynników zaostrzających.

Jadłowstręt psychiczny

Jest to choroba dość rzadko spotykana, warta jednak dokładniejszego opisu, ponieważ jest stosunkowo mało znana, a poza tym, w niektórych wypadkach prowadzi do śmierci.

Stanowi ona doskonały przykład symbiozy: *psyche* — *soma* (psychika — ciało), ponieważ przyczyną jej jest niewątpliwie czynnik psychiczny, a skutki w dramatyczny sposób manifestuje ciało.

W większości wypadków chorują dziewczęta w okresie pokwitania, na ogół bardzo inteligentne, dobrze uczące się, wrażliwe i ambitne. Przeważnie przed zachorowaniem zdradzają one skłonność do otyłości lub przynajmniej są o tym przekonane. Wielu badaczy podkreśla, że dzieci z jadłowstrętem wyrastają w rodzinach, w których dominuje rola matki, a ojciec albo ma bardzo słabą wolę, albo z powodu zajęć nie wtrąca się do kierowania ogniskiem domowym. W każdym razie w rodzinie panuje raczej spokój, a zwłaszcza nie ma rozwodów.

Szczegółowa analiza wskazuje, że obok „dobrych" cech osobowości, dziewczęta i chłopców z jadłowstrętem cechuje ponadto egocentryzm, upór, mała odporność oraz przesadna wrażliwość psychiczna. Odznaczają się oni nadmierną aktywnością fizyczną i intelektualną i nigdy nie są zadowoleni ze swych osiągnięć. Wielu miewa myśli natrętne, a poza tym wykazuje skłonność do samokarania się oraz do tyranizowania otoczenia. Można też często zauważyć rywalizację i wzajemną zazdrość między rodzeństwem, a także rywalizację między córką i matką o względy ojca.

U dziewcząt bardzo często jadłowstręt rozpoczyna się od momentu, kiedy znaczące osoby z jej otoczenia żartem lub serio zwrócą uwagę na ich tendencje do tycia. Wielu autorów zwraca uwagę na fakt, że szczególnie niebezpieczne są w tych wypadkach aluzje co do możliwości ciąży. Wydaje się niekiedy, że u niektórych dziewcząt wstręt do jedzenia łączy się z fantazjami na temat ciąży, przy czym fakt jedzenia kojarzy się u nich w patologiczny sposób z życiem seksualnym. Chudnięcie, utrata miesiączek, przybieranie wyglądu chudziutkiego dziecka ma spełniać podświadome życzenie powrotu do błogosławionych lat dziecięcych, w których nie istniała groźba życia seksualnego i zajścia w ciążę.

Dużo bardziej prawdopodobne tłumaczenie psychologiczne wskazuje na mechanizmy obronne działające w jadłowstręcie:

— wywołanie swą chorobą pożądanego zainteresowania, przywiązania i sympatii rodziny, większych niż uprzednio i większych niż skierowane na innych członków rodziny;
— zaspokojenie własnego poczucia winy, przez to, że samemu poddaje się karze, odmawia sobie ulubionych pokarmów, oraz przez to, że wywołuje się wściekłość różnych osób, a zatem ściąga na siebie karę także w inny sposób.

Dla przykładu: bardzo inteligentna dziewczyna, lat 16, rywalizująca z matką o względy ojca, w afekcie życzyła często matce po kryjomu śmierci. Los zdarzył, że matka zginęła w katastrofie samochodowej. U córki zrodziło się głębokie poczucie winy, że doprowadziła do tego swymi życzeniami. Wkrótce po tym zachorowała na jadłowstręt. Jak wynikało z różnych wypowiedzi i zachowań, z jednej strony odmawianie sobie jedzenia, które przed tym bardzo lubiła, było karą za spowodowanie śmierci matki, a z drugiej strony sposobem ściślejszego związania ze sobą ojca. Ten bowiem, przejęty bardzo jej chorobą, absorbował się tak dalece leczeniem, wizytami u lekarzy, pilnowaniem, aby jadła, że nie zwracał uwagi na inne kobiety i nie wykazywał tendencji do ponownego małżeństwa. Notabene w wywiadzie wykryto, że matka przed śmiercią wielokrotnie żartowała z córki, że jest za gruba. Radziła jej, aby jadła mniej, gdyż nie będzie miała powodzenia u mężczyzn, przy czym zasłaniała się, że jest to opinia ojca, który dlatego tylko wybrał ją spośród wielu innych kobiet, że była najszczuplejsza. Wydaje się, że ta — żartobliwa — wypowiedź matki legła u podstaw całego kompleksu urazów psychicznych, które doprowadziły w końcu do jadłowstrętu u opisanej tu pacjentki.

Na obraz kliniczny jadłowstrętu składają się:
— początek w końcowym okresie pokwitania;
— postępująca niechęć do jedzenia, doprowadzająca w końcu do pełnej odmowy przyjmowania pokarmów;
— rosnący stopniowo spadek wagi ciała i towarzyszące mu wyniszczenie, aż do wyglądu typowego „muzułmanina" z obozów koncentracyjnych;
— utrata miesiączek u dziewcząt;
— zwolniona przemiana materii;

— brak psychozy (która z przesłanek urojeniowych może również prowadzić do odmowy przyjmowania pokarmów);
— brak w zaawansowanym nawet stadium choroby zmian fizycznych warunkujących jadłowstręt (choroby przysadki mózgowej, zmian w mózgu lub choroby przewodu pokarmowego). Zmiany te mogą pojawić się dopiero w późnej fazie jadłowstrętu już jako jego skutek i prowadzić do dalszego wyniszczenia i śmierci;
— wysoka — na ogół — inteligencja chorego oraz zadziwiająca, w zestawieniu z wyniszczeniem organizmu, sprawność fizyczna i psychiczna, którą wielu autorów określa nawet jako nadmierną aktywność.

Leczenie wymaga bardzo precyzyjnego zebrania wywiadu i dokładnej analizy zarówno osobowości, jak i środowiska rodzinnego, a także wczucia się w sposób myślenia pacjenta, które w tym czasie opiera się jeszcze z reguły na bardzo niedojrzałym poglądzie na świat. W klasycznym jadłowstręcie leczenie farmakologiczne jest wręcz przeciwwskazane, chyba że trzeba już leczyć skutki choroby. Należy pamiętać, że pacjenci są bardzo inteligentni, czujni, nieufni i wrażliwi, a poza tym mają bardzo silną motywację do odmawiania przyjmowania pokarmów. Psychoterapia nie powinna się opierać na tłumaczeniu psychogennego tła choroby, ponieważ większość pacjentów lęka się, że może być uznana za chorych psychicznie. Oprzeć się raczej powinna na bardzo dokładnym wyjaśnieniu znaczenia spożywanych białek, tłuszczów, węglowodanów, soli mineralnych etc. oraz na analizie objawów, które wystąpiły już u danego chorego. Po uzyskaniu zgody na przyjmowanie pokarmów początkowa dieta powinna się składać z 6 małych posiłków o dużej zawartości białka, co pozwala uniknąć gwałtownego przyboru na wadze, a zatem nie wypłoszy nam pacjenta, przywiązującego ciągle jeszcze wielkie znaczenie do utrzymania smukłej figury. Treść rozmów psychoterapeutycznych zależy od indywidualnie stwierdzonych przyczyn zachorowania.

Pomijając nadwagę spowodowaną obniżeniem przemiany materii albo innymi chorobami układu wewnątrzwydzielniczego czy pokarmowego, u pewnej liczby ludzi liczą się, jako przyczyna otyłości, czynniki psychogenne.

Źródła tendencji do przekarmiania się tkwią przeważnie w bardzo wczesnym dzieciństwie, kiedy matka lub inna opiekunka z nadmierną troskliwością wmusza wręcz jedzenie w swoją pociechę, a stwierdziwszy spadek jego wagi manifestuje rozpacz i lęk. Dziecko orientuje się wkrótce, że obraz jego tłustego, dużego ciała wywołuje w otoczeniu wrażenie siły, zdrowia, potęgi i przyjmowany jest z zadowoleniem. Natomiast schudnięcie wywołuje niepokój i lęk. Przez swój okazały wygląd dziecko zdobywa pozytywne zainteresowanie znaczących osób, co jest szczególnie ważne, gdy nie może uzyskać takiego zainteresowania innymi środkami. W tej sytuacji redukcja wagi nasuwa trudności nie tylko ze względu na pozbawienie się przyjemności jedzenia, ale i wskutek symbolicznego zagrożenia utratą przyjaznych uczuć ze strony drogich sobie osób, a także iluzorycznej utraty mocy, władzy, jaką prezentuje otyła postać.

Ta interpretacja skłonności do tycia może wydawać się śmieszna, jeżeli rozważa się ją wyłącznie z racjonalnego punktu widzenia. Należy jednak pamiętać, że na nasze zachowanie w wieku dojrzałym wpływa wiele irracjonalnych nawyków i postaw, wykształconych we wczesnym dzieciństwie i zepchniętych następnie do podświadomości, skąd, w sposób zamaskowany, kierują wieloma bardzo istotnymi mechanizmami naszego postępowania.

Jak silne mogą być podświadome dążenia do otyłości wie każdy, kto usiłował leczyć ludzi z nadwagą. Przypominają oni swym postępowaniem daleko zaawansowanych narkomanów. Mimo zadeklarowanej chęci leczenia, zamanifestowanej dobrowolnym pójściem do szpitala lub sanatorium, wydają się być niezdolni do faktycznego ograniczenia pokarmów. Są także nierzetelni w informowaniu, co i ile jedzą; okłamują lekarzy, że utrzymują dietę, mimo że waga wskazuje wzrost; jeżeli umieści

się ich w szpitalu, aby „zrzucili" wagę, przemycają niedozwolone posiłki; po wypisaniu ich ze szpitala rokują poważne ryzyko nawrotu do obżarstwa. Są bardzo chętni do leczenia skutków obżarstwa (dolegliwości sercowych, naczyniowych) natomiast niechętnie akceptują propozycję usunięcia przyczyny — obżarstwa; podobnie alkoholicy chętnie leczą nieżyt żołądka, bezsenność i rozdrażnienie, ale niechętnie rezygnują z alkoholu; palacze chcieliby wyleczyć się z zapalenia oskrzeli i uczucia niesmaku, ale nie kosztem odstawienia papierosów...

Wydaje się, że u tego typu otyłych potrzeba, aby być akceptowanym takim, jakim się jest, pozostanie silniejsza od najsilniejszych argumentów przeciwko przekarmianiu się.

Szyryński [2] opisuje kobietę, u której otyłość przybrała monstrualne rozmiary. Schudnięcie pod wpływem kuracji do rozsądnej wagi spowodowało u niej tak silny lęk i depresję, że musiano ją umieścić w szpitalu psychiatrycznym. Oświadczyła ona, że przestała być sobą i woli narażać się na kpiny i choroby, niż pozostać „chudą". Po osiągnięciu nadwagi ciała wróciła do równowagi psychicznej.

W rekapitulacji przedstawionych rozważań należy stwierdzić, że niezależnie od stosowanych diet odchudzających otyli pacjenci powinni być prawidłowo ustawiani psychoterapeutycznie, jeżeli motywacja do schudnięcia ma być trwała, a sam fakt utraty nadwagi ma im przynieść pełną równowagę psychiczną.

Bóle głowy

Mogą mieć one swe źródło w bardzo wielu czynnikach chorobotwórczych, uzasadnionych na ogół zmianami fizycznymi. Psychosomatyczne podłoże przyjęto uznawać przede wszystkim w tzw. „bólach głowy z napięcia".

Są to charakterystyczne długotrwałe, rozlane bóle okolic czołowych i potylicznych, sięgające często karku i okolic barkowych. Cierpią na nie osoby, których sytuacja środowiskowa na-

[2] Praca w maszynopisie.

sycona jest lękiem, uzasadnionym obiektywnym zagrożeniem, lub też wypływającym z małej odporności psychicznej; w tym drugim wypadku banalne nawet przykrości działają z siłą wielkich urazów psychicznych. Ludzie ci znajdują się w stanie ciągłego oczekiwania, że stanie się coś złego, są niespokojni i napięci. Często bólom głowy towarzyszy rzeczywiste wzmożenie napięcia mięśni szyi i karku.

Bóle głowy z napięcia występują bardzo często u żołnierzy frontowych, a w czasie pokoju u osób obciążonych ponad miarę obowiązkami o dużej odpowiedzialności.

Choroby skóry

Skóra podlega nie tylko bezpośrednim wpływom układu wegetatywnego i pośredniemu, ale także intensywnemu wpływowi układu wewnątrzwydzielniczego. Nic więc dziwnego, że wiele fizjologicznie przeżywanych emocji znajduje wyraz w zmianach odbywających się na skórze. Pod wpływem lęku, gniewu, wściekłości, smutku itp. skóra robi się blada lub czerwona, spocona lub sucha, pojawia się „gęsia skórka", zmienia się ciepłota kończyn itd.

Te same emocje, jeżeli są tłumione, mają bardzo ubogi obraz psychiczny, co nie oznacza, że przejawy wegetatywne są również skąpe, wprost przeciwnie, często są one bogatsze.

Z doświadczeń psychiatrów i dermatologów wynika, że bardzo wiele chorób skóry powodowane jest bodźcami psychicznymi, a w szczególności wadliwie odreagowanymi emocjami. Tło psychiczne mają z całą pewnością niektóre tzw. egzemy, świerzbiączka, nadmierne poty, rumień wstydliwych, wysiękowe neurogenne zapalenie skóry, niektóre przypadki świądu odbytu i okolic płciowych oraz pokrzywki.

W pewnych chorobach, jak np. rumień wstydliwych, wykrycie powiązania między urazem psychicznym a zmianami na skórze, jest oczywiste, w innych, jak np. w pospolitych kurzajkach, ukryte. Niemniej jednak wnikliwie zebrany wywiad, a także badanie psychologiczne i psychiatryczne bez trudu wykazują

charakter psychosomatyczny cierpienia. Wówczas leczenie psychoterapią, wzmocnione środkami psychotropowymi przynosi szybką ulgę pacjentowi, który uprzednio całymi latami leczył się objawowo przy pomocy maści, zasypek, płynów na skórę itd.

Choroby psychosomatyczne stanowią wciąż jeszcze mało poznaną dziedzinę medycyny. Niezależnie od tego, że stosunkowo niedawno zwrócono uwagę na ich istnienie, to zwłaszcza w kulturze europejskiej nie brak jest silnych oporów do zaakceptowania psychosomatycznej teorii medycyny jako takiej. Wypływa to prawdopodobnie z tych samych źródeł, które do tej pory powodują, że sama choroba psychiczna jest czymś wstydliwym i przerażającym, a chory psychicznie wywołuje w swym środowisku niepokój i niechęć.

Stąd sama myśl o tym, że zaburzenia funkcji tak skrajnie „somatycznych" narządów, jak żołądek, jelita, skóra, układ krążenia czy woreczek żółciowy, mogą być formą nerwicy lub nawet rodzajem psychozy, trudna jest do zaakceptowania nie tylko dla pacjenta, ale i lekarza.

W kontaktach z chorymi widzi się ciągle, jak bardzo starają się oni wysunąć na pierwszy plan swoich skarg dolegliwości cielesne i jak bardzo jednocześnie — świadomie czy nieświadomie, usiłują ukryć najmniejsze choćby przejawy psychopatologiczne. Z kolei lekarze zafascynowani tzw. obiektywnymi objawami choroby z uporem godnym lepszej sprawy poszukują bez przerwy zmian opukowych, osłuchowych, w EKG, morfologii, badaniu rentgenowskim, próbach biochemicznych itp., lekceważąc „subiektywne" skargi chorego, nie mówiąc już o wnikliwym zbadaniu jego osobowości, przeżyć, sytuacji psychologicznej itp. Wynika to prawdopodobnie z wadliwego szkolenia w uczelniach, w których poglądy na etiologię i patogenezę chorób ciągle jeszcze niedostatecznie czerpią z doświadczeń współczesnej fizjologii, patofizjologii i psychiatrii, trzymając się w mniej lub więcej otwarty sposób dziewiętnastowiecznej teorii Virchowa. Jak to słusznie piszą Noyes i Kolb dla przeciętnego absolwenta akademii medycznej przy obecnym typie szkolenia „...szmer sercowy będzie miał zawsze większe znaczenie niż fakt, że władcza matka tak wypaczyła rozwój osobowości dziecka, że jego zdrowie psy-

chiczne i przystosowanie społeczne zostały trwale upośledzone" [3].

Polepszeniu sytuacji w tej dziedzinie nie sprzyja codzienna praktyka lekarska zarówno ambulatoryjna, jak i nawet szpitalna. Szybka i chaotyczna praca lekarzy, przeładowanie obowiązkami, w tym niekoniecznie lekarskimi, przepełnienie, fascynacja maszynami diagnostycznymi i rozreklamowanymi lekami — wszystko to powoduje powierzchowność działań współczesnej medycyny, która traci kontakt z żywym człowiekiem, a zwłaszcza jego problematyką psychiczną i społeczną, i która zdaje się czynić starania, aby zrobić z niego załącznik do historii choroby, co prawda niezbędny, ale nie jedyny. Pacjent staje się coraz bardziej dla lekarza problemem prawnym (orzecznictwo, zwolnienia, zaświadczenia, lęk, aby nie zepsuł statystyki, obawa przed niewyrobieniem normy, przekroczeniem limitu wydatków itd., itd.), a lekarz dla pacjenta żandarmem. W każdym razie nierzadko patrzą na siebie podejrzliwie i kontakty między nimi już niemal w punkcie rejestracyjnym zaczynają się układać niewłaściwie.

Znika gdzieś zaufanie do lekarza, a dla tego ostatniego zaciera się dewiza — *salus aegroti suprema lex* [4]. Nie ma on czasu na zebranie porządnego wywiadu, a cóż dopiero na analizę osobowości, środowiska itd. W tych układach wizyta u lekarza staje się właściwie sama w sobie urazem psychicznym.

Na te niebezpieczne manowce współczesnej służby zdrowia zwraca uwagę wielu zarówno światłych lekarzy, jak i publicystów, socjologów, a wreszcie rozgoryczonych pacjentów.

Przełamanie złej passy powinno wyjść jednak od lekarzy, a nie od pacjentów.

---

[3] N o y e s, K o l b, *op. cit.*

[4] Zdrowie chorego najwyższym prawem (lekarza).

ROMUALD BŁOSZCZYŃSKI

Rozdział XIX

NIEKTÓRE PROBLEMY HIGIENY PSYCHICZNEJ W LOTNICTWIE

Stres zawodowy pilota wojskowego w świetle higieny psychicznej. — Dezadaptacja zawodowa personelu latającego w lotnictwie wojskowym. — Bezpieczeństwo pracy lotniczej w aspekcie zdrowia psychicznego.

Stres zawodowy pilota wojskowego w świetle higieny psychicznej

Rozwój współczesnej techniki lotniczej oraz zakres jej zastosowania bojowego powoduje, że w wielu wypadkach pilot działa na granicy psychofizycznych możliwości człowieka.

Stres zawodowy pilota wojskowego — rozumiemy jako stopień obciążenia jego organizmu zarówno czynnikami fizycznymi lotu, jak i psychicznymi, wynikającymi m. in. ze stopnia trudności wykonywanych zadań lotniczych — jest niewspółmiernie większy w porównaniu z innymi zawodami.

System regulacyjny działania człowieka efektywnie funkcjonuje w określonym zakresie obciążenia ustroju, który jest zależny od indywidualnej wydolności osobniczej. Przy aktualnym rozwoju techniki lotniczej, pomimo ciągłego doskonalenia m. in. systemów sterowania, człowiek obsługujący tę technikę budzi największy niepokój pod względem swojej sprawności i niezawodności działania.

Pojęcie stresu nie jest jednoznacznie interpretowane przez poszczególnych autorów zajmujących się tym problemem. Nie po-

dejmując dyskusji na ten temat, możemy dla naszych potrzeb wydzielić dwie zmienne:

— stres jako sytuacja (oddziaływanie bodźców zewnętrznych na osobnika);

— stres jako stan wewnętrzny organizmu (wzrost aktywacji organizmu, czyli stan pobudzenia w postaci wzmożonego wydzielania gruczołów dokrewnych, wzmożonej reakcji ośrodkowego układu nerwowego itp.).

Zarówno zmienna niezależna (sytuacja), jak i zależna (stan organizmu) nie dadzą się rozdzielić, bowiem odbierane przez człowieka bodźce jako zagrożenie lub zakłócenie wywołują określone reakcje jego ustroju. Bodźce ekstremalne oceniane są przez podmiot za pomocą procesu intelektualnego (ocena sytuacji za pośrednictwem mechanizmów: uświadamiającego, oceniającego i interpretującego [1].

Przedmiotem naszych zainteresowań są sytuacje, z jakimi pilot spotyka się w warunkach lotu i jak radzi sobie w sytuacjach zadaniowych. Pomimo bowiem wnikliwego doboru kandydatów do szkolenia lotniczego, spotykamy się z wieloma wypadkami, kiedy postawione przed osobnikiem zadanie opanowania wiadomości oraz umiejętności praktycznych przerastają jego możliwości. Następuje wówczas przekroczenie dopuszczalnych obciążeń mechanizmów regulujących zachowanie się, do których zalicza się procesy instrumentalne (orientacyjne, intelektualne, wykonawcze) i procesy ustosunkowania, czyli emocjonalno-motywacyjne.

Aby zobrazować stopień obciążenia pilota w warunkach lotu w sferze procesów instrumentalnych posłużę się niektórymi danymi empirycznymi.

Przebieg działania pilota z punktu widzenia psychologii można rozpatrywać jako układ sterowania, który ma swoje „wejścia", mechanizmy centralne i „wyjścia".

Wejściem tego układu są narządy zmysłowe, które zapewniają pilotowi dostarczanie niezbędnych informacji w dynamice lotu. Są to m. in. narządy wzroku, słuchu, równowagi itp.

---

[1] R. Lazarus, *Tieorija stressa i psichofizjołogiczeskije issledowanija*. W: *Emocjonalnyj stress* (red. L. Levi), Leningrad 1970.

Do mechanizmów centralnych zalicza się układ nerwowy, a zwłaszcza ośrodki mózgowe, w których odbywają się złożone procesy przetwarzania informacji i podejmowane są decyzje co do sposobów wykonania czynności.

Wyjściem tego układu są w zasadzie kończyny górne i dolne pilota, za których pomocą przekazuje on sygnały układowi sterowania samolotu.

Pomimo zastosowania we współczesnych samolotach wielu elementów automatycznego sterowania niektórymi parametrami pracy samolotu lub nawet całym lotem (autopilot), człowiek w układzie sterowania „pilot — samolot" pozostaje w dalszym ciągu zasadniczym ogniwem integracyjnym.

1. Procesy orientacji pilota w locie

Podstawowymi procesami psychicznymi, które zapewniają pilotowi orientację w otaczającym go świecie są wrażenia, spostrzeżenia, wyobrażenia oraz procesy myślowe. W psychologii określa się je jako procesy poznawcze. Obok odzwierciedlenia rzeczy i zjawisk obiektywnie istniejącego świata, określają one również ich wartość dla aktualnego działania pilota.

W warunkach lotu na pilota oddziaływa bardzo dużo różnorodnych bodźców ze świata zewnętrznego i z wewnątrz organizmu. Oddziaływanie to stanowi subiektywne odbicie przez pilota obiektywnej rzeczywistości na podstawie czego występują m. in. procesy psychicznej regulacji działania.

Proces orientacji pilota w locie jest jednym z podstawowych elmentów zapewniających poprawność jego funkcjonowania. Narządy zmysłowe pilota przedstawiają sobą określone kanały, które odbierają, a następnie przekazują informacje do ośrodków centralnych w postaci wrażeń i spostrzeżeń.

Ograniczone możliwości w odbieraniu informacji przez pilota uwarunkowane są poziomem funkcjonowania jego narządów zmysłowych. Pilot zdolny jest reagować na bodźce świetlne nie częściej niż średnio dwa razy w ciągu sekundy, może on nadążyć za sygnałami w zależności od receptora, na który one oddziałują powyżej dolnej granicy wrażliwości narządów, tj. 0 do

2,5 — 3 Hc. Powyższe względy warunkują, że szybkość dopływu informacji do pilota (wydajność źródła meldunków) nie może przekroczyć zdolności przepustowej jego „wejścia", tj. narządów zmysłowych. W wypadku przekroczenia optymalnej prędkości przekazywania informacji pilotowi mogą wystąpić różnorodne defekty w procesie jego orientacji. Jak wykazują badania, tego rodzaju błędy występują u pilotów w postaci przepuszczania i zniekształcania sygnałów, zmniejszania zakresu rozróżniania i rozpoznawania.

Dla zapewnienia optymalnych warunków odbierania informacji przez pilota podczas lotu, przyrządy pokładowe (nośniki informacji) rozmieszczone są w kabinie samolotu według określonego układu pod względem znaczeniowym, przy tym przestrzegana jest zasada ważności, grupuje się je także w określone zespoły.

Zespoły przyrządów kontrolnych oraz sygnalizacji są dla pilota sensorycznym polem pracy (chodzi o loty według przyrządów pokładowych). Podczas szkolenia pilot wypracowuje i utrwala określone stereotypy funkcjonalne, które zapewniają mu optymalne warunki odbioru informacji z przyrządów pokładowych. Tego rodzaju stereotypy w odbieraniu informacji przez pilota według przyrządów określa się niekiedy jako „trasę spostrzeżeń pilota".

Jak wykazują badania eksperymentalne przeprowadzone przez Kamyszewa i Łazarewa [2] czas fiksacji wzroku pilota na poszczególnych przyrządach pokładowych podczas lotu według przyrządów uzależniony jest od ważności przekazywanej przez ten przyrząd informacji. Czas ten kształtuje się w granicach 0,18—1,78 s.

Poszczególne sygnały odbierane przez pilota, które regulują jego czynności, występują z różną częstotliwością. Jak wykazują badania, pilot w zależności od elementu wykonywanego lotu odbiera informację wzrokową w czasie dłuższym z tych wskaźników, które w aktualnych warunkach są dla niego najistotniejsze. Na przykład podczas wprowadzania samolotu w skręt czas fiksacji wzroku na sztucznym horyzoncie wzrasta do 0,45 s i jest więk-

[2] J. Kamyszew, W. Łazariew, *Diapozon wnimanija lotczyka*, „Awiacja i Kosmonawtika" 1969, nr 2.

szy w porównaniu z lotem horyzontalnym. Natomiast podczas podchodzenia do lądowania czas fiksacji wzroku pilota zwiększa się na wariometrze (0,45 s) [3].

W sytuacjach, w których pilot nadmiernie koncentruje swoją uwagę na wskazaniach istotnych dla niego przyrządów obserwuje się ograniczenie (zwężenie) pola percepcji wzrokowej. Badania przeprowadzone, m. in. przez Kuzniecowa [4], wykazują, że podczas podchodzenia do lądowania (lot na symulatorze) piloci z opóźnieniem spostrzegają sygnał „pożar". Czas ten wynosi średnio około 8 s. Świadczy to, że w warunkach dużej koncentracji uwagi na określonym odcinku sensorycznego pola pracy, bodźce występujące w peryferycznym polu widzenia pozostają przez dłuższy czas nie spostrzeżone przez pilota.

Poziom funkcjonowania pilota w odbieraniu informacji nie ma wartości stałych. Uzależniony jest on od:

— cech sygnałów i szybkości ich przekazywania,
— stopnia złożoności zadania lotniczego,
— warunków i tempa pracy pilota,
— stanu funkcjonalnego, w jakim znajduje się układ nerwowy pilota,
— indywidualnych cech osobowości pilota,
— stopnia przygotowania zawodowego pilota.

Poza tym obniżenie efektywności w odbieraniu informacji przez pilota może być spowodowane takimi czynnikami, jak zmęczenie, ujemne stany emocjonalne itp.

2. *Procesy podejmowania decyzji*

Proces podejmowania decyzji jest zbiorem czynności myślowych. Zachowanie się pilota w warunkach lotu jest nie tylko rezultatem pasywnie odbieranych bodźców, jest ono również wynikiem aktywnego procesu myślenia, który wybiórczo koncentruje się na określonych informacjach napływających ze środo-

[3] Por. B. Pokrowskij, *Mietodiczeskoje posobije po izuczeniju psichołogiczeskich osobiennostiej lotnogo i kursantskogo sostawa*, Moskwa 1970.
[4] W. Kuzniecow, *Niekotoryje puti izuczenija lotczyka w poletie*. W: *Woprosy inżyniernoj psichologii w awiacjonnoj kosmiczeskoj miedicinie*, Moskwa 1966.

wiska i wykorzystuje zawartą w niej treść w procesie podejmowania decyzji.

Operacje myślowe nie ograniczają się jedynie do danych, które pilot otrzymuje w locie. Informacje te zostają ściśle powiązane z informacjami utrzymanymi w pamięci i wyobraźni pilota. Odbierane przez pilota informacje w warunkach lotu włączane są do systemu informacji, które przyswoił on i utrwalił w pamięci.

Pilot odbierając informacje, a następnie przetwarzając je nieustannie przewiduje to, co ma nastąpić, wyobraża sobie obraz sytuacji, jaka ma w bliższym lub dalszym czasie nastąpić. Jest to proces antycypacji polegający na przewidywaniu biegu zdarzeń.

Pilot wykonując podczas lotu określone czynności kieruje się utrwalonymi schematami działań (nawyki) lub też określonym „modelem" wewnętrznym wyniku, który może być osiągnięty. Poza tym w „modelu" wewnętrznym występują schematy czynnościowe, które mogą być wykorzystane w pewnych sytuacjach, a także różnorodne zdarzenia, które mogą zakłócać przebieg czynności wykonawczych. Decyzje jakie występują w działaniu pilota są różne i wahają się w szerokich granicach swojej złożoności.

W poszczególnych wypadkach decyzje pilota są z reguły określone przez zbiór odbieranych informacji, które uzyskuje on z poszczególnych źródeł. Informacje tego rodzaju są jednoznaczne i nie wymagają złożonego procesu analizy i syntezy. Przykładem tego rodzaju decyzji mogą być reakcje pilota w sytuacji, kiedy spostrzeże on, że samolot wykonuje np. lot ze zniżaniem. Jeżeli treść zadania lotniczego nie przewidywała obniżenia wysokości to w tym wypadku pilot podejmuje jednoznaczną decyzję — przesuwa drążek sterowy w kierunku do siebie. Wykonuje on tę czynność automatycznie (zaangażowanie procesów myślowych jest minimalne). W tej i podobnych sytuacjach występuje jednoznaczne przyporządkowanie sygnału i reakcji. Tego rodzaju reakcje pilota określa się jako reakcje proste. W optymalnych warunkach czasy tego rodzaju reakcji są krótkie i wynoszą mniej niż 1 s.

Zasadnicza większość czynności pilota ma bardziej złożoną

strukturę, wymagają one regulacji na podstawie podejmowania decyzji o różnym stopniu złożoności. Podejmowanie decyzji złożonych występuje w tych sytuacjach, gdy nie ma jednoznacznego przyporządkowania pomiędzy sygnałem a reakcją, kiedy pilot wykorzystuje większą ilość informacji lub też gdy musi wykonać więcej niż jedną reakcję.

W psychologii wymienia się 4 najważniejsze rodzaje sytuacji, w których występują zagadnienia decyzji. Są to: sytuacje wyboru, sytuacje złożone, preferencje oraz sytuacje probabilistyczne [5].

Zasadniczą i najważniejszą cechą tych sytuacji jest konieczność przetwarzania informacji, a nie bezpośrednia reakcja (brak jednoznacznego przyporządkowania bodźca i reakcji) na otrzymaną informację.

W pracy pilota s y t u a c j e w y b o r u zachodzą wówczas, gdy występuje możliwość pojawienia się więcej niż jednego sygnału lub też więcej niż jednej reakcji.

W tego rodzaju sytuacjach pilot musi selekcjonować odbierane informacje, wykorzystując tylko te, które mają związek z wykonywaną czynnością. Tego rodzaju proces selekcjonowania wymaga skomplikowanych operacji myślowych w sytuacjach wyboru.

W s y t u a c j a c h z ł o ż o n y c h pilot musi uwzględniać równocześnie więcej niż jedno źródło informacji lub też wykonywać więcej niż jedną reakcję. Na przykład kontrolując pracę silnika uwzględnia zarówno wysokość obrotów, temperaturę wylatujących gazów, a także inne parametry.

P r e f e r e n c j e w procesach decyzyjnych występują w tych sytuacjach, gdy różne sposoby czynności mają dla pilota niejednakową wartość, gdy z różnych powodów woli on jedne od drugich. Na przykład, pilot w warunkach zagrożenia (awaria silnika na wysokości poniżej 2000 m) wykonuje przymusowe lądowanie w przygodnym terenie zamiast się katapultować. W tych sytuacjach pilot „nastawia się" z góry na reakcje przez siebie preferowane.

---

[5] T. T o m a s z e w s k i, *Wstęp do psychologii*, Warszawa 1963.

Sytuacje probabilistyczne występują wówczas, gdy pilot wykonuje czynności w warunkach dopływu niedostatecznej ilości informacji. Tego rodzaju sytuacje występują np. w wypadku awarii podstawowych przyrządów pilotażowo-nawigacyjnych. Pilot zmuszony jest wówczas wykonywać lot według przyrządów dublujących, które przekazują mu niepełną informację o parametrach nawigacyjnych. Uzyskiwane tą drogą informacje mogą mieć wpływ na obniżenie jakości decyzji pilota.

Na przebieg procesu podejmowania decyzji przez pilota w warunkach lotu mogą wpływać również inne czynniki, m. in. ujemne reakcje emocjonalne. Tego rodzaju stany psychiczne mogą niekiedy zakłócać przebieg odbioru i przetwarzania informacji przez pilota i wpływać ujemnie na funkcjonowanie układu sterowania „pilot — samolot".

3. *Procesy czynności wykonawczych*

Proces czynności wykonawczych jest końcowym elementem działania pilota. Czynności wykonawcze pilota w przeważającej mierze odnoszą się do sfery psychomotorycznej, tzn. polegają na oddziaływaniu ruchowym na dźwignię sterowania samolotu za pomocą kończyn górnych i dolnych.

W procesie czynności wykonawczych narządy zmysłowe pilota ciągle dostarczają mu informacji o kierunku, zakresie i szybkości wykonywanych ruchów oraz o skutkach, jakie występują w regulowanych parametrach. Tego rodzaju informacje są dostarczane pilotowi w postaci wrażeń i spostrzeżeń wzrokowych, słuchowych, kinestetycznych oraz wrażeń biegnących z narządu równowagi. Możemy więc powiedzieć, że sygnały sensoryczne zarówno uruchamiają organy wykonawcze pilota, jak i sterują nimi, czyli spełniają funkcje regulatora.

Efektywność czynności wykonawczych pilota uzależniona jest w zasadniczej mierze od dokładności i trwałości ukształtowanych w procesie szkolenia schematów (programów) działania.

W początkowych stadiach kształtowania nawyków ruchowych pilota, ruchy jego przebiegają pod kontrolą wzroku. Dalsze szkolenie powoduje zmniejszenie kontroli wzrokowej, a kontrolę tę

przejmują narządy czucia kinestetycznego, które znajdują się w samym aparacie ruchowym.

Na podstawie dobrze utrwalonych schematów funkcjonowania motorycznego, pilot wykonując określone czynności w zasadzie nie odczuwa pojedynczych ruchów, wystarczy mu podjęta decyzja, np. wykonania zwrotu bojowego, aby ruchy kończyn górnych i dolnych w sposób skoordynowany zrealizowały zamierzony cel.

Szybkość czynności wykonawczych (ruchowych) w technice pilotowania uzależniona jest m. in. od prędkości i wysokości lotu, a także od rodzaju wykonywanego zadania lotniczego. Poza tym jest ona uzależniona od kierunku ruchu, rodzaju decyzji itp.

We współczesnej technice lotniczej wykorzystuje się różnorodne układy (hydrauliczne i elektryczne), które zmniejszają wysiłek pilota w czasie sterowania samolotem. Mając jednak na względzie niezbędną potrzebę zapewnienia dopływu wrażeń proprioceptywnych do ośrodków centralnych układu nerwowego pilota (przekazanie niezbędnej informacji o wielkości i kierunku wykonywanego ruchu) stosuje się specjalne obciążenia dźwigni sterowania. Obciążenie np. na drążku powinno się wahać podczas wykonywania pilotażu w granicach 6—14 kg.

Proces czynności wykonawczych pilota ma różny stopień szybkości, złożoności i precyzji. Rozważania moje nie wyczerpują wielu istotnych zagadnień odnoszących się do psychomotoryki pilota. Niemniej wykazują one, że motoryki pilota nie można rozpatrywać jako czynności mechanicznej. Jest to złożony proces, który uzależniony jest zarówno od czynników fizjologicznych, jak i psychologicznych.

Poza niewspółmiernie złożoną strukturą czynności instrumentalnych pilota w układzie „pilot — środowisko" istotną rolę odgrywa z punktu widzenia zdrowia psychicznego stopień jego obciążenia emocjonalnego. Nie podejmując teoretycznych rozważań w zakresie wpływu stresu psychologicznego na sprawność działania człowieka, najogólniej można stwierdzić, że jeżeli sytuacja ta przekracza jego indywidualną odporność, wówczas zamiast zwiększenia wydolności następuje dezorganizacja w utrwalonych schematach struktury czynnościowej.

4. *Emocje a sprawność działania pilota*

Problematyka emocji jest przedmiotem szczególnego zainteresowania psychologii. „Emocje są nie tylko bohaterami wielkich dramatów; jako codzienny towarzysz człowieka wywierają nieustanny wpływ na to, co robi i co myśli" [6]. Najogólniej można więc powiedzieć, że emocja jest to odzwierciedlenie stosunku człowieka do otoczenia.

Procesy emocjonalne człowieka związane są z oddziaływaniem na niego różnorodnych sygnałów pochodzących ze środowiska zewnętrznego lub z wewnątrz organizmu. Określają one subiektywne wewnętrzne nastawienie podmiotu. Proces emocjonalny charakteryzuje się specyficznymi cechami. Są to:

— znak: proces emocjonalny może być dodatni, tj. taki, który wpływa na podtrzymanie kontaktu z określonymi przedmiotami lub zjawiskami (sygnałami), które sprawiają stan przyjemności. Natomiast ujemny proces emocjonalny odznacza się dążeniem do likwidacji lub zmniejszenia dopływających sygnałów, które wywołują stan przykrości;

— poziom aktywacji: proces emocjonalny odznacza się wzrostem poziomu aktywacji (podniecenie) lub jego spadkiem (zobojętnienie). Poziom aktywacji odzwierciedla stan czuwania i gotowości organizmu do reagowania; [7]

— treść: w procesie emocjonalnym występują określone treści, które wpływają na tworzenie się odpowiadających im reakcji (reakcje lękowe, strachu, złości, podziwu itp.).

Fizjologiczny mechanizm emocji jest bardzo złożony. Wynika to z faktu, że w stanie emocjonalnym organizm reaguje na różnorodnym poziomie nerwowej i chemicznej integracji.

Nie podejmując szczegółowych rozważań nad wpływem emocji na sprawność działania człowieka, można na podstawie badań empirycznych stwierdzić, że jeżeli człowiek przebywa dość długo w sytuacji trudnej (stresowej) lub jeżeli sytuacja ta przekracza jego indywidualną wydolność, wówczas zamiast wzrostu

---

[6] J. Reykowski, *Eksperymentalna psychologia emocji*, Warszawa 1968.

[7] Por. D.B. Lindsley, *Emocji*. W: *Ekspierimientalnaja psichołogija*, Moskwa 1960.

jego sprawności następuje dezorganizacja w utrwalonych schematach struktury czynnościowej [8].

Wpływ emocji na sprawność działania człowieka zależy m. in. od poziomu aktywacji (stan czuwania oraz gotowości organizmu do reagowania).

Wpływ procesów emocjonalnych na sprawność działania człowieka zostały ujęte w dwóch prawach Yerkesa-Dodsona. Pierwsze prawo stwierdza, że sprawność działania pozostaje w krzywolinijnej zależności od siły motywacji, drugie natomiast, że w miarę wzrostu stopnia trudności zadania, optymalny poziom motywacji stopniowo się obniża.

Zgodnie z prawami Yerkesa-Dodsona człowiek funkcjonuje najlepiej przy optymalnym (średnim) poziomie aktywacji. Należy przy tym zaznaczyć, że procesu emocjonalnego nie można utożsamiać z aktywacją (podnieceniem) organizmu. Istotną cechą procesów emocjonalnych są procesy myślowe. Procesy te wykrywają rozbieżność między nastawieniem podmiotu a rzeczywistym stanem obiektywnego świata (przedmioty i zjawiska). „Inaczej mówiąc procesy emocjonalne stanowią swoistą odpowiedź mechanizmu regulacji we wszystkich przypadkach, w których pojawia się rozbieżność między trwałymi bądź chwilowymi nastawieniami a rzeczywistością" [9].

Tak więc teoria aktywacyjna wyjaśnia pogląd, że różnice indywidualne osobników pod względem poziomu aktywacji są pewną trwałą właściwością, którą określa się również takimi pojęciami, jak pobudliwość lub emocja. Poza tym teoria ta uzasadnia twierdzenie, że optymalne zachowanie się człowieka występuje przy średnim poziomie aktywacji, natomiast niski i wysoki jego poziom obniża jakość działania człowieka.

Przyjmując pogląd, że procesy emocjonalne spełniają funkcje regulacyjne zachowania się i działania oraz reakcji wegetatywnych ustroju nie utożsamiamy tych procesów z czynnościami narządów wewnętrznych.

Związek procesów emocjonalnych z fizjologicznymi pozwala dokonywać pomiary zjawisk emocjonalnych za pomocą rejestracji

[8] Por. T o m a s z e w s k i, *op. cit.*
[9] R e y k o w s k i, *op. cit.*, s. 513.

reakcji fizjologicznych ustroju człowieka. Tego rodzaju pomiary pozwalają psychologom na ilościowe ujęcie procesów emocjonalnych. Na przykład Ponomarenko przeprowadził m. in. badania reakcji emocjonalnych pilotów w warunkach lotu na małych wysokościach [10]. Wyniki badań wykazały, że występuje ścisły związek między poziomem przygotowania zawodowego a reakcjami ustroju pilota (tab. 5).

Tabela 5

Reakcje fizjologiczne i biochemiczne ustroju pilota w procesie szkolenia lotniczego (loty na małych wysokościach)

Etapy szkolenia	Wskaźniki				
	tętno	oddech	17-ketosteroidy	adrenalina (mg/h)	cukier (mg %)
Początkowy okres szkolenia	118±42	26±16	525	3,4	120
Końcowy okres szkolenia	102±12	20±12	286	2,8	90

Niemniej jednak stopień trudności zadań lotniczych pomimo wysokiego poziomu przygotowania zawodowego wywołuje u pilotów silne reakcje ustroju na poziomie fizjologicznym. Częstotliwość tętna u pilotów, np. podczas strzelań za pomocą rakiet bojowych, przechwytywania celów powietrznych, pobierania paliwa w locie oraz w lotach na małych wysokościach, osiąga często granicę 160—170 na minutę [11].

Podobne obserwacje poczynił Sarol i wsp. [12], który za pomocą specjalnej aparatury pomiarowej na pokładzie samolotu przeprowadzał badania odczynów fizjologicznych ustroju pilotów w różnych warunkach lotu. Stwierdzono m. in., że najwyższy po-

[10] W. Ponomarenko, *Ossobiennosti wosprijatija i sensomotornych processow w poletie na małych wysotach. Materiały XII konferencji lekarzy lotniczych krajów socjalistycznych*, Bukareszt 1972.

[11] Pokrowskij, *op. cit.*

[12] Z. Sarol i wsp., *Badania czynności układu krążenia i oddechowego w czasie lotu*, „Lekarz Wojskowy" 1974, nr 8.

ziom reakcji układu krążenia (częstotliwość tętna, ciśnienie tętnicze) występuje u pilotów podczas startu, locie na małej wysokości oraz podczas lądowania.

Badanie reakcji stresowych załóg samolotów w warunkach realnego lotu jest konieczne dla rozwiązywania problematyki bezpieczeństwa lotów oraz dla oceny efektywności działania zawodowego pilotów.

Przedstawione informacje odnośnie do struktury czynności instrumentalnych pilota oraz stopnia jego obciążenia psychicznego uzasadniają twierdzenie, że w wielu wypadkach zmuszony jest on działać na granicy swoich psychofizjologicznych możliwości. Przestrzeganie zatem zasad higieny psychicznej w procesie szkolenia lotniczego jest niezbędnym warunkiem zwiększającym bezpieczeństwo pracy oraz przedłużającym lata efektywnej służby personelu latającego.

Dezadaptacja zawodowa personelu latającego w lotnictwie wojskowym

Pomimo wnikliwego doboru psychologicznego kandydatów oraz selekcji w okresie praktycznego szkolenia w WOSL i jednostkach lotniczych, w orzecznictwie psychologicznym spotykamy się z dezadaptacją personelu latającego do zawodu. Jeżeli w początkowym okresie szkolenia udaje się w znacznym stopniu wyeliminować jednostki, które mają istotne trudności w opanowaniu określonych reguł działania zawodowego (aspekt instrumentalny), to ocena cech struktury emocjonalno-motywacyjnej (aspekt ustosunkowania) nastręcza duże trudności. Struktura emocjonalno-motywacyjna jest dynamicznym elementem osobowości i ulega modyfikacji pod wpływem oddziaływania na jednostkę różnych czynników, zwłaszcza o charakterze ekstremalnym.

Sprawność działania pilota oceniana jest w procesie orzecznictwa lotniczo-lekarskiego nie tylko z punktu widzenia zdrowia klinicznego (brak objawów patologicznych i ułomności), lecz również zdrowia psychicznego (sprawności psychicznej) ze szczególnym uwzględnieniem możliwości kompensacyjnych zjawisk

ujemnych, jakie występują w warunkach lotu oraz w środowisku społecznym wojska (m. in. ograniczenie wolności osobistej wynikającej z charakteru wykonywanego zawodu itp.). Zachodzi więc potrzeba analizy z jednej strony — trudności adaptacyjnych człowieka do specyficznego zawodu pilota z uwzględnieniem jego osobowości, warunków środowiskowych, a także motywów postępowania, z drugiej natomiast — przyczyn i mechanizmów dezadaptacji (nieprzystosowania) do służby w powietrzu.

W piśmiennictwie polskim spotykamy się z różnymi definicjami pojęcia „przystosowanie". Na przykład Pieter określa przystosowanie jako reakcję (odpowiedź) organizmu na podniety stosownie do ich jakości i natężenia, zarazem stosownie do potrzeb podmiotu [13]. Według Michalskiej człowiek przystosowany ma zdolność akceptacji siebie i innych, ma zadowalające stosunki z otoczeniem, wierzy we własne siły i możliwości [14]. Podstawa taka daje mu poczucie bezpieczeństwa, nie dopuszcza do powstawania nieuzasadnionych, przesadnych obaw, lęków, napięć, pozwala mu w pełni wykorzystać swoje możliwości w rozwiązywaniu problemów i trudności, z jakimi się spotyka.

Stan przystosowania lub równowagi pomiędzy organizmem a środowiskiem jest periodycznie naruszany, wskutek zmian zachodzących zarówno w środowisku, jak i podmiocie.

W literaturze psychologicznej zakłócenie tej równowagi określa się pojęciem dezadaptacji lub nieprzystosowania. Chodzi tu mianowicie o różnorodne zakłócenia w funkcjonowaniu jednostki trwające w czasie dłuższym. W stanie dezadaptacji występuje dezorganizacja zarówno procesów instrumentalnych (procesy orientacji, intelektualne i wykonawcze), jak i procesów ustosunkowania (emocjonalno-motywacyjne). Na zagadnienia te zwraca uwagę Cwynar [15]. Jego zdaniem, przekroczenie granicy indywidualnej, osobniczej wydolności adaptacyjnej prowadzi do zachwiania się zintegrowanych form reagowania i może wywołać czynnościowe zaburzenia nerwowo-psychiczne.

---

[13] J. Pieter, *Słownik psychologiczny*, Warszawa — Kraków 1963.
[14] M. Michalska, *Zdrowie psychiczne*, Warszawa 1964.
[15] S. Cwynar, *Wstęp do psychoterapii Rozważania i rady praktyczne*, Warszawa 1959.

Przed omówieniem wyników badań w tym zakresie, wydaje się celowe określenie znaczenia niektórych pojęć, jakimi posługuję się w dalszych rozważaniach.

Przez pojęcie proces dezadaptacji lub zespół procesów dezadaptacji rozumiemy zjawisko stałego narastania syndromów obniżających sprawność funkcjonowania zawodowego pilota, stałego pogarszania się wyników pracy, jak i samopoczucia w powietrzu. Natomiast przez pojęcie stan dezadaptacji rozumiemy zjawisko występowania względnie trwałych dysproporcji między wymaganiami stawianymi pilotowi podczas wykonywania zadań określonym typem samolotu lub śmigłowca a jego możliwościami psychicznymi.

Psychogenne czynniki dezadaptacji — są to czynniki psychiczne (stany lękowe, obniżona odporność na stres psychologiczny, obniżona sprawność mechanizmów obronnych, obniżona samoocena zawodowa itp.), które przy określonym nasileniu objawów mogą u mniej odpornych osobników spowodować zaburzenia psychiczne i psychofizjologiczne, np. nadmierną pobudliwość, bóle głowy, kłucia w okolicy serca, nadmierną potliwość, zaburzenie snu, poczucie ogólnego wyczerpania, zniechęcenia itd.).

Środowiskowe czynniki dezadaptacji — to takie zjawiska w środowisku pilota, jak: konfliktowe sytuacje służbowe i rodzinne, utrudniona sytuacja bytowa itd., które w wypadkach długotrwałego występowania mogą osłabić odporność psychofizyczną pilota oraz obniżyć poziom motywacji do zawodu.

Umownie wyróżniłem dwa rodzaje dezadaptacji personelu latającego: względną i bezwzględną. Dezadaptacja względna wyraża się zakłóceniami w procesach instrumentalnych i emocjonalno-motywacyjnych, niezbędnych do wykonywania lotów określonymi typami samolotów, np. samolotami odrzutowymi. Występujące zakłócenia nie dyskwalifikują jednak pilota do wykonywania lotów innymi typami samolotów lub śmigłowców. Natomiast dezadaptacja bezwzględna polega na dezorganizacji mechanizmów regulacji psychicznej w funkcjach niezbędnych do pełnienia służby w powietrzu wszystkimi typami statków latających.

Z dokonanej analizy w latach 1969—1973 [16] wynika, że podstawowymi czynnikami warunkującymi dezadaptację personelu latającego do służby w powietrzu są czynniki psychogenne oraz psychogenne i środowiskowe łącznie. Nie stwierdzono natomiast dezadaptacji uwarunkowanej wyłącznie czynnikami środowiskowymi. Bliższe dane dotyczące tej problematyki przedstawiono w tabelach 6 i 7. Procenty dla poszczególnych lat obliczono w sto-

Tabela 6

Stan dezadaptacji względnej personelu latającego do wykonywania lotów samolotami bojowymi w latach 1969—1973 (w %)

Czynniki warunkujące dezadaptację	Lata				
	1969	1970	1971	1972	1973
Psychogenne	50,0	15,4	18,2	50,0	45,4
Psychogenne i środowiskowe łącznie	4,2	7,7	—	—	4,5

Tabela 7

Stan dezadaptacji bezwzględnej personelu latającego do służby w powietrzu w latach 1969—1971 (w %)

Czynniki warunkujące dezadaptację	Lata				
	1969	1970	1971	1972	1973
Psychogenne	11,5	14,7	12,7	20,3	15,3
Psychogenne i środowiskowe łącznie	–	5,8	3,6	2,3	2,2

[16] Por. R. Błoszczyński, P. Pokinko, *Problem dezadaptacji zawodowej personelu latającego w lotnictwie wojskowym*, „Lekarz Wojskowy" 1974, nr 8.

sunku do całego stanu pilotów i innych członków personelu latającego, którym w danym roku lub analizowanym okresie obniżono grupę zdrowia względnie uznano za niezdolnych. Jeżeli np. przyjmiemy wszystkie orzeczenia GWKLL, wydane w 1973 r., obniżające pilotom grupę zdrowia za 100%, to z przyczyn psychogennych oraz psychogennych i środowiskowych łącznie obniżono grupę dla 49,9% pilotów.

Z tabeli 6 wynika, że stan dezadaptacji względnej uwarunkowany czynnikami psychologicznymi jest dość wysoki. Z wyjątkiem lat 1970 i 1971 kształtuje się on w granicach 50%. Natomiast stan dezadaptacji bezwzględnej wykazuje względną stałość (zob. tab. 7), z wyjątkiem 1969 r. utrzymuje się w granicach 20%.

Mechanizmy dezadaptacji są zjawiskiem złożonym. Przyczyny dezadaptacji są z reguły wieloczynnikowe, wzajemnie na siebie oddziałujące. W tabeli 8 podano wyłącznie główne przyczyny dezadaptacji. Procenty dla poszczególnych rodzajów przyczyn

Tabela 8

Podstawowe przyczyny dezadaptacji zawodowej personelu latającego w latach 1969—1973 (w %)

Podstawowe przyczyny	%
Stany lękowe przed lotami samolotami lub śmigłowcami uwarunkowane zespołem różnorodnych czynników:	
— stany lękowe przed lotami samolotami odrzutowymi	23,4
— stany lękowe przed lotami śmigłowcami	1,3
— stany lękowe przed lotami w ogóle	16,0
Stany lękowe powstałe na skutek urazów psychicznych:	
— bezpośrednich	12,4
— pośrednich	7,4
Złudzenia zmysłowe zagrażające bezpieczeństwu lotów	7,4
Obniżona sprawność funkcji percepcyjnych i psychomotorycznych	9,9
Inne stany obniżające sprawność funkcjonowania psychicznego w powietrzu	22,2

obliczono w stosunku do całości „wykruszonego" personelu latającego ze względu na czynniki psychologiczne w analizowanym okresie. Jeżeli np. przyjmiemy wszystkie wypadki „wykruszalności" personelu latającego z przyczyn psychologicznych w latach 1969—1973 za 100%, to ze względu na stany lękowe przed lotami samolotami odrzutowymi dezadaptacja wynosi 23,4%.

Dane tabeli 8 wskazują, że najczęściej występującymi przyczynami podstawowymi dezadaptacji są zaburzenia o charakterze emocjonalnym wyrażające się stanami lękowymi oraz innymi stanami obniżającymi sprawność funkcjonowania zawodowego pilota.

Z punktu widzenia zasad profilaktyki w zakresie zdrowia psychicznego personelu latającego, wydaje się celowe przedstawienie obszarów zaburzeń emocjonalnych, które warunkują w zależności od stopnia nasilenia procesy względnej lub bezwzględnej dezadaptacji do służby w powietrzu.

Na podstawie wyników badań psychologiczno-klinicznych pilotów znajdujących się na leczeniu lub obserwacji szpitalnej wydzielono kategorie zaburzeń emocjonalnych u pilotów z tzw. niezadowalającym stanem psychofizjologicznym. Są to:

— obawy i inne stany emocjonalne związane z pełnieniem funkcji zawodowych (obawa przed popełnieniem błędu w kierowaniu lotami, obawa przed lotami na małych wysokościach oraz w czasie ich trwania, obawa przed przymusowym lądowaniem lub katapultowaniem się);
— obawy i inne stany emocjonalne związane z subiektywną oceną własnego funkcjonowania zawodowego (subiektywne poczucie niewydolności w procesach poznawczych, intelektualnych i wykonawczych);
— obawy i inne stany emocjonalne związane z pozycją społeczną (możliwość utraty zajmowanego stanowiska, obawa przed wczesnym zakończeniem „kariery" lotniczej itp.);
— zaburzenia emocjonalne tzw. niespecyficzne (nastawienie lękowe, zniechęcenie, poczucie zmęczenia, chwiejność emocjonalna itp.).

Zagadnienia dezadaptacji zawodowej personelu latającego należy rozpatrywać również w aspektach procesów motywacyj-

nych. Motywacja stanowi aktywną siłę ukierunkowującą i regulującą działania człowieka. Za motyw uważa się stan wewnętrznego napięcia, od którego zależy możliwość i kierunek aktywności organizmu. Stan tego napięcia powstaje w związku z potrzebami jednostki i zadaniami, które sobie stawia, lub które jej narzucają inni. Zatem motywy obejmują pewien zespół specyficznych bodźców aktywizujących jednostkę do działania i czynności, które jest ona skłonna wykonać.

Określony poziom motywacji do służby w powietrzu odgrywa niezwykle istotną rolę. Wysoki poziom motywacji wywiera aktywizujący wpływ na poziom wykonywanych zadań. Wysoka motywacja może w pewnych wypadkach kompensować niektóre braki fizyczne i psychiczne. I odwrotnie, obniżony lub niski poziom motywacji do wykonywania lotów określonym typem statku powietrznego lub służby w powietrzu w ogóle wywiera dezorganizujący wpływ na przebieg szkolenia oraz obniża sprawność praktycznego działania.

Jak kształtuje się motywacja, a zwłaszcza jej kierunek i natężenie w procesie dezadaptacji personelu latającego? Częściową odpowiedź na to pytanie zawiera tabela 9.

Tabela 9

Stany negatywnej lub obniżonej motywacji zawodowej personelu latającego towarzyszącej przyczynom dezadaptacji (w %)

Negatywna lub obniżona motywacja do służby w powietrzu samolotami odrzutowymi	29,7
Negatywna lub obniżona motywacja do służby w powietrzu w ogóle	51,8

Z analizowanego materiału wynika, że negatywna lub obniżona motywacja nie występuje nigdy jako podstawowa przyczyna dezadaptacji. Jest ona zawsze czynnikiem towarzyszącym przyczynom podstawowym, a więc procesem wtórnym, uwarunkowanym wystąpieniem uprzednio innych przyczyn, zwłaszcza zaburzeń emocjonalnych. Jednakże w wypadku pojawienia się w świado-

mości pilota obniżonej lub negatywnej motywacji do służby w powietrzu, wywiera ona z kolei regulujący wpływ na dalsze jego działanie.

Badania przeprowadzone m. in. przez Galubińską [17] wskazują na współzależność między wzmożoną pobudliwością emocjonalną a motywacją do zawodu pilota. Osobnicy „przystosowani" odznaczają się adekwatną motywacją i niższymi reakcjami emocjonalnymi w warunkach działalności lotniczej. Natomiast piloci „nieprzystosowani" wykazują obniżoną motywację do służby w powietrzu i nadmierną pobudliwość emocjonalną podczas wykonywania zadań.

Wpływ emocji na sprawność działania zależy m. in. od poziomu aktywacji oraz od indywidualnej odporności pilota. Inaczej można to określić jako zależność trwałych nastawień podmiotu od struktury jego osobowości. Przykładem tego mogą być wyniki badań pilotów po przebytych sytuacjach traumatycznych podczas wykonywania zadań lotniczych [18]. Badaniami objęto dwie grupy pilotów, z których jedna w dalszym ciągu wykonywała loty bojowymi samolotami odrzutowymi, natomiast druga odmówiła dalszych lotów tymi samolotami i została przeniesiona na samoloty transportowe i słabosilnikowe. Pilotów grupy pierwszej oznaczono literą *A*, pilotów drugiej grupy literą *B*. Przedstawiam jedynie objawy (ilościowe) świadczące o obniżonej sprawności pilotów grupy *A* w porównaniu z pilotami grupy *B* (tab. 10).

Dane tabeli 10 wykazują, że piloci grupy *B*, którzy nie przystosowali się do lotów samolotami odrzutowymi po przebytych sytuacjach trudnych w powietrzu (przymusowe opuszczenie samolotu) odznaczają się nieadekwatnymi cechami osobowości. Uskarżają się oni na wzmożoną drażliwość, wybuchowość, bezsenność, nadmierną potliwość, podatność na szybkie męczenie się oraz nieuzasadniony lęk w czasie lotów samolotami odrzutowymi. W wielu wypadkach nie potrafią sobie poradzić z pod-

[17] K. Galubińska, *Badania czynników emocjonalno-motywacyjnych u pilotów*, „Medycyna Lotnicza" 1971, nr 33.

[18] R. Błoszczyński, *Adaptacja do zawodu pilota po przebytym urazie psychicznym podczas wykonywania zadań lotniczych*, „Medycyna Lotnicza" 1970, nr 29.

Tabela 10

Częstotliwość występowania objawów obniżających poziom działania zawodowego pilotów

Objawy (ustalone w czasie obserwacji i leczenia szpitalnego)	Częstotliwość występowania		Różnica
	piloci grupy *A*	piloci grupy *B*	
Błędy w działaniu podczas wykonywania zadań lotniczych	0	9	9
Dolegliwości fizyczne	29	26	3
Ujemne reakcje emocjonalne	6	33	27
Konflikty interpersonalne	2	8	6
Obniżone wyniki badań psychologicznych (procesy percepcyjne, intelektualne i wykonawcze)	2	8	6
Ujemny stosunek do lotów samolotami odrzutowymi	1	17	16

jęciem decyzji, co do dalszych swoich losów zawodowych. Hilgard [19] tłumaczy taką postawę u ludzi działaniem dwóch aspektów jednej przynęty, która jest zarazem pozytywna i negatywna. W odniesieniu do postawy pilota, który przebył sytuację trumatyczną w powietrzu, z jednej strony może wystąpić chęć do lotów samolotami odrzutowymi, z drugiej natomiast lęk przed spotkaniem się z sytuacją niebezpieczną. Jest to postawa ambiwalentna, która wyraźnie manifestuje się podczas badań psychologicznych.

W wypadkach przerwania przez pilota wykonywania lotów samolotami bojowymi (pomimo braku zastrzeżeń pod względem fizykalnym) obserwujemy utrwalenie negatywnych nastawień emocjonalnych. Jeżeli u pilotów grupy *A* obserwowano krótkotrwałe (doraźne) reakcje emocjonalne na przebytą sytuację traumatyczną, to u pilotów grupy *B* obserwujemy wystąpienie współzależności między niezrównoważeniem emocjonalnym (potwier-

[19] E.R. Hilgard, *Wprowadzenie do psychologii*, Warszawa 1967.

dzonym w badaniach klinicznych za pomocą wielofazowego inwentarza osobowości — MMPI) a negatywnym ustosunkowaniem do zawodu pilota bojowego.

Mając na uwadze fakt, że procesy emocjonalne odgrywają istotną rolę w regulacji stosunku człowieka z jego otoczeniem, zagadnienia te są przedmiotem szczególnego zainteresowania zarówno dowódców, pracowników aparatu partyjno-politycznego oraz psychologów i lekarzy lotniczych.

Zarówno w dynamice szkolenia lotniczego, jak i w pracy wychowawczej należy zwracać uwagę na te zjawiska psychologiczne, które świadczą o występowaniu symptomów obniżających sprawność pilota do pracy, a mianowicie:

a) w procesach emocjonalnych:
   — niepokój (stan wewnętrznego napięcia, brak zdecydowania, nadmierna ostrożność),
   — drażliwość (skłonność do sprzeczek, gniew, irytacja, niezadowolenie itp.),
   — wybuchowość (gwałtowne reakcje niewspółmierne do działających bodźców),
   — przygnębienie (utrata lub obniżenie aktywności, smutek, trudności w skupieniu uwagi na wykonywanej czynności),
   — chwiejność afektywna (zmienność nastroju w postaci przechodzenia z radosnego podniecenia w stan depresji);
b) w reakcjach psychomotorycznych:
   — sztywne zachowanie (ogólne skrępowanie ruchowe, zwolnione ruchy),
   — podniecenie psychoruchowe (wzmożona gestykulacja, ruchy gwałtowne, nieopanowane),
   — tremor kończyn górnych i dolnych lub drżenie całego ciała;
c) w procesach motywacyjnych:
   — niechęć do lotów w danym dniu,
   — niechęć do poszczególnych rodzajów lotów,
   — brak zainteresowania lotami;
d) w stosunkach międzyludzkich:
   — konflikty rodzinne,
   — konflikty służbowe.

Powyższe zestawienie nie pretenduje do wyczerpującego wy-

szczególnienia objawów, które z punktu widzenia zdrowia psychicznego obniżają sprawność pilota do pracy. Celem zestawienia jest wskazanie obszarów zaburzeń oraz podkreślenie, że w obserwacji psychologicznej pilotów chodzi szczególnie o te stany, które zakłócają, a niekiedy nawet uniemożliwiają wykonywanie zadań w powietrzu.

Jak wynika z praktyki psychologiczno-klinicznej oraz orzeczniczej, „wykruszalność" personelu latającego wiąże się w dużym stopniu z czynnikami emocjonalno-motywacyjnymi, które decydują o adaptacji do warunków życia, jak również warunkują odporność na sytuacje trudne, w które obfituje zawód pilota.

Badanie struktury emocjonalnej pilotów i ich motywacji zawodowej jest ważnym zagadnieniem w orzecznictwie lotniczo-lekarskim ze względu na konieczność wykrywania w odpowiednim czasie zaburzeń w przystosowaniu się do zawodu. Badanie przyczyn zaburzeń struktury emocjonalno-motywacyjnej ma swój ścisły związek z praktyką lotniczą, z bezpieczeństwem lotów w ogóle, bowiem to samo zaburzenie emocjonalne może być raz przyczyną tzw. niezadowalającego stanu psychofizycznego, a innym razem jego skutkiem. Na przykład u pilota, który u schyłku swojej kariery zawodowej skarży się na nadmierną pobudliwość, mniejszą odporność na sytuacje trudne i mniejszą wydolność psychiczną, rozpoznajemy tzw. zaburzenia emocjonalne mające związek z lotnictwem jako względnie trwały stan. U innego pilota przyczyną zaburzeń emocjonalnych może być konflikt między wzrostem wymagań zawodowych i środowiskowych a jego indywidualnymi możliwościami (obserwujemy to szczególnie u niektórych uczniów szkoły lotniczej lub też niektórych pilotów podczas przeszkalania na innym, bardziej skomplikowanym sprzęcie). Możemy również spotkać się z takimi zaburzeniami emocjonalnymi, których przyczyna nie wiąże się bezpośrednio z wykonywanym zawodem, np. gdy pilot nie ma mieszkania (przebywa w hotelu bez rodziny) lub zbyt długo nie awansuje (tzw. reakcje roszczeniowe).

Tak więc struktura emocjonalna osobowości pilota przejawia się bądź we względnie stałych cechach zachowania się (takich jak: wrażliwość, zrównoważenie-niezrównoważenie emocjonalne,

wydolność, odporność itp.), bądź w krótkotrwałych stanach emocjonalnych, takich, jak: hiperpobudliwość, drażliwość, szybka męczliwość itp.). Stany te motywują pilota do określonych typów zachowań pożądanych lub nie pożądanych w lotnictwie.

Względnie stałe zaburzenia postępowania występują zwykle w pewnych zespołach (np. towarzyszą również zaburzeniom somatycznym, nerwicy, istotnym konfliktom służbowym, rodzinnym) i stają się często poważnym problemem nie tylko psychologicznym i lekarskim, lecz również pedagogicznym i społecznym.

Zagadnienia dezadaptacji personelu latającego do zawodu nie są dla psychologów lotniczych nowe. Były one m. in. przedmiotem szczegółowych badań podczas II wojny światowej. Na przykład Grinker i Spiegel na podstawie badań zachowania się pilotów w warunkach walki stwierdzają, że wielu z nich nie wytrzymuje stresu wojennego, co wyraża się m. in. w różnorodnych reakcjach o charakterze neurotycznym [20]. Poza tym wymienieni autorzy obserwowali u tego rodzaju pilotów występowanie objawów fobii, stany depresyjne, różnorodne zaburzenia psychosomatyczne oraz lękowe zespoły sytuacyjne. Podobne obserwacje poczynił Frukholm w lotnictwie wojskowym Szwecji w okresie szkolenia w warunkach pokoju [21]. Na podstawie przeprowadzonych badań doszedł on do wniosku, że zakłócenia w strukturze procesów instrumentalnych oraz emocjonalno-motywacyjnych uzależnione są od następujących czynników:

— intensywności oddziałujących na pilotów bodźców stresowych,

— indywidualnej odporności pilotów na tego rodzaju bodźce.

Najważniejszymi czynnikami warunkującymi proces dezadaptacji zawodowej personelu latającego są, moim zdaniem, nie sytuacje stresowe występujące podczas wykonywania zadań lotniczych, chociaż niewątpliwie mają one bardzo duże znaczenie, lecz indywidualne różnice w wydolności funkcjonalnej wynikające z cech struktury osobowości. Innymi słowy, skuteczność działa-

---

[20] R. Grinker, J. Spiegel, *Men Under Stress*, Nowy Jork 1945.

[21] A. Frukholm, *Sindrom bojazni u szwiedskich lotczykow*. W: *Emocjonalnym stress* (red. Levi), *wyd. cyt.*

nia człowieka w warunkach ekstremalnych zależy od tego, kto się spotyka z tymi warunkami, jakie ma on możliwości radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Mimo wielu badań empirycznych, zagadnienia mechanizmów psychicznej regulacji zachowania się zarówno w sytuacjach normalnych, jak i trudnych pozostają w dalszym ciągu nadal otwarte.

Dane z literatury są w zasadzie zgodne, że procesy dezadaptacji personelu latającego wyrażone w postaci niezrównoważenia emocjonalnego, lęków sytuacyjnych itp., są czynnikami kształtującymi nieadekwatną motywację do zawodu lotniczego. Zależność ta ma charakter sprzężenia zwrotnego, tzn. wraz ze wzrostem zaburzeń w sferze emocjonalnej, wzrasta negatywna motywacja. Zjawiska tego rodzaju są niezależne od wieku pilota, poziomu jego przygotowania zawodowego lub typu eksploatowanego sprzętu. Mogą one wystąpić w różnym okresie i nie są charakterystyczne dla początkowego lub schyłkowego okresu kariery zawodowej pilota.

Bezpieczeństwo pracy lotniczej w aspekcie zdrowia psychicznego

Przy omawianiu problematyki higieny psychicznej w lotnictwie należy zwrócić szczególną uwagę na zagadnienie błędu w działaniu człowieka. Jak wykazują statystyki błąd w działaniu pilota jest obecnie najczęściej występującą przyczyną wypadków lotniczych. Procent ten zmienia się w zależności od rodzaju lotnictwa. W miarę wzrostu niezawodności sprzętu lotniczego, człowiek jako aktywny element układu „pilot-samolot" w dalszym ciągu uważany jest za element budzący najwięcej zastrzeżeń [22].

Wartość analizy statystycznej wypadków według ich przyczyn lub skutków końcowych ma dla psychologii ograniczoną przydatność. Dokumenty z analiz wypadków wymieniają m. in. takie przyczyny, jak: błąd sterowania, błędna ocena wysokości lub odległości, defekt silnika lub nieodpowiednie planowanie lotu

[22] J.M. Rolfe, *Air Safety, Flight International, 27 VII 1970.*

itp. Takie sformułowanie przyczyn nie stanowi wytłumaczenia obszarów i mechanizmów defektów w działaniu pilota, lecz jest to jedynie inne sformułowanie tego, co się zdarzyło [23].

Rozpatrując zatem błędy w działaniu zawodowym pilotów, które są przyczynami wystąpienia stanów zagrożenia w czasie lotu, należy stwierdzić, że:

1) na wystąpienie sytuacji niebezpiecznej podczas lotu wpływa wiele różnorodnych czynników zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych, które z reguły współdziałają częściowo w czasie, częściowo zaś w odpowiedniej kolejności.

W grę wchodzą tu m. in.:

— poziom wyszkolenia lotniczego pilota,
— stopień trudności zadania lotniczego,
— indywidualne cechy osobowości pilota (zwłaszcza poziom zrównoważenia-niezrównoważenia emocjonalnego),
— stopień zagrożenia podczas lotu, który uwarunkowany jest czynnikami obiektywnymi lub subiektywnymi

2) błąd w działaniu pilota nie wypływa ze świadomej intencji pilota, by wywołać stan zagrożenia podczas lotu; żaden bowiem pilot nie chce uczestniczyć w wypadku, tzn. działać wbrew swoim najżywotniejszym interesom (wyklucza się tu jawne niezdyscyplinowanie).

Mając na uwadze niezwykłą różnorodność występujących błędów w działaniu człowieka w ogóle, a u pilotów w szczególności (specyficzna struktura działania oraz wpływ różnych czynników wpływających na niestabilne warunki pracy), powstaje wielka trudność dokonania wyczerpujących podziałów czy klasyfikacji. Z tego też powodu w ostatnim okresie przy analizie różnorodnych defektów w działaniu zawodowym człowieka przyjmuje się coraz powszechniej koncepcję cybernetyczną, według której wszelkie sterowanie (więc i działaniem ludzkim) opiera się na krążeniu informacji. Koncepcję tę można podzielić na trzy podstawowe procesy [24]:

---

[23] Por. m. in. *tamże* oraz Z. Baranowski, *Psychologiczne aspekty przesłanek do wypadków lotniczych. Informacja lotniczo-lekarska*, Warszawa 1966.

[24] Tomaszewski, *op. cit.*

— orientacji (odbiór informacji o funkcjonowaniu sterowanego obiektu),
— myślowe (rozkodowanie, przetwarzanie odebranej informacji oraz podejmowanie decyzji),
— wykonawcze (realizacja podjętej decyzji).

Błędy w działaniu pilota mogą być związane z zakłóceniami, jakie wystąpiły w każdym z tych procesów. Na tej podstawie można wydzielić trzy główne kategorie błędów:

1) b ł ę d y w p r o c e s a c h o r i e n t a c j i (pilot nie ma niezbędnych informacji lub odebrał informacje zniekształcone czy też fałszywe);
2) b ł ę d y w p o d e j m o w a n i u d e c y z j i (polegają one na podejmowaniu niewłaściwej decyzji lub niewłaściwym wnioskowaniu pilota na podstawie uzyskanych informacji oraz zasobu wiedzy zachowywanej w pamięci. Pilot może też podjąć właściwą decyzję, lecz w niewłaściwym czasie);
3) b ł ę d y w y k o n a n i a (występują one najczęściej w postaci czynności motorycznych, które nie odpowiadają pod względem swojej struktury (kolejność, wielkość, siła, czas) aktualnym potrzebom lotu.

Błąd w działaniu pilota może być związany z zaburzeniami, jakie wystąpiły we wszystkich trzech wymienionych procesach, np. może on mieć niedostateczne informacje, może podjąć niewłaściwą decyzję i na koniec nie potrafi tej decyzji wykonać. Można jednak zakładać, że w poszczególnych wypadkach stan zagrożenia będzie wynikał z zakłóceń w jednym ze źródeł w zamkniętym układzie krążenia informacji (tab. 11).

Przyjęte przez nas metodologiczne zasady analizy poziomu funkcjonowania pilota (mimo ich uproszczenia) są bardzo dogodne w badaniach różnorodnych przesłanek wypadków lotniczych. W sytuacjach tych stawiamy zawsze trzy podstawowe pytania, na które staramy się odpowiedzieć:
— czy wystąpiły błędy w orientacji pilota, które wynikają z tego, że nie odebrał on niezbędnych sygnałów?
— czy wystąpiły błędy w decyzji, które były wynikiem tego, że pilot nie potrafił odpowiednio przetworzyć otrzymanych informacji?

Tabela 11

Współzależność pomiędzy jakościową charakterystyką procesów instrumentalnych a efektem końcowym działania pilota

Możliwe warianty w działaniu	Procesy orientacji	Procesy decyzyjne	Procesy wykonawcze	Efekt końcowy działania
Pierwszy	+	+	+	+
Drugi	+	+	—	—
Trzeci	+	—	—	—
Czwarty	—	—	—	—

Znak (+) oznacza prawidłowe funkcjonowanie, znak (—) nieprawidłowe.

— czy wystąpiły błędy wykonania podjętej decyzji?

W wypadku stwierdzenia, że w przebiegu określonych procesów wystąpiły zakłócenia, które spowodowały błąd w funkcjonowaniu pilota, zachodzi konieczność postawienia uzupełniających pytań odnoszących się do przyczyn, które spowodowały dezorganizację procesów psychicznej regulacji i kontroli.

Negatywny efekt końcowy w funkcjonowaniu zawodowym pilota (w warunkach rzeczywistego lotu) występuje nie tylko przy globalnym zakłóceniu wszystkich procesów regulacji. Wystarczy zakłócenie jednego procesu, aby efekt działania pilota był negatywny.

Z psychologicznego punktu widzenia błędy w działaniu pilota występują w tzw. s y t u a c j a c h t r u d n y c h (istotnie różniących się od tych, z jakimi pilot spotykał się dotychczas). Na podstawie utrwalonych w procesie szkolenia nawyków pilot działa we względnie ustabilizowanych warunkach. Kształtuje się wówczas odpowiednia struktura czynności, którą możemy określić jako prawidłową. Należy jednak zwrócić uwagę, że warunki, w jakich działa pilot (zarówno obiektywne, jak i subiektywne) ulegają wahaniom, w stosunku do których pilot w repertuarze swoich nawyków ma odpowiedni margines zdolności przystosowawczych (różna granica tolerancji dla różnych pilotów). Nato-

miast, jeżeli zmiana sytuacji (warunków) lotu jest duża i przekracza zdolności adekwatnego przystosowania struktury działania (lub pilot napotyka pewne trudności o innym charakterze) wówczas mówimy, że dany pilot znalazł się w sytuacji trudnej. Jest to przeważnie sytuacja nowa, różniąca się istotnie od tych, w których pilot uzyskiwał pozytywne rezultaty w swoim działaniu [25].

Na podstawie badań laboratoryjnych oraz praktyki lotnictwa możemy, z punktu widzenia psychologicznego, podzielić sytuacje trudne na pięć podstawowych grup.

1. Zadanie ponad siły. Są to sytuacje, w których pilot stanął przed zadaniem przekraczającym jego indywidualne możliwości lub są one zbliżone do jego maksymalnej wydolności. Trudności te wynikają z ograniczonej wydolności człowieka w odbieraniu informacji, procesach myślowych oraz w czynnościach wykonawczych. Można przy tym poczynić dwojakiego rodzaju wnioskowanie:

— zadanie przekracza możliwości normalnego pilota,
— dany pilot znajduje się poniżej normalnego poziomu swojej sprawności (mowa o wydolności zawodowej).

2. Złożoność struktury zadania. Są to sytuacje, które wymagają od pilota zmiany dotychczasowej struktury czynności. Pilotowi w tego rodzaju sytuacjach jest trudno w warunkach deficytu czasu stworzyć nowy schemat swojego zachowania się w zaistniałej sytuacji. Ponadto poprzednio utrwalone nawyki w wielu wypadkach mogą stwarzać przeszkodę w działaniu pilota w nowej sytuacji. Deficyt czasu pogłębia dodatkowo te trudności. Przykładem tego może być konieczność pilotowania samolotu według przyrządów dublujących w razie awarii podstawowych przyrządów pilotażowo-nawigacyjnych. W tego rodzaju sytuacjach istotny wpływ na działanie pilota wywiera stopień jego przygotowania zawodowego, a także poziom odporności emocjonalnej na zakłócający wpływ stresu.

3. Przeszkody ograniczające możliwości działania. Do nich należy zaliczyć:

---

[25] *Tamże.*

— zmiany warunków atmosferycznych podczas lotu,
— nieprawidłowości działania sprzętu lotniczego,
— zmiany treści zadania lotniczego,
— niewłaściwą organizację i dowodzenie lotami.

4. Sytuacje konfliktowe. Z tego rodzaju sytuacjami pilot spotyka się np. w warunkach, gdy jego decyzje podczas lotu kolidują z decyzjami otrzymywanymi od kierownika lotów lub z innych źródeł dowodzenia naziemnego. Może ponadto wystąpić szczególna odmiana konfliktu w procesie czynności myślowej, np. gdy pilot otrzymuje o jednej i tej samej sprawie sprzeczne informacje lub też, gdy otrzymywane informacje kolidują z utrwalonym poglądem, są niezgodne z preferencjami pewnych zachowań. Przykładem tego rodzaju konfliktu może być decyzja kierownika lotów o opuszczeniu przez pilota samolotu w sytuacji zagrożenia, podczas gdy pilot preferuje celowość przymusowego lądowania (tego rodzaju preferencje mogą np. być uwarunkowane lękiem przed katapultowaniem).

5. Sytuacje „nacisku". Przykładem tego rodzaju sytuacji mogą być:
— deficyt czasu w pracy pilota.
— zwiększone ryzyko podczas wykonywania danego lotu (np. lot na małej wysokości przy dużej prędkości),
— wpływ nadmiernej ilości informacji podawanej drogą radiową w sytuacji, kiedy pilot jest zaabsorbowany innym rodzajem działalności (np. śledzi cel na ekranie celownika radiolokacyjnego).

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że w wielu wypadkach błędy w działaniu pilotów podczas lotu związane są z ich indywidualnymi cechami osobowości, a także z faktami zakłócenia właściwego rytmu pracy i odpoczynku. Analiza różnorodnych błędów występujących w działaniu pilotów pozwala ustalić, że niektóre z nich mają typowe cechy wynikające z psychofizjologicznej struktury czynności na określonych etapach lotu. Na przykład podczas startu u niektórych pilotów obserwuje się duże napięcie emocjonalne, powodujące m. in., że niekiedy ich czynności ruchowe nie odpowiadają wymaganiom (przedwczesne, raptowne, o dużej amplitudzie). Tego rodzaju błędy

powodują przedwczesne oderwanie samolotu od ziemi, nieutrzymywanie kierunku przy starcie, schowanie podwozia na małej wysokości itp.

Wczesne więc poznanie indywidualnych cech osobowości pilotów (zwłaszcza w zakresie zrównoważenia-niezrównoważenia emocjonalnego) umożliwia dowódcom, aparatowi partyjno-politycznemu oraz służbie zdrowia zastosowanie zabiegów profilaktycznych w czasie szkolenia zawodowego oraz w szeroko pojętej pracy wychowawczej. Należy szczególną uwagę zwrócić na wyjaśnienie pilotom psychofizjologicznych mechanizmów warunkujących m. in. występowanie błędów w ich działaniu. Ponadto należy kształtować dodatnie postawy pilotów zmierzające do ujawniania popełnianych przez nich błędów w warunkach lotu.

Na podstawie praktycznych doświadczeń lotnictwa można umownie wydzielić trzy podstawowe grupy czynności pilotów, które warunkują wystąpienie stanu zagrożenia w locie:

1) przy starcie: oderwanie samolotu od ziemi przy małej prędkości, wczesne schowanie podwozia, odchylenie samolotu przy rozbiegu od podłużnej osi pasa, wykonanie startu bez zezwolenia kierownika lotów itp.;
2) podczas lądowania: duże przeloty i niedoloty, twarde przyziemienie, podejście do lądowania ze schowanym podwoziem, utrata wysokości i kierunku, niewłaściwe posługiwanie się układem hamowania po przyziemieniu (na dobiegu);
3) przy wykonywaniu innych elementów lotu: niewłaściwie posługiwanie się układem dźwigni sterowania, odchylenie od nakazanej trasy lotu lub strefy pilotażu, czasowa utrata orientacji na trasie, niebezpieczne zbliżenie samolotów w powietrzu, nieprzestrzeganie nakazanej prędkości i wysokości lotu, niskie wyprowadzenie samolotu z lotu nurkowego, np. podczas strzelania do celów naziemnych i bombardowania, czasowa przestrzenna dezorientacja położenia samolotu itp.

Ujawnianie błędów w działaniu pilotów przez przełożonych ma istotne znaczenie w czynnościach profilaktycznych. Do najważniejszych metod wykrywania nieadekwatnych działań pilotów podczas lotu należy zaliczyć:

— indywidualne rozmowy z pilotami, instruktorami, kierownikami lotów itp.;
— szczegółową obserwację wizualną oraz za pomocą środków radiolokacyjnych przebiegu wykonywania lotu przez poszczególnych pilotów;
— analizę danych zarejestrowanych za pomocą specjalnej aparatury umieszczonej na pokładzie samolotu (barospirografy, przyśpieszeniomierze, oscylografy pętlicowe itp.);
— analizę dokumentów (specjalny dziennik kierownika lotów, chronometrażu, dziennik przesłanek wypadków lotniczych).

Pomyślna realizacja zadań lotniczych uzależniona jest nie tylko od pilota, lecz również od właściwej współpracy załóg samolotów z naziemnym systemem kierowania i zabezpieczenia lotów. System ten stanowi złożony układ różnorodnych elementów zarówno ludzkich, jak i technicznych. Centralne miejsce w tym systemie zajmuje człowiek, który jest elementem aktywnym, warunkującym prawidłowość funkcjonowania całego systemu dowodzenia i zabezpiecznia naziemnego lotów.

Jak wykazuje doświadczenie praktyczne współczesnego lotnictwa, błędy w działaniu systemu dowodzenia i zabezpieczenia naziemnego lotów warunkują występowanie różnych stanów zagrożenia bezpieczeństwa pracy lotniczej. Zarówno przesłanki wypadków, jak i wypadki lotnicze wynikają m. in. z ograniczonych możliwości przepustowych systemu kierowania i zabezpieczenia (obieg informacji) oraz z błędów w działaniu osób kierujących i zabezpieczających loty.

Przyczynami błędów w kierowaniu i zabezpieczeniu lotów mogą m. in. być:
— niewłaściwe planowanie lotów (nieuwzględnienie indywidualnych możliwości psychofizjologicznych pilotów oraz ich przygotowania zawodowego, niedostateczne wiadomości i umiejętności zespołu kierującego lotami itp.);
— pełna lub częściowa utrata kontroli nad sytuacją powietrzną zarówno nad lotniskiem, jak i innymi rejonami lotów;
— różnorodne zakłócenia w obiegu informacji wewnątrz zespołu kierowania oraz zabezpieczenia naziemnego lotów, a także z

załogami samolotów znajdujących się zarówno na ziemi, jak i w powietrzu;

— zakłócenia w pracy środków radiotechnicznego zabezpieczenia lotów;

— powstanie sytuacji zagrożnia w locie.

Profilaktyka bezpieczeństwa pracy lotniczej jest zagadnieniem niezmiernie obszernym. W jej zakres wchodzą m. in.: prawidłowe normowanie pracy, właściwa organizacja szkolenia lotniczego (metody, zakres materiału teoretycznego, metody kontroli wyników itp.), zagadnienia wypoczynku, żywienia, właściwych stosunków służbowych, rodzinnych itp.

Złożoność zagadnień tej profilaktyki wynika m. in. z faktu, że wiele obszarów pracy pilota oraz innych elementów „czynnika ludzkiego" jest ciągle jeszcze mało poznanych. Pomimo tych trudności istniejąca wiedza pozwala jednak określić warunki, których realizacja przyczyni się do podniesienia współczynnika bezpieczeństwa pracy lotniczej. Do nich należy zaliczyć m. in. dobór odpowiednich ludzi do zawodu pilota wojskowego, dobór właściwych metod szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz odpowiedni stopień adaptacji pilota pod względem fizycznym i psychicznym, który pozwala wykonać zadania lotnicze bez nadmiernego wysiłku. Poza tym są to zagadnienia związane z odpowiednią atmosferą w środowisku społecznym [26].

Z punktu widzenia higieny psychicznej chodzi o to, aby jak najlepiej zabezpieczyć właściwe i dokładne reakcje pilota na działanie różnorodnych bodźców występujących w locie. Innymi słowy chodzi o zachowanie równowagi między procesami pobudzania i hamowania, o sprawne funkcjonowanie poszczególnych narządów zmysłowych oraz ośrodkowego układu nerwowego, który sprawuje funkcje integracyjne i określa sposoby zachowania się człowieka w sytuacjach zadaniowych.

Profilaktyka bezpieczeństwa pracy lotniczej w aspekcie higieny psychicznej powinna przebiegać w trzech podstawowych kierunkach:

---

[26] J. Terelak, *Higiena psychiczna i pilot*, Warszawa 1975.

— racjonalna organizacja szkolenia z uwzględnieniem psychofizjologicznych możliwości każdego pilota,
— racjonalne obciążenie pilota pracą zarówno w dniach lotnych, jak i w dniach szkolenia teoretycznego oraz zapewnienie właściwego odpoczynku,
— przeciwdziałanie ujemnym czynnikom psychospołecznym, które w poważnej mierze obniżają sprawność funkcjonowania zawodowego pilota (atmosfera środowiska pracy, stosunki służbowe, rodzinne itp.).

Przygotowanie pilota do wykonywania zadań w powietrzu powinno zmierzać do tego, aby stawiane mu wymagania odpowiadały zarówno jego wydolności psychofizjologicznej, jak i aktualnemu poziomowi przygotowania zawodowego. Prawidłowa adaptacja ustroju do wysiłku, jaki związany jest z zawodem pilota, powinna być prowadzona systematycznie ze stopniowym zwiększeniem obciążenia.

Człowiek w zasadzie bardzo rzadko pracuje na poziomie swoich maksymalnych możliwości. Praca jego pod względem wydatkowania energii powinna kształtować się na poziomie optymalnym. Sytuacja ta ma pozytywną stronę, albowiem gdy zaistnieje potrzeba zwiększenia wysiłku zarówno fizycznego, jak i psychicznego (np. w sytuacjach zagrożenia) człowiek dysponuje określonymi rezerwami.

Ustalając stopień obciążenia pilota pracą musimy przyjmować granicę optymalną. Występują tu jednak duże trudności ze względu na różnice indywidualne cech osobowości poszczególnych pilotów, stopień przygotowania zawodowego w ogóle lub do określonych zadań. Ponadto personel latający oraz zabezpieczający loty w zasadzie nie ma stałego rozkładu pracy. W dni lotne rozpoczyna on pracę o różnej porze dnia w zależności od treści zadań lotniczych lub warunków atmosferycznych.

Na podniesienie współczynnika bezpieczeństwa pracy w takiej sytuacji wpływa m. in. usprawnienie procesu szkolenia zarówno teoretycznego, jak i praktycznego. Na przykład istotnym zadaniem jest taka organizacja dnia lotnego, która do maksimum skraca czas pobytu pilota na lotnisku. Zadanie to nie wymaga odgórnej pomocy lub decyzji. Powinno ono być przedmiotem zain-

teresowania zarówno dowódców, aparatu partyjno-politycznego, jak i pracowników służby zdrowia poszczególnych jednostek.

Praktyczne rozwiązanie tego zagadnienia powinna poprzedzić analiza istniejącego stanu rzeczy, np. określenie na podstawie tablicy lotów, ile czasu spędzili piloci bezczynnie na lotnisku. Przeanalizowanie tygodnia lub miesiąca powinno dać wystarczający materiał do wysunięcia szeregu wniosków.

Innym aspektem tego zagadnienia jest planowanie lotów dla każdego pilota z uwzględnieniem zasad higieny psychicznej. Przyjmuje się, że przerwy między poszczególnymi lotami nie muszą być długie. Na przykład pilot w danym dniu lotnym ma zaplanowane trzy loty. Ze względu na zasadę stopniowania obciążenia wskazane jest, aby pierwszy lot był w miarę możliwości prosty. Pod wpływem wykonania pierwszego zadania występuje u pilota stan wzmożonej aktywności, jego zdolność do pracy wzrasta (zjawisko to jest związane z fazą wdrażania się do pracy). Z tych też powodów przerwa między pierwszym a drugim lotem powinna trwać krótko, tyle czasu, by pilot mógł przygotować sprzęt do następnego lotu oraz by ewentualnie przekazać pilotowi dodatkowe (uzupełniające) informacje, co do zasad wykonania następnego zadania. Natomiast przerwa między drugim a trzecim lotem powinna być dłuższa. W tym czasie pilot spożywa posiłek. Czas tej przerwy nie powinien przekraczać godziny.

Praca pilota nie ogranicza się oczywiście do czynności związanych z lotniskiem. Bierze on również udział w wielu innych zajęciach, np. w przygotowaniu lotów, ćwiczeniach na symulatorach, prowadzeniu dokumentacji lotniczej. Racjonalne obciążenie tymi zajęciami jest jednym z warunków zwiększających sprawność zawodową pilota.

Poza organizacją procesu szkolenia, właściwym doborem treści i zakresu poszczególnych przedmiotów, należy zwrócić uwagę na niemniej ważne zagadnienie, związane z właściwymi stosunkami interpersonalnymi. Chodzi mianowicie o atmosferę przyjaźni i zaufania między przełożonymi a podwładnymi, łączące się ściśle z przedsięwzięciami profilaktycznymi bezpieczeństwa pracy lotniczej.

W życiu każdego człowieka mogą wystąpić sytuacje traumatyczne o charakterze psychicznym, które obniżają jego zdolność do pracy. Każdy pilot obok pracy zawodowej ma swoje sprawy osobiste, rodzinne itp. Sytuacje konfliktowe w pracy służbowej lub życiu rodzinnym, trudności w realizacji planów życiowych, niepowodzenia w szkoleniu itp. są tymi czynnikami, które obniżają sprawność psychofizjologiczną pilotów i stanowią poważne zagrożenia dla bezpieczeństwa lotów.

Badania własne w naszych jednostkach wykazały np., że nie zawsze istnieje właściwa płaszczyzna zaufania między pilotami a dowódcami. Niektórzy piloci mają wewnętrzne opory do meldowania przełożonym o swej niedyspozycji w danym dniu lotnym. Potwierdzeniem tego niepokojącego zjawiska są odpowiedzi pilotów na następujące pytanie: czy w wypadku gdy czujesz się zmęczony (wyczerpany fizycznie i psychicznie), zawiadamiasz o tym swoich przełożonych w celu przerwania dalszych lotów w tym dniu, czy też kontynuujesz loty? Na to pytanie 35,9% badanych pilotów odpowiedziało — nie.

Aby wyjaśnić przyczynę takiej postawy ankieta zawierała pytanie uzupełniające: jeżeli nie, to dlaczego — napisz? Uzyskane odpowiedzi wskazują, że głównym motywem takiej postawy jest obawa przed konsekwencjami służbowymi (np. odzwierciedlenie tego faktu w opinii służbowej).

Tak więc kwestia wytworzenia właściwej atmosfery, wzajemnego zaufania między podwładnymi a przełożonymi, życzliwość i wyrozumiałość tych ostatnich stanowi istotny składnik przedsięwzięć profilaktycznych.

Na zakończenie kilka uwag na temat wypoczynku, który stanowi jedną z form postępowania profilaktycznego. Przez wypoczynek rozumiem tu proces polegający na usunięciu zmian, jakie zaszły w ustroju pod wpływem pracy, a które to zmiany upośledzają sprawność działania ustroju. Organizując poszczególne formy wypoczynku powinno się pamiętać, że przede wszystkim należy stworzyć pilotowi takie warunki, aby występował proces usuwania zmian, jakie zaszły w układzie nerwowym. Nie oznacza to, że należy bagatelizować regenerację układu mięśniowego. Dla ochrony organizmu pilota, a zwłaszcza jego układu nerwo-

wego, który jest najbardziej obciążony w czasie pracy, należy stosować przede wszystkim odpoczynek czynny. Forma wypoczynku powinna być różnorodna, przy zachowaniu określonej proporcji obciążenia zarówno układu mięśniowego, jak i ośrodkowego układu nerwowego.

Przedstawione informacje nie wyczerpują wszystkich zagadnień higieny psychicznej w lotnictwie, zaprezentowałem tylko te, które wydawały się najistotniejsze.

STANISŁAW KWIATKOWSKI, WACŁAW MACIULEWICZ, STANISŁAW PEŁKA

Rozdział XX

NIEKTÓRE PROBLEMY HIGIENY PSYCHICZNEJ W MARYNARCE WOJENNEJ

Specyfika służby na morzu a problemy higieny psychicznej. — Proces szkolenia morskiego a zadania i problemy higieny psychicznej. — Gotowość bojowa a zdrowie psychiczne w marynarce wojennej. — Zasady, zadania, metody i formy działania w zakresie krzewienia higieny psychicznej w marynarce wojennej.

Specyfika służby na morzu a problemy higieny psychicznej

Zadania marynarki wojennej — tak w czasie pokoju, jak i wojny — wynikają z roli i zadań Sił Zbrojnych PRL.

Siły morskie marynarki wojennej muszą być przygotowane do odparcia agresji nieprzyjaciela od strony morza oraz obrony interesów naszego państwa i całego obozu socjalistycznego we współdziałaniu z innymi rodzajami sił zbrojnych i flotami sojuszniczymi.

Okręty marynarki wojennej, zależnie od swego przeznaczenia, mają w swym uzbrojeniu wyrzutnie pocisków rakietowych, działa morskie różnych kalibrów, torpedy, miny, bomby głębinowe i trały. Efektywność użycia tego uzbrojenia zapewniają urządzenia elektroniczne o wysokiej sprawności, które jednak charakteryzują się równocześnie wysokim stopniem skomplikowania, co wiąże się z kolei z dużymi wymaganiami w stosunku do załóg, poczynając od okresu ich szkolenia, a kończąc na codziennych czynnościach obsługi.

Zasadniczym wymogiem, ujętym w formę rozkazu jest takie

przygotowanie okrętów i całych zespołów, aby zgodnie ze swym przeznaczeniem operacyjno-taktycznym mogły skutecznie zwalczać siły morskie przeciwnika w każdych warunkach, w tym w trudnych warunkach hydrologiczno-meteorologicznych.

Terenem działania marynarki wojennej jest obszar geograficzny Morza Bałtyckiego. Cechą charakterystyczną dla Bałtyku są stosunkowo małe wahania temperatury powietrza w ciągu roku, duże zachmurzenia i duża wilgotność powietrza. W zimie przeważa pogoda pochmurna z częstymi opadami i silnymi wiatrami na ogół z kierunków południowo-zachodnich i zachodnich. Wiosna zazwyczaj jest chłodna i długa, wiatry słabsze niż w zimie, a ich kierunki często się zmieniają, sztormy bywają rzadziej. Lato jest zwykle chłodne, upalna pogoda bywa rzadko i trwa krótko. Pod koniec lata zwiększa się ilość opadów, często zdarzają się ulewne deszcze. Jesień jest wilgotna, ciepła i deszczowa. Występują często mgły i bardzo silne wiatry z kierunków północnych i północno-zachodnich.

Bałtyk jest więc morzem w pewnym sensie „łaskawym" w ciągu co najmniej 2—3 miesięcy letnich. W pozostałych okresach warunki szkolenia na morzu i wykonywanie zadań bojowych są trudne.

W opinii marynarzy różnych bander, Bałtyk pod względem nawigacyjnym uważany jest za morze nieprzyjemne i trudne. Powszechnie znane określenie tzw. bałtyckiej pogody oznacza zawsze w zrozumieniu marynarzy mały zasięg widzialności ograniczonej oparami wodnymi i uparcie siąpiącymi dokuczliwymi, zimnymi deszczami, przy równoczesnym występowaniu dość silnych wiatrów wywołujących wysoką ale krótką falę w ciągu 4—5 s. Nie jest to jeszcze sztorm — lecz w połączeniu z wspomnianymi zamgleniami i opadami deszczu lub w zimie śniegu, stwarza potencjalne przesłanki zmęczenia i znurzenia, a następnie apatii i nierzadko depresji. Krótko mówiąc „bałtycka pogoda" polega przede wszystkim na psychicznym i fizycznym nękaniu załóg okrętowych.

Dni sztormowych przypada na Bałtyku w ciągu roku około 35. Większość z nich występuje w okresie jesienno-zimowym,

przy wiatrach o sile 7—10°B (14—18 m/s). Wiatry o takiej sile wywołują na Bałtyku strome fale o wysokości 3—5 m, groźne dla okrętów ze względu na krótki okres kołysania, nieprzekraczający 9—10 s.

W miesiącach letnich dość częstym zjawiskiem jest występowanie szkwałów, tj. potężnych wirów powietrza wokół osi poziomej. Wiry te towarzyszą chmurom burzowym. Szkwały, chociaż trwają zazwyczaj krótko, mogą być bardzo niebezpieczne z powodu swej gwałtowności i nagłego pojawienia się.

W takim trudnym środowisku hydrometeorologicznym działają nasze okręty w czasie pokoju i działać będą w okresie ewentualnej wojny. Ich załogi stanowią ludzie obsługujący stanowiska bojowe nie z własnego wyboru, lecz z racji wymogów organizacji służby na okręcie i aktualnie zarządzonej gotowości bojowej. Wszyscy bez wyjątku, choć w różnym, zależnym od odporności psychicznej stopniu — odczuwają potęgę żywiołu morskiego, czują się zagrożeni. Charakter współczesnej walki na morzu, stały rozwój wyposażenia technicznego okrętów, konieczność obsługi przez jednego człowieka znacznej ilości różnorodnego i skomplikowanego sprzętu, działanie załogi pojedynczo lub małymi, odizolowanymi grupami i w warunkach częściowej tylko lub wręcz znikomej znajomości przez nich sytuacji bojowej i szans całego okrętu — zagrożenie to niewspółmiernie potęgują. Człowiek czuje się narażony w każdej chwili na śmiertelne niebezpieczeństwo. Jest to swego rodzaju zagrożenie czterowymiarowe — z powietrza, lądu, powierzchni wody i z głębiny morskiej. Sytuacji tej w żadnym wypadku nie ułatwia, a wręcz przeciwnie, utrudnia i komplikuje — scharakteryzowane środowisko geograficzne, a także istotne elementy, takie jak fizyczne środowisko okrętu i jego specyficzny mikroklimat, destruktywnie oddziałujący na stan psychiczny marynarzy.

Wymogi współczesnych działań bojowych na morzu w układzie: „człowiek — wyposażenie techniczne okrętów", człowiekowi wyznaczają szczególne miejsce i rolę. W zakresie funkcjonalnego przeznaczenia układu ma on być jego mózgiem i mistrzem skutecznego, bojowego wykorzystania. Natomiast w za-

kresie okrętowej przestrzeni życiowej umieszczają człowieka w miejscu wyjątkowo niewdzięcznym.

Pracujące mechanizmy okrętowe, zwłaszcza w czasie jego ruchu, są źródłem szumów, hałasów i wibracji, ujemnie wpływających na słuch, system krążenia i trawienia oraz powodujących szybkie zmęczenie psychiczne organizmu. Każde z pracujących urządzeń wytwarza fale akustyczne o różnej częstotliwości, które w szczelnym pomieszczeniu ulegają wielokrotnemu odbiciu. Panuje więc kakofonia dźwięków o nadmiernym (w siłowniach ponad 100 dB) natężeniu hałasów, potęgowanych dodatkowo przez drgające rezonansowo blachy, pokrywy i inne detale.

Przez zdecydowanie większą część roku okręt — ten dom marynarza i skomplikowane narzędzie walki — poddawany jest działaniu fali morskiej. Kołysanie okrętem zmusza marynarza do nieprzerwanej uwagi i ciągłej gotowości. Na wachcie, w czasie wolnym, przy spożywaniu posiłków i wykonywaniu wszystkich innych czynności, a nawet w czasie snu musi on strzec się przed utratą równowagi, pamiętać o chwyceniu w porę za coś stałego i pewnego, aby nie doznać bolesnych obrażeń. Na jednostkach szybkich, np. kutrach torpedowych, zderzenie się z każdą falą następuje w kilkusekundowych odstępach, jest wyjątkowo silne i powoduje tak duże przeciążenie grawitacyjne, że zmusza stojących marynarzy do przyjmowania postawy z lekko zgiętymi kolanami.

Scharakteryzowane czynniki środowiska morskiego i okrętowego w znacznym stopniu ograniczają niektóre zasadnicze potrzeby człowieka, takie jak: potrzeba bezpieczeństwa, czynności ruchowych, przebywania w czystej, bogatej w tlen atmosferze, właściwej temperaturze, właściwego ciśnienia i wilgotności powietrza, spokojnego snu, umiarkowanego poziomu hałasu i właściwego oświetlenia. W zależności od specjalności marynarza i miejsca pełnionej przez niego funkcji, stopień ograniczenia potrzeb jest zróżnicowany, choć w ogólnym przekroju dotyczy w tej czy innej formie każdego członka załogi okrętu.

Sygnalista pełni swą wachtę na odkrytym stanowisku, cały czas na stojąco. Przebywa on w powietrzu czystym lub też, w zależności od kierunku wiatru, zanieczyszczonym spalinami. On

najbardziej odczuwa działanie wiatru, bryzgów fal i wszystkich kaprysów pogody. Niezależnie od pogody musi ciągle starannie i czujnie prowadzić obserwacje. W każdym wypadku jego oczy i uszy w znacznym stopniu decydują o bezpieczeństwie kolegów ze stanowisk zakrytych. Żadne urządzenie obserwacji technicznej nie może go zastąpić.

Hydroakustycy, radarzyści, radiotelegrafiści, to swego rodzaju inteligencja okrętowa. Obsługują oni nowoczesne urządzenia elektroniczne. W ich maleńkich kabinach jest cicho. Służba w nich polega na wielogodzinnym tkwieniu w bezruchu na taborecie. Najbardziej wyczerpuje ich właśnie bezruch, wsłuchiwanie się w całe bogactwo szumów środowiska wodnego, wpatrywanie się we wskaźniki oscylograficzne z najwyższą uwagą po to, aby wyselekcjonować z całej gamy szumów i błysków ten jeden najważniejszy, lokalizujący przeciwnika i w konsekwencji pozwalający zapłacić własnemu okrętowi niższą cenę w tej przysłowiowej wysokiej cenie sekundy.

Stanowisko wachtowe motorzysty — to już zapełnie inny świat. Motorzysta przebywa w temperaturze znacznie wyższej niż w innych przedziałach. Wdycha on powietrze typowe dla małych pomieszczeń silników spalinowych. Narażony jest przede wszystkim na ogromny hałas, będący głównym czynnikiem zmęczenia motorzysty, wywołujący nieraz pewne zmiany charakterologiczne jak: drażliwość, niestałość nastrojów lub apatię.

W podobny sposób można przedstawić wszystkich specjalistów okrętowych, podporządkowując im te czynniki środowiskowe, które w największym stopniu wpływają na ich zmęczenie fizyczne i psychiczne. Trudy pełnionych wacht nie są jednak decydującym czynnikiem zmęczenia. Jego istota tkwi w tym, że małe i średnie okręty nie mogą zapewnić swym załogom odpowiednich warunków wypoczynku i regeneracji sił. To właśnie decyduje o zmęczeniu ludzi nawet po jednodobowych wyjściach w morze.

Praca na morzu zawsze wymagała od ludzi pewnych predyspozycji fizycznych i psychicznych. W powszechnym odczuciu podkreślano raczej czynnik fizyczny. Wydaje się, że obecnie można mówić o pewnym przewartościowaniu tych odczuć. Poza

wyjątkowymi sytuacjami, siła fizyczna marynarza nie ma większego znaczenia na morzu. Większość czynności na okręcie, jeszcze niedawno wymagających dużej siły, obecnie wykonują systemy i urządzenia mechaniczne, których uruchomienie odbywa się często przy użyciu jednej dłoni lub tylko palca, np. wciśnięcie stycznika, przesunięcie manetki, pokręcenie małym pokrętłem itp.

Warunki życia i służby na okręcie wymagają od załóg, a zwłaszcza od kadry, dużej odporności psychicznej i wytrzymałości fizycznej. Mimo szybko postępującego nasycenia okrętów urządzeniami zastępującymi w wielu wypadkach pracę człowieka, nie możemy zapominać, że każde starcie zbrojne jest przede wszystkim starciem woli, że to od człowieka zależy wybór sposobu ataku, wreszcie uderzenia, że to człowiek wygrywa w ostatecznym rozrachunku walkę o pierwszą salwę i o jej skuteczność.

Dotychczas dość rzadko analizujemy głębiej dane z przeżyć i opinii marynarzy, nie ma bowiem zwyczaju prowadzenia tego typu badań na okrętach. Stąd bywa czasem, iż opinia przełożonych o podwładnych i o ich nastawieniu do sytuacji na okręcie jest błędna i wypaczona. Nie zawsze znamy dokładnie obawy, lęki i trudności podwładnych, stąd możemy czasem podejmować mało zasadne decyzje. Musimy zdawać sobie sprawę z tego, jakie może to pociągnąć skutki w sytuacji bojowej. Znajomość podwładnych i ich postaw wobec zadań okrętowych powinny być podstawą wszelkiego rodzaju decyzji bojowych i personalnych, zgodnie z zasadą — wszyscy o wszystkim wiedzą i wszyscy odpowiadają za to, co wiedzą.

W arsenale stosowanych metod i środków oddziaływania wychowawczego nie powinno więc zabraknąć znajomości zasad higieny psychicznej. Wiedza ta bowiem, obok ogólnych założeń poznawczych, określa zasady osłabiania i zmniejszania wpływu na człowieka sytuacji frustracyjnych, a stąd różnorodnych stanów lękowych i depresyjnych. Jednocześnie wiedza ta pomaga w określaniu podstaw racjonalnej organizacji pracy, nauki i wypoczynku. Nie wnikając w szczegóły tej wiedzy, musimy przyswoić sobie pewne jej zasady i pojęcia, które pomogą nam łatwiej

wniknąć w strukturę osobowości, aby trafniej przewidywać reakcje ludzkie — szczególnie w sytuacjach trudnych. Wiedzy tej towarzyszyć musi wysoka motywacja do działania i partycypowania określonych reguł i zasad higieny psychicznej.

W działalności pedagogiczno-wychowawczej kadry musi więc ujawniać się silna wola, umiar i rozwaga oraz cierpliwość w modelowaniu postaw — psychiki marynarzy, na miarę obecnych i przyszłych potrzeb. Przede wszystkim powinniśmy rozwijać wysoką motywację marynarzy do służby na jednostkach pływających. Działalność tę trzeba prowadzić w sposób zróżnicowany, selektywny, a nawet eksperymentalny. Wysoką motywację do służby wojskowej, a zwłaszcza na okrętach, możemy osiągnąć świadome i celowe modulowanie stanu emocjonalnego marynarzy. Modulować stan emocjonalny podwładnych trzeba w sposób planowy, ciągły i kontrolowany. Każdy przełożony potrafi to robić tym skuteczniej, im większy będzie zasób jego wiedzy pedagogicznej i psychologicznej, w tym z zakresu higieny psychicznej. Obok tej wiedzy powinniśmy znać te wszystkie czynniki, które wpływają na zaburzenia stosunków międzyludzkich w załodze i pododdziale. Sprawy stosunków międzyludzkich są konglomeratem wieloczynnikowym wpływów załogi i pojedynczych marynarzy, stąd ustalenie istoty niepowodzenia czy zakłócenia tych stosunków jest problemem dość złożonym, wymagającym badań naukowych.

Proces szkolenia morskiego a zadania i problemy higieny psychicznej

W szkoleniu morskim w czasie pokoju higiena psychiczna jest ważnym czynnikiem mającym wpływ na efektywność szkolenia bojowego.

Nierzadko spotykamy się z sytuacją, kiedy załogi okrętów w czasie intensywnego szkolenia bojowego ulegają znacznemu zmęczeniu psychofizycznemu. Na niektórych klasach i typach okrętów zmęczenie to ujawnia się dość szybko, na innych póź-

niej. Nie ulega jednak wątpliwości, że służba na wszystkich jednostkach pływających jest złożona i skomplikowana, a zarazem niebezpieczna z punktu widzenia zagrożenia fizycznego.

Służbę marynarzy możemy podzielić na trzy zasadnicze etapy:

1) okres unitarny, obejmujący podstawowe szkolenie wojskowe,
2) okres szkolenia specjalistycznego, w tym praktyka na okrętach,
3) okres służby na okrętach.

W każdym z tych etapów — okresów — służby wojskowej w marynarce wojennej, zwłaszcza na okrętach, da się wyłonić coś szczególnego dla środowiska marynarskiego. Wraz z doskonaleniem sprawności specjalistycznej kształtuje się swoisty mechanizm regulujący zachowanie marynarzy, tak w odniesieniu do ich adaptacji do służby wojskowej, jak i w odniesieniu do adaptacji społecznej i równowagi emocjonalnej. Z punktu widzenia psychologii i pedagogiki w każdym z tych okresów marynarze wymagają zróżnicowanej działalności pedagogiczno-wychowawczej swych przełożonych, jeśli chodzi o formę i treść. Jeżeli uwzględnimy, że ludzie zgłaszający się do służby w marynarce wojennej są dość zróżnicowani pod względem zdolności, wrażliwości i stabilności emocjonalnej oraz mają różne wykształcenie, wyłania się cała gama problemów wychowawczych.

Ponadto, z analizy orzecznictwa lekarskiego i psychologicznego wynika, że pewien odsetek młodzieży wcielonej do marynarki wojennej jest zneurotyzowany. Oznacza to, że mamy do czynienia z ludźmi o małej stabilności emocjonalnej. Stąd spotykamy się z trudnościami przełożonych w egzekwowaniu od takich marynarzy obowiązku sumiennej pracy i wysokiej dyscypliny. Stajemy więc przed problemami natury psychologicznej, gdzie najważniejsza staje się umiejętność postępowania w stosunku do marynarzy w jakimś stopniu nie przystosowanych do służby i życia w załodze.

Z punktu widzenia higieny psychicznej najważniejszym okresem służby wojskowej marynarzy jest okres unitarny i okres początkowej służby na okrętach. Te dwa okresy w przeważającej mierze rzutują na całość zachowania i na poziom hierarchii pew-

nych wartości moralnych i społecznych. Jakkolwiek te elementy świadomości społecznej i moralnej można z czasem — jeśli to jest wskazane — zmienić i modulować, to jednak pierwsze silne reakcje i okres ich trwania są istotnym czynnikiem w kształtowaniu pozytywnej motywacji do służby wojskowej i obowiązków z niej wynikających.

Świadomość marynarzy, że ich przełożeni znają ich postawy i stosunek do służby wojskowej, że potrafią sprawiedliwie oceniać wysiłek i poświęcenie — wpływa dodatnio na wyzwalanie pozytywnych postaw wobec stojących przed załogą zadań.

Kulturalne, taktowne traktowanie marynarzy w każdej sytuacji szkolenia bojowego wyzwala wśród nich uczucie zaufania i bezpieczeństwa, ułatwiając emocjonalne i intelektualne kontakty między przełożonymi a podwładnymi, wzmacnia formy ich współdziałania. Ma to szczególny wpływ na zachowanie marynarzy na morzu, zwłaszcza w sytuacjach trudnych i konfliktowych. Świadomość, że przełożony jest „ludzki", że w trudnych chwilach może przyjść z pomocą, jest dodatkowym bodźcem do wyzwalania wśród podwładnych większej energii i zapału do służby wojskowej, a także do likwidowania napięć występujących w życiu załogi.

Innym postulatem higieny psychicznej jest systematyczność kontroli podwładnych, jej rzeczowość i umiejętność egzekwowania postanowień. Ma ona wielkie znaczenie wychowawcze i profilaktyczne. Poziom szkolenia specjalistycznego jest w dużej mierze zależny od systematycznej kontroli i systematycznego egzekwowania tej wiedzy w praktycznym działaniu marynarzy. Systematyczna kontrola wzmaga u marynarzy czujność i wrażliwość na porządek dnia i jego realizację, na organizację porządku na okręcie. Z czasem taka potrzeba przekształca się w nawyk i stanowi jeden z elementów kultury osobistej marynarza.

Zasada systematyczności jest jednym z głównych postulatów psychologicznych i pedagogicznych w wychowaniu człowieka. Powinniśmy przy tym pamiętać, że w procesie aktywnego wychowania dominować powinna perswazja nad przymusem, czyli że powinniśmy więcej wyróżniać i nagradzać, a mniej karać i ganić.

Przełożony ma tym większy wpływ na podwładnych, im wyraźniej ujawnia on przed nimi swoją wysoką sprawność psychofizyczną i specjalistyczną oraz wysoki poziom własnej kultury. Wszystkie czyny etyczne i wysoce moralne są zawsze wzorcem pozytywnego naśladownictwa i czynnikiem kształtującym pozytywne postawy wobec służby wojskowej i wobec innych ludzi. Tą drogą przełożeni zwiększają u podwładnych marynarzy poczucie odpowiedzialności oraz utrwalają pożądane cechy charakteru i osobowości.

Wiadomo, że w każdym zespole ludzkim istnieją tzw. grupy formalne i nieformalne. Pierwsze wynikają z układu organizacyjnego etatu, drugie z układu interpersonalnego, opartego na wspólnych zainteresowaniach, aspiracjach zawodowych lub społecznych względnie opartego na podobieństwie charakterów lub innych związków emocjonalnych. Grupy nieformalne mają zawsze swoich przywódców i autorytety. Od układu tych grup zależy bardzo często dyscyplina i atmosfera w załodze. Tylko od umiejętności przełożonych zależy, czy te nieformalne grupy będą działać na rzecz załogi i porządku wojskowego, czy też będą ten porządek dezorganizować.

Gotowość bojowa a zdrowie psychiczne w marynarce wojennej

Szeroki zakres zagadnień objętych pracą i szkoleniem bojowym marynarzy załóg okrętowych, przy ich równoczesnym zróżnicowaniu psychicznym, stwarza poważną trudność jednolitego potraktowania psychohigieny w warunkach szkolenia bojowego okrętów i pododdziałów marynarki wojennej. Dlatego możemy tylko zastanowić się nad niektórymi wspólnymi elementami podstawowych warunków szkolenia bojowego marynarzy i służby na okrętach:

— jednym z bardzo ważnych warunków dobrej pracy na stanowisku bojowym jest przeprowadzenie odpowiedniej selekcji, opartej na podstawach naukowych i stworzenie możliwości wyboru odpowiedniej specjalności wojskowej;
— realizacja poszczególnych czynności na stanowisku bojowym okrętu powinna być oparta na wielowariantowym

planie-założeniu, stosownie do poszczególnych zadań bojowych na morzu. W planie tym powinny być uwidocznione wszystkie ewentualności trudnych sytuacji bojowych;

— każde stanowisko bojowe powinno posiadać charakterystykę specyficznych zadań oraz wynikający z tego stopień zagrożenia psychofizycznego. Specjalista powinien być zorientowany o sile hałasu, stanie natężenia świetlnego, stopniu zanieczyszczenia powietrza oparami, gazami i innymi związkami chemicznymi;

— każdy specjalista i przełożony powinien orientować się w okresach najwydajniejszej pracy i jej spadku;

— przełożeni powinni dążyć do poznania przyczyn wahań zdolności psychofizycznej podwładnych, oraz odpowiednio ustalać sposób regeneracji sił lub przydzielać inny rodzaj zadań;

— przełożeni powinni czuwać, aby praca na stanowisku bojowym nie była zbyt wyczerpująca i podniecająca emocjonalnie, aby uchronić zdrowie psychofizyczne marynarzy i przedłużyć sprawność działania bojowego;

— dobrych efektów działania bojowego marynarzy możemy spodziewać się zawsze wtedy, kiedy zostaną zachowane podstawowe kryteria zapewniające odpowiednie wydatkowanie psychofizycznej energii ludzkiej i odpowiednie przerwy — zmiany w pracy oraz właściwy wypoczynek — zgodny z postulatami higieny psychicznej;

— naturalnym i bezwzględnie koniecznym sposobem wypoczynku jest sen. Stanowi on krańcowy wyraz potrzeby dokonania przerwy w działaniu — pracy. Sen ma więc znaczenie nie tylko profilaktyczne;

— za rodzaj wypoczynku uważać należy również zabawy, wycieczki, teatr, film, koncert itp. Z punktu widzenia higieny psychicznej doniosłą rolę odgrywa właśnie odpoczynek przez tzw. płodozmian pracy, tzn. praca inna od pracy zawodowej — specjalistycznej, wykonywanej na co dzień;

— uprawianie sportu jest realizowaniem potrzeby ruchu całego organizmu. Właściwie uprawiany sport kompensuje brak uaktywnienia różnych organów i funkcji organizmu

marynarzy, który ze względu na ograniczoną przestrzeń okrętu mają ograniczone czynności ruchowe całego organizmu;

— sport odpowiednio dawkowany wzmaga aktywność marynarzy, zwiększa ich dynamikę działania, zmienia wyraźnie na korzyść ich stosunek do życia i pracy. Sport jest jedną z metod samoopanowania w okresach różnych porażek życiowych, wpływa też na rozwój poczucia zespolenia z załogą oraz wzmaga poczucie odpowiedzialności w kolektywie.

Każda dyscyplina sportowa ma — z punktu widzenia psychologicznego — swoisty wpływ na psychikę człowieka i na jego sprawność psychomotoryczną. Na przykład sport żeglarski i wioślarski dzięki bezpośredniemu kontaktowi z wodą wywiera dodatni wpływ na system nerwowy. Cisza i rozległy horyzont oraz samotność ułatwiają odprężenie, a jednocześnie usprawniają szybkość podejmowania decyzji i panowania nad sobą.

W pływaniu np. wysuwa się na czoło usprawnienie psychoruchowe i opanowanie. Istnieje wiele innych dyscyplin sportowych, których uprawianie na okręcie może mieć dodatni wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne marynarzy. Na przykład szermierka kształci precyzję ruchów, śmiałość decyzji, opanowanie oraz umiejętność przechodzenia z postawy obronnej do ataku i na odwrót. W warunkach służby nieodzowne staje się upowszechnienie sportu niewyczynowego, a więc rekreacyjnego wpływającego bezpośrednio na utrzymanie wysokiej sprawności psychofizycznej marynarzy, a tym samym wysokiej gotowości bojowej.

Innym ważnym postulatem higieny psychicznej, mającym istotny wpływ na utrzymanie wysokiej gotowości bojowej marynarzy, jest prowadzenie takiej pracy wychowawczej, która sprzyjałaby kształtowaniu odporności psychofizycznej na konflikty, niepokoje i wszelkiego rodzaju sytuacje trudne. Możemy to osiągnąć przestrzegając określonych warunków w życiu załogi. A mianowicie, w trudnych warunkach działania załogi, w których spotykamy się często z nadmiernym podnieceniem emocjonalnym musimy starać się rozpatrzyć daną trudność z punktu

widzenia hierarchii aktualnych spraw na okręcie. Trzeba więc zastanowić się, czy problem, który jest powodem napięcia emocjonalnego lub konfliktu, jest sprawą całego zespołu, czy tylko dotyczy określonych osób.

W trudnych chwilach służby trzeba śledzić bacznie reakcje najbliższych kolegów na sytuacje trudne na okręcie. Dla osłabienia napięcia i pierwszej reakcji trzeba szukać alternatywnego rozwiązania problemu.

Należy zwracać uwagę, że cała załoga okrętu jest wpleciona w zespół mechanizmów psychologicznych i społecznych, gdzie wiele problemów istniejących na okręcie dotyczy wszystkich marynarzy, stąd więc radość czy smutek jest udziałem wszystkich. Taka postawa wobec trudności osłabia napięcia emocjonalne, czyni je mniej dokuczliwymi, a nawet daje pewną pozytywną wartość. Trzeba pamiętać, że każdy konflikt i napięcie nerwowe mogą być przezwyciężone tylko wtedy, kiedy będziemy do tego usilnie dążyli.

Jeżeli nurtuje nas jakiś określony niepokój, trzeba starać się w pierwszej kolejności uświadomić sobie, na czym polega złożoność sytuacji i jaka jest istota naszego niepokoju; jaki typ i rodzaj naszej potrzeby nie może być zospokojony, jaki charakter ma przeszkoda, która zablokowała jej realizację. Należy przy tym ocenić, czy sposób naszej reakcji jest właściwy — odpowiedni do siły bodźca, który ją wywołał, czy też nie.

Przemyśleć sytuację psychologiczną, tzn. zestawić maksymalną liczbę rozwiązań trudnej sytuacji i jedną z nich wybrać jako rozwiązanie optymalne. Sam fakt przemyślenia pozwala nam ochłonąć i uspokoić się.

Zadania, zasady, metody i formy działania w zakresie krzewienia higieny psychicznej w marynarce wojennej

Poglądy na istotę celów i zadań higieny psychicznej w marynarce wojennej ulegały i nadal ulegają uściśleniu. Obecnie poglądy te należy rozumieć jako dążenie do:

— rozwijania, możliwie do najwyższego stopnia, zdrowia psychicznego marynarzy, całych załóg i pododdziałów;
— zapobiegania zaburzeniom i chorobom psychicznym wśród marynarzy przez określone przeciwdziałanie sytuacjom konfliktowym;
— leczenie wczesnych i lżejszych zaburzeń psychicznych marynarzy przez odpowiednie oddziaływanie psychoterapeutyczne przełożonych, kolegów, rodziny lub przez leczenie ambulatoryjne czy szpitalne.

Zgodnie z tymi celami higieny psychicznej w marynarce wojennej wskazane jest działanie w kierunku:
— wykrywania przyczyn wpływających na lepszy lub gorszy stan zdrowia psychicznego marynarzy — załóg okrętowych;
— likwidowania czynników, które wywierają szkodliwy wpływ na zdrowie psychiczne marynarzy;
— maksymalnego zaspokajania podstawowych potrzeb psychologicznych marynarzy oraz stwarzania im warunków dla najlepszego stanu zdrowia psychicznego i fizycznego.

Powodzenie w życiu i służbie w dużym stopniu zależy od znajomości samego siebie. Znajomość ta pozwoli na „przymierzenie" się do każdej sytuacji na okręcie, przy uwzględnieniu również możliwości innych.

Krytyczny i obiektywny stosunek do samego siebie jest jedną z głównych podstaw rozwoju naszej osobowości i samokontroli. Musi temu towarzyszyć częste sprawdzanie swoich postępów, zahamowań i odchyleń od właściwego kierunku działania, wyznaczonego przez naszą osobowość i charakter. Jednym z głównych mechanizmów w procesie rozwojowym intelektu jest wzrost obiektywizacji w stosunku do samego siebie. Ta właśnie zdolność, poza troską o siebie i swoje potrzeby, jest oznaką, że droga naszego rozwoju jest właściwa. Przez taką analizę własnych postaw przestajemy traktować niewłaściwie innych ludzi — kolegów czy podwładnych. Przestajemy być egocentryczni, wpatrzeni tylko we własne interesy, stajemy się uczuleni na sprawy innych.

Zgodnie z postulatami higieny psychicznej każdy z nas powinien orientować się i dążyć do:

— poznania stopnia tolerancji swego organizmu na zmęczenie w różnych warunkach działalności służbowej, jaki rodzaj zajęć najbardziej nas męczy i kiedy uzyskujemy regenerację utraconych sił;
— poznania wszystkich symptomów swego zmęczenia i ich wpływu na sprawność psychofizyczną;
— poznania przyczyn swego zmęczenia, nie zawsze związanych ze specyfiką służby na morzu, i ustalenia sposobów likwidowania tych przyczyn.

W życiu załóg okrętowych szczególnie ważnym problemem są stosunki międzyludzkie. Od układu tych stosunków i wzajemnego zrozumienia marynarzy w dużym stopniu zależy stan moralny, dyscyplina wojskowa oraz gotowość bojowa okrętu. Stąd bardzo ważnym postulatem higieny psychicznej jest lojalność nie tylko wobec kolegów, ale i wobec przełożonych, i *vice versa*. Lojalność jest podstawowym atutem dobrej współpracy i działalności załogi. Nie wyklucza ona sprzeciwu ani dyskusji nad sprawami kontrowersyjnymi, jednak dyskusje te powinny uwzględniać zawsze zasady regulaminowe.

Życie na okręcie stwarza wiele dogodnych sytuacji do powstawania trwałych więzi koleżeńskich i przyjaźni między marynarzami. Nie wszyscy potrafią to wykorzystać, stojąc często na uboczu spraw i problemów nurtujących całą załogę. Takie zachowanie nie sprzyja realizacji podstawowych zadań na okręcie i nie wpływa budująco na samozadowolenie poszczególnych członków załogi. Realizując postulaty higieny psychicznej powinniśmy wziąć pod uwagę także i to, że:
— w życiu załogi trzeba interesować się wszystkimi problemami, jakie nurtują jej skład, a jednocześnie dawać odczuć, że radość oraz zmartwienia podwładnych i kolegów nie są nam obce, i że we wszystkich sprawach będziemy aktywnie uczestniczyć;
— pogodny nastrój, nawet gdy brak ku temu powodów, jest czynnikiem cementującym załogę, sprzyjającym do nawiązywania więzi emocjonalnych, stąd w chwilach trudnych nie powinniśmy tragizować i narzucać innym podwładnym-kolegom swoich kłopotów;

— większość ludzi potrzebuje uznania, aprobaty i wyróżnienia, dlatego na co dzień powinniśmy się starać o podkreślenie zalet i dobrych zasad zachowania innych, jako wzorców do naśladowania, a mniej mówić publicznie o błędach i negatywnych momentach życia w załodze;
— zwracając się do kolegów i podwładnych powinniśmy zawsze pamiętać o ich imionach i nazwiskach, unikać w tych wypadkach anonimowości;
— na ogół ludzie nie lubią w kontaktach ze sobą publicznej krytyki i wytykania braków oraz ciągłego straszenia konsekwencjami za niewłaściwą postawę itp. Dlatego krytyczne uwagi czynione kolegom trzeba robić raczej „w cztery oczy";
— z zasady ludzie nie chcą robić źle, wszelkie więc krytyczne uwagi muszą odbywać się z zachowaniem prawa do obrony i wyjaśnienia własnego postępowania, o czym bardzo wyraźnie mówi *Regulamin dyscyplinarny*. Natomiast, gdy sprawa jest ważna z punktu widzenia całej załogi, a ponadto kolega na uwagi reaguje niewłaściwie, wtedy negatywne momenty życia muszą być rozpatrywane kolektywnie;
— naturalnym dążeniem każdego marynarza jest chęć widzenia swojej perspektywy rozwojowej. Dlatego musimy starać się pomagać kolegom w ich rozwojowych dążeniach, bowiem nie ma wśród zdrowych psychicznie marynarzy takich, którzy by uznali, że ich rozwój został już zakończony.

Życzyć komuś dobrze jest jedną z podstawowych zasad higieny psychicznej w życiu grupowym. Jeżeli przyjmujemy nierówność wyposażenia marynarzy pod względem uzdolnień, zainteresowań, poziomu uczuć moralnych i społecznych, to musimy jednocześnie stosować zasadę zrozumienia i wyrozumiałości, a przechodząc do postawy czynnej — zasadę aktywnej życzliwości i pomocy.

Wprowadzenie do świadomości załogi tych zasad jest sprawą bardzo trudną. Toteż świadomość rozwoju ogólnego, intelektualnego i moralnego naszych współtowarzyszy (załogi) wymaga od nas zrozumienia biernego i czynnego oraz niedomagania się od

nich tego, na co ich po prostu nie stać. Nie oznacza to wcale, abyśmy tolerowali zło. Możemy i powinniśmy nawet mieć konflikty z niektórymi marynarzami, protestować, jeżeli któryś z nich czyni źle, jest to naszym marynarskim i społecznym obowiązkiem. Jednak protest nasz i prowadzona „walka" muszą się łączyć ze zrozumieniem i wykluczać krzywdzenie innych.

Życzliwość i serdeczność okazywana podwładnym — kolegom zawsze wzmaga pozytywne samopoczucie, wiarę w siebie, zapobiega depresjom i nerwicom, pomaga też w znalezieniu własnego miejsca w załodze.

SŁOWNICZEK
MNIEJ ZNANYCH POJĘĆ I TERMINÓW

Abstynencja — świadome powstrzymywanie się od używania środków poprawiających samopoczucie.

Abstynencyjny zespół — zespół objawów fizycznych i psychicznych występujący po nagłym odstawieniu narkotyku.

Adherent — Zwolennik, stronnik, poplecznik.

Akromegalia — (gr. *akros* — skrajny, *megas* — wielki). Schorzenie związane z przerostem komórek kwasochłonnych przedniego płata przysadki mózgowej oraz nadmiernym wydzielaniem hormonu wzrostowego. Przejawia się głównie przerostem niektórych kości (głównie dłoni, stóp i żuchwy) i skóry, prowadzącym do zniekształcenia wyglądu, oraz przerostem niektórych narządów wewnętrznych. U chorych niekiedy występują także zmiany psychiczne, jak: spowolnienie psychoruchowe, apatia, stany depresyjne, zmienność nastroju, osłabienie pamięci. Czasem występuje w tej jednostce chorobowej wypaczenie życia popędowego, jak: wilczy głód, napadowe pragnienie itp.

Akromegaloid pokwitaniowy — przejściowe zaburzenia proporcji ciała (nadmiernie długie kończyny, długie i duże ręce oraz stopy), wyraźniej występujące u chłopców i przemijające pod koniec pokwitania.

Ambiwalentny — dwuwartościowy, zawierający elementy przeciwstawnych uczuć — np. miłość i nienawiść.

Androgeny — hormony wytwarzane przez korę nadnerczy oraz komórki Leydiga (patrz komórki Leydiga) wpływające na przemianę białek, współdziałające w

rozwoju drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych i odgrywające rolę w procesie kostnienia.

Antycypacja — zjawisko lub czynność polegające na wyprzedzaniu w całości lub części swego normalnego przebiegu.

Biblioterapia — w psychoterapii leczenie za pomocą umiejętnie dobranej literatury.

Biseksualny — popęd płciowy zwrócony do osobników płci obojga.

Dekompensacja — w psychopatologii i psychologii zjawisko polegające na ujawnieniu się pod wpływem urazów psychicznych przemęczenia itp. — braków psychicznych, które do tej pory były ukryte psychicznymi mechanizmami wyrównującymi.

Demografia — nauka badająca grupy lub zespoły ludnościowe pod względem płci, wieku, zawodów itp. oraz ruchu ludności np. małżeństwa, urodzenia, zgony, przyrost naturalny.

Depresja — przygnębienie, smutek z równoczesnym obniżeniem sprawności umysłowej. Termin nie dość ścisły, ponieważ w zależności od sytuacji używany jest jako określenie objawu, zespołu objawów (syndrom) lub choroby psychicznej.

Diagnoza — rozpoznanie (choroby).

Dysforia — zaburzenia nastroju o przewadze niezadowolenia i złego samopoczucia.

Egocentryzm — myślenie skierowane na rzeczywistość, ale ujmujące ją w sposób zniekształcony własnym punktem widzenia lub subiektywnym stosunkiem uczuciowym i jednostronnym doświadczeniem własnym.

Egzogenny — bodziec, czynnik (w tym także chorobotwórczy) pochodzący z zewnątrz, wywołany przez przyczyny zewnętrzne.

Empiria — doświadczenie.

Encefalopatia — (*Encephalopathia:* gr. *enkephalos* — mózg, *pathos* — choroba). Zespół zmian psychicznych i neurologicznych powstających na skutek różnorakich uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego (intoksykacyjnych, infekcyjnych, pourazowych zwyrodnieniach, stanów niedotlenienia tkanki mózgowej). Zmiany neurologiczne mogą być różnie nasilone — od dyskretnych objawów do porażeń. Zmiany psychiczne dotyczą najczęściej

charakteru, temperamentu, czasem występują także zaburzenia intelektu. Stosunkowo rzadko wczesnodziecięce uszkodzenie mózgu prowadzi do ciężkich niedorozwojów czy padaczki, częściej encefalopatia przejawia się zaburzeniami życia emocjonalno-popędowego.

Endogenny — bodziec, czynnik (w tym także chorobotwórczy) pochodzący z wewnątrz, z ustroju.

Epistemologia — nauka o poznawaniu świata obiektywnego.

Etiologia — nauka o przyczynach chorób.

Fiksacja — skupienie uwagi na jednym przedmiocie lub zjawisku. Fiksacja wzrokowa — unieruchomienie gałek ocznych przez wpatrywanie się w jeden punkt.

Filogenetyczny — dotyczący rozwoju dziedzicznego danego gatunku.

Fizjologiczne zjawisko — zjawisko prawidłowe, normalne (fizjologia jest nauką o prawidłowych czynnościach organizmu).

Fobia — uporczywy, bezpodstawny lęk, ograniczony do określonego zjawiska lub sytuacji.

Frykcyjne ruchy — ruchy trące członka o pochwę w stosunku płciowym.

Gonady — gruczoły płciowe — jądra u mężczyzn, jajniki u kobiet.

Homo faber — człowiek wytwórca, twórca.

Hormony — (gr. *hormo* — pobudzam) — fizjologiczne, organiczne związki chemiczne, wytwarzane przez gruczoły wewnątrzwydzielnicze, rozwijające swe działanie swoiste w odległych częściach tego samego ustroju.

Hospitalizacja — umieszczenie pacjenta w szpitalu lub w klinice.

Impotencja — niemoc płciowa.

Interakcja — wzajemne oddziaływanie (np. między ludźmi).

Jatrogenny — spowodowany błędnym postępowaniem lekarza.

Koincydencja — równoczesne zejście się dwóch lub więcej zjawisk, przypadek, zbieg okoliczności.

Komórki Leydinga — komórki śródmiąższowe jądra stanowiące właściwy dokrewny męski gruczoł płciowy. Wytwarzają androgeny jądrowe (patrz androgeny).

Korelacja — wzajemna zależność.

Lesbijska miłość — miłość erotyczna kobiety skierowana do innej kobiety.

Libido — popęd płciowy.

Motyw — niezaspokojona potrzeba pobudzająca jednostkę do działania.

Neurogenny — działający przez układ nerwowy.

Okres pokwitania — okres dojrzewania płciowego.

Ontogenetyczny — dotyczący rozwoju osobniczego człowieka od momentu zapłodnienia jaja do końca życia.

Orgazm — szczyt podniecenia płciowego połączony z wytryskiem nasienia u mężczyzn i charakterystycznym skurczem narządów płciowych u kobiet.

Paralogiczne zachowanie się — błędne zachowanie, mijające się z celem.

Patogenny — wywołujący chorobę, chorobotwórczy.

Patologiczny — chorobliwy, chorobowy, nieprawidłowy; patologia jest nauką o chorobach.

Percepcja — spostrzeganie.

Popęd — dziedziczony proces motywacyjny, charakteryzujący się dążeniem do zaspokojenia podstawowych potrzeb organizmu.

Populacja — ludność, zaludnienie (w wojsku np. poborowi jednego rocznika).

Proces wolicjonalny — wywołany wolą i występujący przy jej udziale.

Prohibicja — zakaz produkcji i sprzedaży alkoholu.

Propinacja — prawo sprzedaży alkoholu w dawnej Polsce.

Psychagogika — leczenie przez wychowanie.

Psychodegradacja — stan psychiczny charakteryzujący się zanikiem uczuć wyższych (społecznych i etycznych) prowadzący do upadku moralnego.

Psychogenny — działający poprzez psychikę. Także działający jako uraz psychiczny.

Psychometria — ocena stanu psychicznego za pomocą testów, inwentarzy itp.

Socjopatia — środowiskowo uwarunkowane odchylenia psychopatyczne.

Sybarytyzm — dążenie do życia w przepychu i zbytku.

Terapia — leczenie, terapeuta — lekarz.

Toksykologia — nauka o truciznach.

Uczucia wyższe — warunkowane całkowitą dojrzałością osobowości. Rozwijają się tylko u człowieka, np. uczucie patriotyzmu, więzi społecznej, uwznioślonej miłości, pędu do nauki, sprawiedliwości itp.

Unifikacja — ujednolicenie.

Wzwód (erekcja) prącia, łechtaczki — wzrost objętości i usztywnienie członka męskiego i łechtaczki u kobiet. Występuje najczęściej w wyniku podniet płciowych.

ZALECANE PIŚMIENNICTWO

Baley S., *Wprowadzenie do psychologii społecznej*, Warszawa 1959.

Bańka J., *Technika a środowisko psychiczne człowieka*, Warszawa 1974.

Baranow W., Spiwak L., *Nierwno-psichiczeskije naruszenija pri diejstwie orużija massowogo parażenija*, Leningrad 1961.

Baranow W., *Zakrityje trawmy gołownogo mozga*, Leningrad 1961.

Baranowski Z., *Psychologiczne aspekty przesłanek do wypadków lotniczych. Informacja lotniczo-lekarska*, Warszawa 1966.

Błoszczyński R., Pokinko P., *Problem dezadaptacji zawodowej personelu latającego w lotnictwie wojskowym*, „Lekarz Wojskowy", 1974, nr 8.

Błoszczyński R., *Adaptacja do zawodu pilota po przebytym urazie psychicznym podczas wykonywania zadań lotniczych*, „Medycyna Lotnicza" 1970, nr 29.

Błoszczyński R. (red.), *Psychologia lotnicza*, Warszawa 1977.

Błoszczyński R., *O problematyce zmęczenia w lotnictwie (mechanizm, objawy, profilaktyka)*, Warszawa 1966 (Inspektorat Lotnictwa).

Błoszczyński R., *Warunki powstawania stanów zmęczenia w pracy lotniczej oraz zasady profilaktyki*, „Przegląd Wojsk Lotniczych i Wojsk Obrony Powietrznej Kraju" 1976 nr 11.

Boring E.G., *Psychologia*, Warszawa 1960.

Bożowicz L., *Osobiennosti samopoznanija u podrostkow*, „Woprosy Psichołogii" 1955, nr 1.

Cendrowski J., Paleski Z., Swebocki S., *Wykłady z psychologii wojskowej*, Warszawa 1973 (WAP).

Chapman A.H., *Leczenie zaburzeń emocjonalnych*, Warszawa 1964.

Chertok L., *Hipnoza*, Warszawa 1968.

Chromow N., *Naruszenija wyższej nierwoj diejatielnosti pri pronikajuszczich ranieniach czerepa*, Leningrad 1958.

Fitts P.M., *Human Engineering for Effective Air — Navigation and Traffic, Central System*, Waszyngton 1951.

Frankl V.E., *Próżnia egzystencjonalna*. Ekspres informacyjny „Roche" 1973.
Frołow I., *Wyższaja nierwnaja diejatielnost pri toksikozach. Dla wojennych wraczej i toksikołogow*, Moskwa 1944.
Frukholm A., *Sindrom bojazni u szwedskich lotczykow*. W: *Emocionalnyj stress* (red. L. Levi), Leningrad 1970.
Galubińska K., *Badanie czynników emocjonalno-motywacyjnych u pilotów*, „Medycyna Lotnicza" 1971, nr 33.
Gamburg A., *Sudiebno-miedicinskaja ekspiertiza samoranienij*, Kijów — Charków 1946.
Gädeke R., Gehrmann J., *Drogenabhängigteit bei Kindern und Jugendlichen*, Stuttgard 1973.
Gerathewohl S.J., *Psichołogija czełowieka w samolotie*, Moskwa 1956.
Glekiel M. i in., *Woprosy psichiatriczeskoj praktiki wojennogo wremieni*, Leningrad 1941.
Graczyk J., Aumer A., *Problemy integracji społecznej wojskowej kadry zawodowej*, „Badania Społeczne w Wojsku" 1972, nr
Gurewicz M., *Nierwnyje i psichiczeskije rasstrojstwa pri zakritych trawmach czerepa*, Moskwa 1945.
Hilgard E.R., *Wprowadzenie do psychologii*, Warszawa 1967.
Hołyst B., *Kryminalistyka*, Warszawa 1975.
Imieliński K., *Życie seksualne*, Warszawa 1973.
Imieliński K., *Seksuologia społeczna*, Warszawa 1974.
Iwaszkiewicz A., Stolarski M., Żelazowski W., *Automatyka i cybernetyka we współczesnej armii*, Warszawa 1965.
Jaczewski A., *Erotyzm dzieci i młodzieży*, Warszawa 1970.
Jarosz J., *Choroba alkoholowa i możliwości jej prewencji w środowiskach wojskowych w świetle wielodyscyplinarnych badań osobowości kadrowych pracowników LWP dotkniętych alkoholizmem*, Łódź 1974 (maszynopis WAM).
Jellinek F.M., *The Disease Concept of Alcoholism*, New Haven 1960.
Jullet P., Moutin P., *Psychiatrie militaire*, Paryż 1969.
Kamyszew J., Łazariew W., *Diapozon wnimanija lotczyka*, „Awiacja i Kosmonawtika" 1969, nr 2.
Kępiński A., *Z psychopatologii życia seksualnego*, Warszawa 1973.
Komorowska J., *Instytucje wychowania, młodzież i wojsko*, „Badania Społeczne w Wojsku" 1973, nr 5.
Konorski J., *Integracyjna działalność mózgu*, Warszawa 1969.
Korzeniowski L., *Zarys psychiatrii*, Warszawa 1969.
Kozielecki, J., *Psychologia procesów przeddecyzyjnych*, Warszawa 1969.
Kozłowski S., Rewerski W. (red.), *Doping*, Warszawa 1976.
Kratkoje posobije po niewropatołogii i psichiatrii. Dla wojennych wraczej, Ufa 1942.

Kratochvil S., *Psychoterapia*, Warszawa 1974.
Kuzniecow W., *Niekotoryje puti izuczenija lotczyka w poletie* W: *Woprosy inżyniernoj psichołogii w awiacionnoj i kosmiczeskoj miedicinie*, Moskwa 1966.
Küchne H.K., *Problem narkotyków i zwalczania narkomanii w krajach Azji Południowo-Wschodniej*, „Biuletyn Informacyjny Instytutu Problematyki Przestępczości na Świecie" 1975, nr 3/5.
Kwiatkowski S., Pełka S., *Kierunki działania kadry zawodowej marynarki wojennej w zakresie higieny psychicznej*, „Przegląd Morski" 1973, nr 12.
Lazarus R., *Tieorija stressa i psichofizjołogiczeskije issledowanija*. W: *Emocionalnyj stress* (red. L. Levi), Leningrad 1970.
Lindsley D.B., *Emocii*. W: *Ekspierimientalnaja psichołogija* (red. S.S. Stevens), Moskwa 1960.
Lipka M., *Rozmiary zjawiska obyczajowego i przestępczego wykolejenia nieletnich w Polsce*, „Badania Społeczne w Wojsku" 1971, nr 1.
Lipka M., *Zjawisko patologii społecznej wśród młodzieży*, Warszawa 1974.
Lorenz K., *Tak zwane zło*, Warszawa 1972.
Maciulewicz W., Pełka S., *Higiena zdrowia psychicznego podstawą skutecznej działalności służbowej*, „Przegląd Morski" 1973, nr 5.
Masters W.H., Johanson V.E., *Współżycie seksualne człowieka*, Warszawa 1975.
Masters W.H., Johanson V.E., *Niedobór seksualny człowieka*, Warszawa 1975.
Michalik M., *Wartości osobowe dowódcy*, Warszawa 1973.
Michalska H., *Zdrowie psychiczne*, Warszawa 1964.
Migdał K., *Metody selekcji kandydatów do wyższych szkół wojskowych*, Warszawa 1974.
Mika S., *Wstęp do psychologii społecznej*, Warszawa 1972.
Mikiciuk M., *Wybrane problemy małżeństw i rodzin oficerów WP*, „Badania Społeczne w Wojsku" 1972, nr 4.
Nierwnyje i psichiczeskije zabolewanija w usłowijach wojennogo wriemieni (red. R. Gałant i W. Mjasiszczewa), Leningrad 1948.
Noyes A.P., Kolb L.C., *Nowoczesna psychiatria kliniczna*, Warszawa 1969.
Osipow O., *Woprosy psichiatriczeskogo rozpoznawanija i opriedielenija godnosti k'wojennoj służbie. Posobije dla wojennych wraczej*, Leningrad 1944.
Osmańczyk E., *Encyklopedia spraw międzynarodowych i ONZ*, Warszawa 1974.
Pirożyński T., *Psychologia zachowania się w okresie pokwitania*, „Psychiatria Polska" 1967, t. I, nr 3.
Płatonow K., *Psychologia pracy lotnika*, Warszawa 1963.

Pokrowskij B., *Mietodiczeskoje posobie po izuczeniju psichołogiczeskich osobiennostiej lotnogo i kursatskogo sostawa*, Moskwa 1970.
Ponomarenko W., *Osobiennosti wosprijatija i sensomotornych processow w poletie na małych wysotach. Materiał XII konferencji lekarzy lotniczych krajów socjalistycznych*, Bukareszt 1972.
Powell H.P., *Ispytatielnyj polet*, Moskwa 1959.
Prestupnost' niesobierszczennoletnich w kapitalisticzeskich stranach. Juridiczeskaja litieratura, Moskwa 1970.
Reykowski J., *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*, Warszawa 1966.
Reykowski J., *Eksperymentalna psychologia emocji*, Warszawa 1968.
Rydzyński Z., Madej A., *Problemy emocjonalne a kultura*, „Wojsko Ludowe" 1975, nr 7.
Rydzyński Z., *Nerwica w świetle teorii kryzysu*, „Psychiatria Polska" 1972, t. IV, nr 4.
Rydzyński Z., *Możliwości praktycznego wykorzystania niektórych założeń teorii kryzysu w procesie wychowania wojskowego i prewencji nerwic w wojsku*, „Badania Społeczne w Wojsku" 1972, nr 3/6.
Rydzyński Z., *W sprawie samobójstw w wojsku — analiza 120 przypadków samobójstw w wojsku w latach 1951—55*, „Lekarz Wojskowy" 1958, nr 8.
Rydzyński Z., *Zdrowie psychiczne w siłach zbrojnych*, Warszawa 1975.
Rydzyński Z., *Problemy zdrowia psychicznego żołnierzy*, Warszawa 1971.
Rydzyński Z., *Pandemia narkotyzowania się młodzieży jako groźny problem współczesnego świata*, „Badania Społeczne w Wojsku" 1971, nr 2.
Rydzyński Z. i in., *Osobowość nieletniego przestępcy w świetle badań wielospecjalistycznych*, „Przegląd Penitencjarny i Kryminologiczny" 1971, nr 2.
Schenk J., *Droge und Gesselschaft*, Berlin, Heidelberg, Nowy Jork 1975.
Segal B.M., *Alkoholizm, miedicina*, Moskwa 1967.
Selye H., *Stres życia*, Warszawa 1960.
Spett K., Cieślak M., Walter W., *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa 1968.
Spruch W., *Ekonomiczne problemy rewolucji naukowo-technicznej*, Warszawa 1975.
Szczepański J., *Elementarne pojęcie socjologii*, Warszawa 1965.
Szewczuk W., *Psychologia. Zarys podręcznikowy*, Warszawa 1966, t. I.
Terelak J., *Higiena psychiczna i pilot*, Warszawa 1975.
Thille Z., Zgirski L., *Toksykomanie — zagadnienia społeczne i kliniczne*, Warszawa 1976.
Tiepłow B., *Psychologia*, Warszawa 1951.
Timofiejew N., *Oczerki wojennoj psychiatrii*, Leningrad 1962.

Tomaszewski T., *Wstęp do psychologii*, Warszawa 1963.
Ukazanija po wojennoj psichoniewrołogii, Moskwa 1963.
Wieczorek Z., *Neopsychoanaliza i marksizm*, Warszawa 1973.
Wolberg L.R., *Hipnoza*, Warszawa 1975.
Woprosy barby s prestupnostiu. Jeridiczeskaja litieratura, Moskwa 1969.
Załuski Z., *Pamflet na postęp*, „Argumenty" 1973, nr 1, 2, 3.
Ziemska M., *Postawy rodzicielskie*, Warszawa 1973.
Ziemska M., *Podstawowe problemy psychohigieny rodziny*, „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne" 1974, nr 3.
Żyslin G., *Oczerki kliniczeskoj psichiatrii*, Moskwa 1962.

5447

Biblioteka Główna ASC
im. gen. broni K. Świerczewskiego

SPIS TREŚCI

str.

Zdzisław Rydzyński
Wstęp 5

Rozdział I
Zdzisław Rydzyński
Istota i znaczenie higieny psychicznej 7

Rozdział II
Krystyna Borysewicz-Charzyńska, Sławomir Duszyk
Zdrowie psychiczne a rozwój cywilizacji i techniki we współczesnej armii 27

Rozdział III
Anna Kuzitowicz-Pabich
Współczesna rodzina a wojsko 49

Rozdział IV
Józef Jarosz
Alkoholizm ze szczególnym uwzględnieniem jego przejawów w wieku młodzieżowym 68

Rozdział V
Krystyna Borysewicz-Charzyńska
Narkomania młodzieżowa 89

Rozdział VI
Wojciech Gruszczyński
Przestępczość młodzieży 109

Rozdział VII
Wiesława Nizel-Simińska
Samobójstwa młodzieży 133

Rozdział VIII
Apoloniusz Madej
Problemy seksualne wśród młodzieży 146

Rozdział IX
Stefan Swebocki
Stosunki międzyludzkie w wojsku a zdrowie psychiczne 173

str

Rozdział X
Zdzisław Rydzyński
Lęk a zdrowie psychiczne 19

Rozdział XI
Zdzisław Rydzyński
Nerwice 21

Rozdział XII
Kazimierz Migdał
Dobór psychologiczny i jego rola w higienie psychicznej żołnierzy 23

Rozdział XIII
Zbigniew Paleski
Wychowanie wojskowe a zdrowie psychiczne żołnierzy 25

Rozdział XIV
Stefan Cieślak
Działalność specjalistycznych placówek zajmujących się higienią psychiczną w wojsku 28

Rozdział XV
Zdzisław Rydzyński
Realizacja ochrony zdrowia psychicznego w siłach zbrojnych niektórych państw 29

Rozdział XVI
Jacek Stachowiak
Środki dopingujące 30

Rozdział XVII
Apoloniusz Madej
Psychoterapia 32

Rozdział XVIII
Zdzisław Rydzyński
Medycyna psychosomatyczna 34

Rozdział XIX
Romuald Błoszczyński
Niektóre problemy higieny psychicznej w lotnictwie 36

Rozdział XX
Stanisław Kwiatkowski, Wacław Maciulewicz, Stanisław Pełka
Niektóre problemy higieny psychicznej w marynarce wojennej . . 39

Słowniczek mniej znanych pojęć i terminów 41
Zalecane piśmiennictwo 41

Biblioteka Główna
Akademii Obrony Narodowej
P/3502
40-005447-001-0

Biblioteka Główna
Akademii Obrony Narodowej
P/3502
40-005447-001-0