

Zdzisław Rydzyński

problemy zdrowia psychicznego żołnierzy

WMON



Zdzisław Rydzyński

WMON

problemy zdrowia psychicznego [illegible]nierzy

problemy zdrowia psychicznego żołnierzy

Zdzisław
Rydzyński

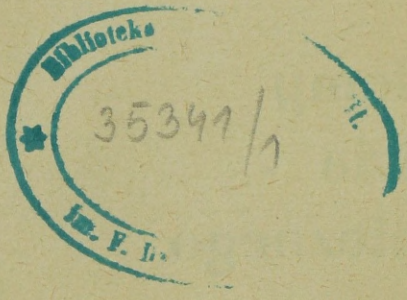
problemy zdrowia psychicznego żołnierzy

WOJSKOWE MON

Okładkę projektowała
TERESA KAMIŃSKA

Redaktor
WANDA DURACZYŃSKA

Redaktor techniczny
JACEK ZYKUS



Wstęp

Książka ta przeznaczona jest dla dowódców, oficerów politycznych, psychologów i pedagogów wojskowych. W pewnym sensie jest ona zatem pracą pionierską, ponieważ do tej pory nigdy na podobną skalę nie starano się przedstawiać osobom wojskowym nie związanym ze służbą zdrowia problemów o tak swoistym profilu.

Fakt ten znajduje swoje wytłumaczenie w pewnych przejawach życia, nie znanych armiom starego typu, stawiających jednak w dzisiejszych czasach dowódców w szczególnych sytuacjach nie tylko w czasie wojny, ale i w czasie pokoju.

W okresie pokoju narastające, głównie pod wpływem technizacji, zmiany w strukturze nowoczesnego wojska potęgują stale wymagania w odniesieniu do psychiki żołnierza, zarówno szeregowca, jak i dowódcy. Warunki wojny wymagania te oczywiście podwyższą, a nie obniżą.

Szeregowy żołnierz wojsk Napoleona mógł być biernym analfabetą, szeregowiec nowoczesnej armii powinien mieć wykształcenie zbliżone do średniego a — prócz tego — specjalne cechy charakteru. Z kolei oficer współczesny staje wobec zadań, które wymagają od niego wyższego wykształcenia w swojej specjalności i bardzo wysokich kwalifikacji ideologicznych i pedagogicznych.

Wzrostu wymagań psychicznych nie można przypisywać zresztą tylko technizacji i mechanizacji armii. Ostra walka psychologiczna, która poprzedza wojnę i jej towarzyszy, również wymaga podwyższenia kwalifikacji psychicznych żołnierza; musi on wszakże być zdolny do racjonalnej selekcji informacji, produkowanych w perfidny sposób przez jawne lub ukryte wrogie agentury, oraz wykazać cechy charakteru, pozwalające znosić trudy przerastające często wyobraźnię przeciętnego człowieka.

Skrupulatna ocena wartości psychicznych żołnierzy jest niezbędna również ze względu na olbrzymie możliwości niszczenia, którymi obecnie dysponują. Sześćdziesiąt lat temu niepełnowartościowy psychicznie żołnierz mógł w razie niekontrolowanego postępowania doprowadzić do zagłady kilku lub kilkunastu osób, obecnie może wywołać śmierć setek lub tysięcy.

Jeżeli jakikolwiek obywatel naszego państwa zechciałby uzyskać pozwolenie na posiadanie broni, odpowiednie władze długo zastanawiałyby się, czy jest on tego godny. Nikomu nie przyszłoby do głowy włożyć broń do ręki psychopaty, schizofrenika, debila lub epileptyka, o ile choroba zostałaby wykryta. Również zresztą przepisy orzecznicze wojskowej służby zdrowia chronią instytucję wojskową przed tego rodzaju osobnikami. Rzecz jednak w tym, że komisje dla poborowych najczęściej nie są w stanie w toku swej działalności określić osobowości badanych. W tej sytuacji niekiedy zdarza się, że nowo wcielony otrzymuje do swej dyspozycji co najmniej wielostrzałowy karabin lub pistolet maszynowy li tylko dlatego, że ukończył 19 lat i nie ma płaskostopia oraz żylaków, widzi, słyszy i ma sprawne umięśnienie.

Każdy, kto przez kilka choćby lat pełnił służbę wojskową, wie, jak wielkie potencjalne niebezpieczeństwo stanowi obecność w pododdziale osobnika niezdrowego psychicznie dla dyscypliny, sprawności bojowej, a w końcu i dla życia towarzyszy broni. Dlatego naczelnym postulatem wszystkich dowódców staje się uzyskanie pewności, że dysponowani przez nich podwładni wykazują właściwy standard psychiczny. Postulat ten, jak to wykażemy później, nie jest jednak łatwy do zrealizowania.

Dowódca i oficer polityczny stykają się w pracy z bardzo różnorodnym materiałem ludzkim. Sprawy, które rozpatrują, stawiają ich częstokroć wobec zaskakujących sytuacji międzyludzkich i zmuszają do wczucia się w zupełnie różny od własnego sposób rozumowania.

W związku z tym muszą się oni szybko orientować co do wartości psychicznej osób, z którymi się stykają. Zachorowalność na choroby psychiczne w ścisłym tego słowa znaczeniu jest w wojsku znikoma, jednakże niewielkie możliwości selekcyjne komisji dla poborowych w stosunku do osób z anomaliami psychicznymi sprawiają, że do wojska stale przedostaje się stosunkowo wysoki odsetek psychopatów, epileptyków, encefalopatów, osobników łagodnie niedorozwiniętych

itp. Wczesne wykrycie ich i usunięcie z szeregów wojska należy właściwie do zadań służby zdrowia, w praktyce jednak najprędzej zaczyna orientować się co do niepełnowartościowości tych żołnierzy aparat dowódczy i polityczny. Od znajomości rzeczy i prężności działania tego aparatu zależy efektywność dalszego postępowania. Lekarz jednostki zwykle jako ostatni dowiaduje się o nieprawidłowych reakcjach żołnierza, o jego bezsensownym postępowaniu lub dziwacznym zachowaniu się. Dlatego bezpośredni dowódca i oficer polityczny muszą mieć umiejętność rozeznania, czy postępowanie żołnierzy, mających wyraźne trudności w szkoleniu lub nie mogących dostosować się do wymogów dyscypliny wojskowej, zależy od złej woli lub lekceważenia obowiązków, czy też od niewydolności psychicznej.

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

Komisje dla poborowych do niedawna nastawione były niemal wyłącznie na ocenę zdrowia fizycznego. Przy ich stylu pracy jedynie bardzo daleko zaawansowane choroby psychiczne lub niedorozwój umysłowy mogły zostać w porę wykryte. Lżejsze zaburzenia uchodziły uwagi, chyba że sam poborowy okazywał nie budzące wątpliwości świadectwo lekarskie, świadczące o jego wadzie psychicznej. Przeprowadzone przez nas w latach 1958—1962 badania, polegające na analizie szeregu orzeczeń GWKL o niezdolności do służby wojskowej, wykazały że w tym czasie przez sito poborowych komisji lekarskich przedostało się niemal 50% niedorozwiniętych, którzy przed tą komisją stawali, a odsetek mężczyzn z wadami charakteru (psychopatów itp.), którzy ujawnili te wady w okresie pełnienia przez nich służby wojskowej, był niemal czterokrotnie większy od odsetka wykrytego podczas poboru. Mimo że w ostatnich czasach styl pracy komisji poborowych uległ poprawie, to jednak należy się liczyć z faktem, że przez wiele

jeszcze lat niemały procent osób niepełnowartościowych psychicznie przedostawać się będzie do wojska.

Na sytuację tę wpływa niekorzystnie pewne zjawisko społeczne, mało znane szerokiemu ogółowi i dlatego warte bliższego omówienia. Otóż szacunkowe i orientacyjne, niemniej dostatecznie ścisłe dane, uzyskiwane z różnych źródeł wskazują na alarmujący fakt coraz silniejszej infiltracji współczesnych społeczeństw przez osoby mało wartościowe psychicznie. Im bardziej nowoczesne jest społeczeństwo, tym wyższy odsetek różnego rodzaju defektów ośrodkowego układu nerwowego oraz nerwic. Większość tych defektów nie jest głęboka i ludzie dotknięci nimi nie wyróżniają się w pierwszym kontakcie od zdrowych. Dopiero praktyka życiowa, a zwłaszcza postawienie ich w trudnej sytuacji, ujawnia anomalię.

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

Dlatego wydaje się słuszne poświęcenie temu zjawisku nieco więcej uwagi. Jest ono głównie następstwem olbrzymiego postępu medycyny XX w., któremu obok pozytywnych osiągnięć towarzyszy szereg nieprzewidzianych skutków ujemnych, a wśród nich przede wszystkim zachwianie naturalnej selekcji. Dzięki szerokiemu zastosowaniu antybiotyków, ulepszeniu metod ratowania wcześniaków, udoskonaleniu opieki nad matką ciężarną, noworodkiem i dzieckiem, podniesieniu ogólnego poziomu higieny i organizacji pomocy medycznej, wprowadzeniu szeregu nowoczesnych leków i metod leczniczych — ratujemy w chwili obecnej masowo dzieci, które jeszcze 30 lat temu skazane były na niechybną śmierć.

Niestety jednak, ratowane przez nas istoty dość często wchodzą w życie z defektem ośrodkowego układu nerwowego. Statystyki krajów wysoko rozwiniętych wskazują rosnące z roku na rok odsetki osobników niedorozwiniętych, upośledzonych charakterologicznie, dotkniętych różnymi zespołami neurologicznymi. Tragizm sytuacji pogłębia fakt, że rozwój ekonomiczno-społeczny współczesnych społeczeństw przyczynia się na całym świecie do zmniejszenia kontroli rodziny nad kształtowaniem się osobowości młodocianych. Na skutek tego osobnicy mniej wartościowi mają mniejsze niż kiedykolwiek możliwości korekcji swoich wad w życzliwym dla siebie kręgu ro-

dzinnym, większe natomiast możliwości ulegania szkodliwym wpływom środowiskowym. Dlatego równolegle do wzrostu liczby osobników małowartościowych psychicznie w bieżącej populacji rosną współczynniki przestępczości.

Odsetek osób z defektem ośrodkowego układu nerwowego (encefalopatów po wczesnodziecięcym uszkodzeniu mózgu różnej natury) wynosi obecnie 10—15% bieżącej populacji i wykazuje stałą tendencję do wzrostu. W chwili obecnej wytwarza się zatem paradoksalna sytuacja: wojsko potrzebuje coraz lepszego materiału ludzkiego pod względem psychicznym, natomiast bieżąca populacja poborowych zawiera coraz wyższe odsetki młodzieży niepełnowartościowej bądź intelektualnie, bądź charakterologicznie.

Niepełnowartościowość psychiczna przejawia się w wojsku głównie trudnościami adaptacji do warunków służby wojskowej. Pod wpływem trudów codziennego życia żołnierze z wadliwą psychiką załamują się, reagując nerwicowo lub psychopatycznie, co objawia się bądź nieoczekiwaną agresywnością lub rezygnacją, bądź niedostosowanym zachowaniem się.

Przypadki złej adaptacji do warunków służby wojskowej zdarzają się zresztą nie tylko u osobników o zdecydowanie wadliwej strukturze osobowości. Należy pamiętać, że nowo wcielani są osobnikami młodocianymi, często nieukształtowanymi psychicznie do końca. Z natury rzeczy są oni bardzo podatni na reakcje nerwicowe, z których równie łatwo wyprowadzić ich odpowiednim postępowaniem, jak i pogrążyć nieprzemyślanymi pociągnięciami. Dlatego pożądane byłoby, aby każdy wychowawca wojskowy orientował się w najistotniejszych problemach psychopatologii.

Do tego dochodzą jeszcze zagadnienia reakcji organizmu ludzkiego na współczesne pole walki. Będą one przedmiotem dokładniejszych rozważań w trzeciej części książki. Można jednak już tutaj wskazać na oczywisty fakt nadmiernych obciążeń ośrodkowego układu nerwowego w czasie działań w polu skażonym radioaktywnie, pod zmasowanym ogniem, w obliczu nowych broni, środków masowej zagłady lub obezwładnienia itp. I tu dowódca musi orientować się, czego może spodziewać się po swoich podwładnych w obliczu tych nadmiernych przeciążeń i co powinien przedsięwziąć, aby nie dopuścić do utraty siły bojowej swojego oddziału.

Część pierwsza

OGÓLNE WIADOMOŚCI Z ZAKRESU PSYCHOLOGII, PSYCHOPATOLOGII I NAUK POKREWNYCH

Ogólne wiadomości z zakresu psychologii

1. WPROWADZENIE

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

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

Funkcje psychiczne chorego człowieka bada i opisuje w zasadzie **psychopatologia,** obok niej jednak zagadnieniem tym zajmuje się również wiele innych dyscyplin, a wśród nich przede wszystkim **psychiatria,** dalej **neurochirurgia, biochemia, genetyka, psychofarmakologia, neuroradiologia** i inne.

W niniejszej pracy nie ma potrzeby szczegółowego omawiania zakresu poszczególnych wymienionych tu nauk. Musimy jednak bliżej sprecyzować określenia tych dyscyplin, które są najbliższe poruszanemu przez nas tematowi, to znaczy zdrowiu psychicznemu.

Termin „psychologia" w zasadzie został już zdefiniowany. Co się tyczy wojska, to szereg armii, w tym także polska, rozbudowuje współcześnie grupy robocze zajmujące się specjalnie psychologią wojskową, to znaczy problemami, które stawia wobec psychiki

ludzkiej środowisko wojskowe w czasie pokoju i wojny.

Psychopatologia jest to nauka, która zajmuje się opisem zaburzeń psychicznych, bez wnikania w materialną przyczynę ich powstawania. Rozróżniamy psychopatologię ogólną i szczegółową.

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

Ponadto szereg gałęzi psychologii zmuszone jest oscylować stale w kierunku psychopatologii ze względu na pograniczne zainteresowania. Tak np. psychologia kliniczna czy psychologia tłumu bardziej zajmują się nienormalnościami niż normą postępowania ludzkiego. Podobnie nauką z pogranicza stała się **higiena psychiczna,** dyscyplina, która zajmuje się poznawaniem przyczyn zachorowalności na choroby psychiczne celem ustalenia norm i sposobów działania, prowadzących do zapobiegania zaburzeniom psychicznym lub opracowania metod powrotu do zdrowia.

W naszym kraju względnie często stawia się znak równości między **psychiatrią** a **neurologią.** Wynikiem tego jest kierowanie osób, wykazujących zaburzenia psychiczne różnego rodzaju, do neurologa zamiast do psychiatry. Zdarza się to szczególnie często w wojsku, gdzie służba psychiatryczna znajduje się dopiero w okresie rozbudowy i wobec tego jest bardzo mało popularna. Nie trzeba tu chyba zbyt szeroko wyjaśniać, że postępowanie takie jest błędne, gdyż **neurologia** (a właściwie **neuropatologia)** jest nauką medyczną, zajmującą się chorobami wykazującymi inne niż psy-

chiczne zaburzenia układu nerwowego. Mianowicie bada ona, opisuje, zapobiega i leczy choroby, które objawiają się porażeniem kończyn, zaburzeniami czucia bólu, dotyku i temperatury, zaburzeniami równowagi, niektórymi wadami wzroku, słuchu i innych zmysłów oraz zanikiem mieśni i drgawkami. Jest rzeczą oczywistą, że w niektórych chorobach neurologicznych obserwuje się również zaburzenia psychiczne, podobnie jak u wielu chorych psychicznie stwierdza się objawy neurologiczne. Ma to jednak w tych wypadkach znaczenie drugorzędne, marginesowe, w związku z czym neurolodzy nie są nastawieni na leczenie zaburzeń psychicznych.

2. PODSTAWOWE WIADOMOŚCI O CZYNNOŚCIACH PSYCHICZNYCH

Czynności psychiczne są funkcją mózgu. Stanowią one swoisty rodzaj funkcji biologicznych, charakterystyczny wyłącznie dla wysoko zorganizowanej tkanki nerwowej.

Niemniej jednak zarówno rozwój psychiki, jak i aktualny jej stan zależą w istotny sposób od całego organizmu — od składu chemicznego, ciepłoty i szybkości przepływu krwi, od czynności płuc, wątroby, nerek, przewodu pokarmowego, gruczołów wewnętrznego wydzielania, a nawet pracy mięśni. O tym należy pamiętać, gdy chce się wprowadzać w życie zasady zdrowia psychicznego. Z obserwacji codziennych każdy, nawet nielekarz wie, że np. zatrucie pokarmowe, przepracowanie fizyczne, zakażenie, choroby narządów wewnętrznych itp. mogą poważnie zakłócić czynności psychiczne. Nadużycie alkoholu jest klasycznym przykładem, jak wprowadzenie do krwiobiegu obcego chemicznie ciała wywołać może krótkotrwałą chorobę psychiczną.

Drugim czynnikiem, który w bardzo istotny sposób wpływa na kształtowanie się i aktualny stan psychiki, jest środowisko społeczne ze wszystkimi jego przejawami. Czynności psychiczne człowieka rozwinęły się w nieosiągalny dla innych zwierząt sposób pod wpły-

Biblioteka Wojsk. Akad. Polit.

wem życia w społeczeństwie. Stąd wszystkie bodźce płynące ze środowiska społecznego mają dla człowieka równie wielkie znaczenie, jak dla zwierząt czynniki biologiczne. Słowo mówione lub pisane, układ stosunków międzyludzkich, poglądy ideologiczne nabrały dla człowieka tej samej siły co zmiany temperatury, infekcja, zatrucie, poskromienie głodu, pragnienie lub zaspokojenie innych potrzeb fizjologicznych. Dlatego przy ocenie stanu jego zdrowia psychicznego — a zresztą i nie tylko psychicznego — brać także trzeba pod uwagę sytuację społeczną.

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

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

Jeżeli chce się być dobrym dowódcą, należy zdobyć na tyle zaufanie swych podwładnych, aby poznać ich prawdziwe życiorysy, a w chwili, gdy wydaje się im rozkazy, zwłaszcza o bardzo istotnej treści, orientować się w ich aktualnym stanie psychicznym. Unika się wtedy wielu niespodziewanych reakcji, prowadzących do czynów uznanych za „wypadki nadzwyczajne".

Szczegółowe omówienie wpływu przebiegu życia na powstawanie zaburzeń psychicznych różnej natury znajdzie czytelnik w dalszych rozdziałach. W tym miejscu chciałbym podkreślić, że życiorys to nie tylko dane z ankiety personalnej, ale i takie pomijane zwykle przez ludzi nie mających do czynienia ze służbą zdrowia szczegóły, jak: sprawa dziedziczności w rodzinach ojca i matki, pożycie rodziców między

sobą, dokładna charakterystyka środowiska rodzinnego i społecznego, postępy w szkole, droga do zdobycia zawodu, przebyte urazy czaszki, infekcje i inne choroby, plany na przyszłość, sprawy rozwoju seksualnego, aktualna sytuacja rodzinna itp.

3. OGÓLNE DANE O PSYCHICE

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

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

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

Wszystkie nasze czynności psychiczne oparte są na zjawisku poznawania otaczającego świata i świata wewnętrznego za pomocą procesów **spostrzegania. Wrażenia i wyobrażenia** — będące produktem spostrzegania — przerabiane są w naszym **umyśle** na **spostrzeżenia,** a następnie za pomocą **abstrahowania** przybierają formę **pojęć.** Oceną ich wartości dla organizmu zajmują się **uczucia,** a **wola** decyduje, jak mamy reagować na określony układ doznań — biernie czy aktywnie; w zasadzie wszystkie te czynności odbywają się przy pełnej

świadomości, aczkolwiek niewątpliwie część naszych działań dokonywana jest poza świadomością.

4. OMÓWIENIE POSZCZEGÓLNYCH FUNKCJI PSYCHICZNYCH

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

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

Jak widać, w procesie poznawania świata obok czynności spostrzegania ogromną rolę spełniają funkcje umysłowe. **Umysł,** czyli intelekt, jest tą składową częścią psychiki, która obejmuje wszystkie działania myślowe. Sprawność umysłu określona została mianem inteligencji.

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

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

Drugą ważną cechą myślenia ludzkiego jest zdolność wiązania różnych faktów w łańcuchy przyczyna-skutek (determinacja). Daje to potężny oręż do poznawania świata i adaptacji do niego. Na przykład skojarzenie faktów: dźwięk nadlatującego samolotu — bombardowanie daje w rezultacie przeświadczenie o konieczności ukrycia się na dźwięk samolotu, bez czekania na moment rozpoczęcia bombardowania.

Pojęcia kojarzą się ze sobą zwykle w związki zdeterminowane doświadczeniem życiowym. Mówimy, że myślimy prawidłowo, jeżeli kojarzenie to odbywa się według przyjętych reguł logiki (to znaczy poprawnego wnioskowania), gdy jest ono powszechnie zrozumiałe i w konfrontacji z rzeczywistością zdaje egzamin.

Procesy myślowe znajdują swoje odbicie w zachowaniu się, a u ludzi także w mowie, która jest formalnym odbiciem naszych myśli w symbolach słownych. Często myśląc posługujemy się również słowa-

mi, aczkolwiek nierzadko proces myślenia odbywa się bez balastu skomplikowanej składni, dzięki czemu może przebiegać bez porównania szybciej. Inaczej mówiąc, może istnieć myślenie bez mowy, chociaż nie może istnieć mowa bez myślenia, ponieważ mowa jest dźwiękowym przedstawieniem symboli myślowych. Mowa sprawna i logiczna jest odzwierciedleniem prawidłowości myślenia. Zaburzenia mowy, o ile nie pochodzą z uszkodzeń ruchowego aparatu (język, krtań, mięśnie jamy ustno-gardłowej), mogą być dowodem zaburzeń procesu myślowego, a zatem choroby umysłowej.

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

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

Pierwsza z nich nosi nazwę zdolności zapamiętywania, czyli pamięci świeżej. Jest to proces przyswajania sobie spostrzeżeń z momentu na moment; dla przykładu — jeżeli odchodzimy od biurka do telefonu, to wracając po odbyciu rozmowy pamiętamy doskonale, gdzie położyliśmy pióro, co odłożyliśmy do szuflady itp. Druga z nich to zdolność magazynowania danych pamięciowych, czyli tzw. pamięć właściwa. Posługiwanie się nią pozwala nam uświadomić rzeczy, które przeżyliśmy lub których nauczyliśmy się przed

laty. Trzecia właściwość pamięci nazywa się zdolnością reprodukcji, czyli przypominania. Niekiedy zdarza się nam, że „mamy coś na końcu języka" — nazwisko, nazwę, a nie możemy sobie przypomnieć. Jest to właśnie przykład na zaburzenie zdolności reprodukcji; mimo że dane pamięciowe zostały przyswojone i zmagazynowane, nie jesteśmy w stanie ich zreprodukować.

Zapisy pamięciowe, mimo iż dotyczą w zasadzie przeżyć doznawanych w pełni świadomości, nie są jednak uświadamiane; mówimy, że od chwili przyswojenia zepchnięte zostają w podświadomość. Niemniej jednak psychika nasza jest „księgą pamiątkową", do której życie zapisuje bez przerwy tysiące informacji. Jeżeli nawet zwykłe zabiegi przypominania zdają się wskazywać, że wiele przeżyć „uleciało z pamięci", to jest to zjawisko tylko pozorne. Badania robione w hipnozie, obserwacje dokonane u ludzi znajdujących się w silnym napięciu emocjonalnym wskazują, że olbrzymie ilości szczegółów rzekomo zapomnianych tkwią w pamięci przez całe życie i przy odpowiednio silnej reprodukcji mogą się ujawnić.

Termin **świadomość** używany jest w psychologii i medycynie jako określenie zjawiska polegającego na **towarzyszeniu zjawiskom psychicznym poczucia ich przeżywania.** Pełne zachowanie świadomości określa się mianem przytomności. Gdy świadomość zachowana jest tylko częściowo, mówimy o półprzytomności, a gdy jest zniesiona — o nieprzytomności. U zdrowych ludzi wymienione wyżej ograniczenia świadomości zachodzą przy usypianiu i śnie.

Wielu uczonych przyrównuje świadomość do strumienia światła i pola widzenia. Jeżeli zastanowimy się głębiej nad zjawiskiem świadomości, to stwierdzimy, że nie wszystko co się wokół nas dzieje uświadomione jest w danym momencie z jednakową siłą. Tak jak w świetle reflektora najlepiej widzimy punkt, na który strumień światła został nastawiony, a przedmioty leżące na obwodzie dostrzegamy tym gorzej, im dalej znajdują się od środka, tak samo uświadamiamy sobie najostrzej to, czym się akurat zajmujemy, natomiast sprawy, które dzieją się peryferycznie, mimo że dochodzą do naszych zmysłów, są ledwie

przez nas dostrzegane. Funkcja kierowania świadomości na określony, najważniejszy w naszym odczuciu w danej chwili przedmiot lub zjawisko jest nazywana **uwagą.**

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

Z zagadnieniem świadomości wiąże się ściśle poczucie własnej odrębności, indywidualności, inaczej mówiąc **jaźni.** Fakt istnienia własnego **ja,** jako czegoś odrębnego od innych ludzi, a jednocześnie równorzędnego w stosunku do drugich osób polega na uświadomieniu siebie jako pewnej izolowanej całości. Wbrew powszechnym sądom, jaźń (świadomość własnego „ja") nie jest czymś wrodzonym, lecz formuje się u człowieka poprzez kontakt społeczny. Śledząc rozwój dziecka widzimy, że do pewnego okresu życia (± 2 — 3 lat) mówi ono o sobie w drugiej osobie, np. „Jasio chce ciu-ciu", „daj Jasiowi misia" itp. Oznacza to, że nie ma ono jeszcze wtedy poczucia własnego „ja". Dopiero w miarę przebywania z innymi ludźmi dochodzi ono do wniosku (uświadamia sobie), że jest przez nich traktowane jako swoisty przedmiot, całość, która ma pewne przywileje i obowiązki, i wtedy zaczyna „widzieć samego siebie" jako samodzielny byt. Innymi słowy człowiek zaczyna uświadamiać sobie, że jest pewnym odrębnym indywiduum, ponieważ jako takie jest traktowany przez społeczeństwo.

Jaźń jest w zasadzie czymś niezmiennym przez całe życie. Jest ona jądrem **osobowości**, która w miarę rozwoju człowieka zmienia się, kształtując coraz inaczej pod wpływem środowiska biologicznego i społecznego.

Przez **osobowość** rozumiemy właściwie całego człowieka ze wszystkimi cechami jego psychiki i ciała, z położeniem nacisku na powiązanie w pewną swoistą całość wszystkich czynności organizmu. O zdrowej osobowości mówić możemy wtedy, gdy czynności psychiczne zarówno między sobą, jak i w spójni z resztą organizmu powiązane są harmonijnie, bez wzajemnych 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 niewątpliwy wpływ także stan całego ciała, czynność gruczołów, krwi, a nawet mięśni i przewodu pokarmowego. Streszcza tę tezę stara rzymska maksyma: *mens sana in corpore sano* — zdrowy duch w zdrowym ciele, a potwierdza ją wiedza medyczna.

Tylko prawidłowo ukształtowana osobowość może zapewnić zdrowie psychiczne. Jedynie bowiem harmonijny rozwój cech psychicznych i cech 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 — bezkonfliktową adaptację do społeczeństwa.

Właściwości te ujmują w taki czy inny sposób wszystkie definicje zdrowia psychicznego, których jest wiele, w zależności od punktu podejścia ich autora. Dla przykładu przytoczę kilka z nich.

J.A. Hadfield: „Zdrowie psychiczne jest pełnym harmonijnym funkcjonowaniem całej osobowości". (1952 r.)

O. Lundbye: „Psychicznie zdrowa jest taka jednostka, która rozwija się w kierunku osobowej dojrzałości. Dojrzałość jest osiągana w takim stopniu, w ja-

kim jednostka może w sposób niezależny i skuteczny pokonać swoje wewnętrzne konflikty, realizować swoje własne cele w życiu i żyć odpowiedzialnie w dobrych stosunkach z innymi".

H. Meng tak charakteryzuje zdrowie psychiczne: „...Zachowanie swej osobowości i jej rozwój, przystosowanie do świata zewnętrznego, aktywne włączanie się w strukturę społeczną, jeśli odpowiada ona słusznym dążeniom człowieka i zdrowej kulturze społecznej, a gdzie to nie wchodzi w rachubę, produktywny wkład do jej zmiany". (1958 r.)

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

E. From uważa, że:

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

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

K. Soddy: „...zdrowy osobnik reaguje na życie bez dokuczliwego wysiłku. Ambicje jego mieszczą się w ramach realnych możliwości. Ma właściwe pojęcie o swych zdolnościach i swych słabych stronach. Potrafi pomóc drugiemu, ale również przyjąć czyjąś pomoc. Przyznaje się do swych błędów i godnie przyjmuje powodzenie. 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". (1950 r.)

O ile definicja zdrowia psychicznego pomimo pewnych trudności da się jednak ująć w jakiś lapidarny zwrot, o tyle definicja niezdrowia jest dużo trudniejsza. Istnieje bowiem wiele stopni 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 stan psychiczny badanej osoby ocenić.

W zasadzie każdy człowiek jest niepowtarzalną in-

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

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

Psychopatologia ogólna

1. POSZCZEGÓLNE OBJAWY ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

ZABURZENIA ŚWIADOMOŚCI

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

Klasycznym przykładem ilościowych zaburzeń świadomości jest objaw zwany **zwężeniem pola świadomości.** Występuje on niekiedy nawet i u ludzi zdrowych, ale opanowanych potężną emocją. W warunkach wojskowych zaobserwować go można np. u żołnierzy będących w „szale bitewnym" lub ogarniętych paniką. Człowiek działający ze zwężonym polem świadomości poddaje się całkowicie jednemu uczuciu (np. lęk, nienawiść, żądza, gniew) i wobec tego nastawia swoje dążenia wybitnie jednokierunkowo na jego zaspokojenie. Uwaga jego skupia się tak dalece na celu bezpośredniego działania, że spostrzega i śledzi tylko przedmiot swoich dążeń. Podniety nie związane z celem dążenia przestają być percepowane. Tak więc ludzie ze zwężonym polem świadomości przestają odczuwać ból, zimno, nie reagują na niebezpieczeństwo, tracą orientację co do miejsca, czasu i otoczenia, przestają krytycznie oceniać swoją sytuację. Obserwacja zarówno ich zachowania, jak i wypowiedzi wskazuje, że są tak bardzo zaabsorbowani jedną ideą, że wszelkie uboczne podniety pozostają poza progiem

świadomości. Po powrocie do normy okazuje się, że zazwyczaj tylko część wypadków bywa zanotowana w ich pamięci.

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

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

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

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

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

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

Przykładem **jakościowych** zaburzeń świadomości mo-

że być bardzo rzadko występujący objaw przemiany (zmiany) osobowości. Widujemy go niekiedy w padaczce, w zespołach po urazie czaszki, w histerii. Polega on na nagłym przekształceniu się osobowości chorego w całkiem inną, nie związaną w ogólnym zarysie z dotychczasową sylwetką psychiczną danego człowieka. Stara osobowość zostaje ukryta w całkowitej niepamięci. Po wystąpieniu przemiany osobowości chory może być zdolny do pracy w nowym zawodzie, podróżowania i wykonywania szeregu innych bardzo złożonych czynności.

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

ZABURZENIA SPOSTRZEGANIA

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

Ze wzmożeniem natężenia funkcji spostrzegania spotykamy się nader często w nerwicach, zwłaszcza w neurastenii, kiedy to zbyt intensywne odbieranie bodźców słuchowych, wzrokowych, a także sygnałów z narządów ciała — serca, płuc, jelit itp. — doprowadza do niemożności uśnięcia lub spokojnego kontynuowania rozmowy czy pracy. Także u ludzi z urojeniami prześladowczymi zdolność spostrzegania faktów, które skłonni są oni wiązać ze skierowaną przeciwko nim akcją, jest zadziwiająco duża. Na przykład chorzy nastawieni na to, że są śledzeni i podsłuchiwani, potrafią zauważyć i zapamiętać każdy gest, każdą minę osób, z którymi przypadkowo przejechali kilka przystanków tramwajem, spostrzegają i zapamiętują każde chrząknięcie i każdą krótkotrwałą przerwę w roz-

mowie z osobą, której się boją, notują sobie w pamięci każdy szelest za ścianą i każde przypadkowe spojrzenie spotkanych w drodze osób. Dzieje się tak dlatego, że w tych nic nie znaczących faktach dopatrują się knowań przeciwko sobie. W niektórych zatruciach (narkomanie i zatrucia przypadkowe) zwykłe postrzeżenia stają się bardziej intensywne, np. barwy przedmiotów są jaskrawsze, zapachy intensywniejsze, szmery przekształcają się w huki, słabe dotknięcie odczuwane jest boleśnie.

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

Zaburzenia jakościowe spostrzegania mają większe znaczenie praktyczne niż zaburzenia ilościowe. Należą do nich głównie **omamy** i **złudzenia.** Zarówno omamy, jak i złudzenia mogą dotyczyć wszystkich naszych zmysłów. Rozróżniamy więc omamy i złudzenia: wzrokowe, węchowe, słuchowe, dotykowe, smakowe oraz tzw. ustrojowe, czyli dotyczące wrażeń dopływających z różnych narządów ustroju (serca, płuc, wątroby, stawów, mięśni, gruczołów itp.). O ile omamy występują wyłącznie u chorych psychicznie, o tyle złudzenia mogą zdarzać się w pewnych specjalnych sytuacjach także u ludzi psychicznie zdrowych.

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

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

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

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

Rodzajem omamów ustrojowych ze strony mózgu są **omamy przenoszenia myśli.** Osoby cierpiące na nie opowiadają, że odczuwają, iż inni ludzie kradną im myśli, narzucają własne myśli, „ugłośniają" ich myśli, oddziałując na nich w drodze hipnozy, telepatii czy „magnetyzmu".

Chorzy bardzo różnie odnoszą się do przeżywanych omamów. Jedni są wobec nich obojętni, innych one denerwują i żenują, jeszcze inni przeżywają je bardzo intensywnie emocjonalnie — lękiem, gniewem, niepokojem. Niektórzy chętnie mówią o tym, co spostrzegają, inni przeżywają halucynacje skrycie, tak że tylko z ich zachowania można się domyśleć, że mają omamy wzrokowe, słuchowe czy smakowe. Znane są wypadki dokonywania zabójstw lub samobójstw pod wpływem głosów nakazujących mord. Konieczną do rozpoznania omamu przesłanką jest stwierdzenie pełnego przekonania pacjenta o rzeczywistym istnieniu spostrzeganego zjawiska lub przedmiotu. Jak z te-

go widać, omamów nie da się usunąć argumentacją słowną, gdyż chory przeżywa je tak realistycznie, że nie wierzy nikomu, aby wrażenia, których doznał, mogły być fałszywe.

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

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

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

ZABURZENIA CZYNNOŚCI MYŚLOWYCH

Tego typu zaburzenia mają bardzo różnorodną postać. Dotyczyć mogą zarówno toku, jak i treści myślenia, mogą mieć charakter ilościowy lub jakościowy, przebiegają zarówno przy zachowanej w pełni świadomości, jak i przy świadomości zniesionej lub przymglonej, powstawać mogą pierwotnie, stanowiąc kanwę dla całej choroby, bądź też wtórnie wikłać rozwiniętą już chorobę psychiczną. Ilościowe zaburzenia toku myślowego wyrażają się przede wszystkim w jego przyśpieszeniu lub zwolnieniu.

Przyspieszenie toku myślowego typowe jest dla tzw. stanów maniakalnych różnej natury. Podstawowym jego przejawem jest przyspieszenie, niejako ułatwienie kojarzeń. Jeśli zjawisko to nie przekracza pewnych

granic, może być nawet korzystne. Jeżeli jednak granice te zostaną przekroczone, wątek myśli rwie się, pacjent przeskakuje z tematu na temat, występuje objaw zwany **gonitwą myśli**. Porozumienie z chorym jest wtedy trudne, gdyż w rozmowie z nim nie tylko zalewa nas potokiem nie zawsze powiązanych w sensowną całość słów, ale i rezonuje, jest pewny siebie, bezkrytyczny.

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

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

U niektórych psychopatów, zwłaszcza młodocianych, spotkać można się z objawem noszącym łaciński termin *pseudologia phantastica (mitomania).* Osobnicy ci, kierując się żądzą imponowania otoczeniu, a niekiedy także chęcią łatwego urządzenia się w życiu, wymyślają o sobie jakąś fantastyczną historię i w barwny sposób opowiadają ją naokoło. Podają się więc np. za zaginioną córkę cara, za jedynego spadkobiercę pewnego milionera, za bogatego cudzoziemca będącego przejazdem w tutejszych stronach, za bohatera ostatniej wojny, który tylko przez skromność nie rozgłasza, że zdemobilizowano go w 1945 r. w stopniu generała i dożywotnią rentę 10 000 zł miesięcznie itp., itp. Wypytywani w związku ze swymi wypowiedziami o bliższe szczegóły snują bez ograniczeń fantastyczne zwierzenia, mające podnieść ich prestiż w oczach słuchaczy.

Bardziej krytyczne otoczenie bez trudu orientuje

się wkrótce, że ma do czynienia z łgarzem, ponieważ najbardziej nawet utalentowani pseudolodzy plączą się wkrótce w swoich wypowiedziach, zapominają, co mówili uprzednio, a rozzuchwaleni dawaniem im wiary puszczają wodze najwierutniejszej fantazji. Wykazują przy tym zwykle daleko posunięty tupet i aktywność, tak że w końcu trafiają w ręce władz sądowych. W zasadzie osoby z *pseudologia phantastica* mają rozeznanie, że kłamią, aczkolwiek w niektórych wypadkach, zwłaszcza po kilku latach podszywania się pod wytworzoną w swej fantazji osobowość, mogą zacząć wierzyć, że są kim innym niż w rzeczywistości i że opisywane sytuacje i fakty istotnie miały miejsce.

Ilościowym zaburzeniom ulega także krytycyzm. Spotykamy się z osłabionym lub zaostrzonym krytycyzmem. Oba te zjawiska mogą dotyczyć wszystkich zdarzeń i faktów lub tylko niektórych. I tak najczęściej spotykamy się z **osłabieniem krytycyzmu** wyłącznie w odniesieniu do wypowiadanych przez chorego objawów psychotycznych (omamów, urojeń). Na przykład chory utrzymuje, że już od 6 lat żona truje go systematycznie dosypując codziennie do śniadania, obiadu i kolacji arszeniku. Nonsens takiej sytuacji jest dla niego niepoznawalny, mimo że do wszelkich innych zagadnień życiowych odnosi się z pełnym krytycyzmem. Jest to objaw wybiórczego osłabienia krytycyzmu.

W psychozach będących następstwem ciężkiego uszkodzenia organicznego mózgu (psychozy starcze, miażdżycowe, pourazowe, kiłowe itp.) bardzo często obserwujemy osłabienie krytycyzmu w ogóle. Przejawia się to w naiwnych sądach, niemożności rozróżniania spraw nieistotnych od spraw ważnych, w uleganiu w ocenie sytuacji myśleniu życzeniowemu, w braku obiektywnego osądu własnej choroby itd. Na przykład chory, który badany przed chwilą nie potrafił dodać 7 do 5, utrzymuje, że gdyby go wypisano ze szpitala, mógłby od razu wrócić na poprzednie stanowisko głównego księgowego, czuje się w pełni zdrowy, a trzymany jest w tutejszym szpitalu z powodu nadmiernej troskliwości żony.

Nadmierny krytycyzm wobec otoczenia wykazują

niektórzy psychopaci oraz chorzy z zespołami urojeniowymi.

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

Urojeniem nazywamy objaw, polegający na pojawieniu się wewnętrznego przekonania o niezwykłej sile, nie opartego ani na żadnych obiektywnych danych, ani na zwykłej pomyłce, i nie ustępującego wobec najbardziej nawet rzeczowej i przekonującej argumentacji.

Szczególnie ostatnia cecha definicji ma bardzo istotne znaczenie, ponieważ każe pamiętać, że wszelkie psychologiczne (psychoterapeutyczne) zabiegi wobec chorych z urojeniami należy traktować jako stratę czasu. Urojenia ustępują wyłącznie pod wpływem leczenia odpowiednimi środkami chemicznymi, razem z całą chorobą.

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

Przykładem **urojeń prześladowczych** łatwych do rozpoznania jest na przykład często głoszone przez chorych twierdzenie, że są prześladowani przez bandę nieprzyjaciół, którzy otaczają ich zewsząd agentami,

zakładają u nich w domu aparaty podsłuchowe, nadają im przez radio specjalne komunikaty, naświetlają z odległości promieniami rentgena itp. Natomiast trudne do rozpoznania są zazwyczaj urojenia prześladowcze typu urojeń niewiary małżeńskiej (występujące szczególnie często w przewlekłym alkoholizmie), zwłaszcza jeżeli warunki domowe sprzyjają zdradzie.

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

Urojenia odnoszące (inaczej: ksobne) polegają na tym, że wszystko co się wokół chorego dzieje odnosi on do własnej osoby („k sobie"). Na przykład jadąc tramwajem jest przekonany, że wszyscy mówią tylko o nim, czytając artykuł o głośnym zbrodniarzu lęka się, że w ten sposób prokuratura daje mu do zrozumienia, że to on może być tym zbrodniarzem itp.

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

Dysymulowane urojenia są z wielu powodów bardzo niebezpieczne, między innymi dlatego, że po pierwsze opóźniają rozpoznanie choroby i ewentualność wyleczenia oraz po drugie czynią chorego niebezpiecznym dla otoczenia; może on przez pewien okres ukrywać

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

urojeniowo wrogie nastawienie do jakiejś osoby, aby nagle odkryć je w formie agresji słownej lub fizycznej. Urojenia mają także bardzo różnorodną interpretację emocjonalną u chorego. Niektórzy bardzo przejmują się i przeżywają je, inni są wobec nich całkiem obojętni i mogą np. mówić zupełnie bez zabarwienia uczuciowego o strasznych prześladowaniach, których doznają, o ciężkich chorobach, które ich toczą, bądź o wielkich zaszczytach, które ich spotykają. Mogą np. twierdzić, że są panami wszechświata, a jednocześnie godzić się na sprzątanie sali pod komendę pielęgniarki.

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

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

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

Urojenia paranoiczne typowe są dla choroby psychicznej zwanej obłędem *(paranoia)*, paranoidalne zaś dla schizofrenii. Przykłady tych urojeń podane są w opisie wymienionych jednostek chorobowych.

Ciekawym i dość często spotykanym zjawiskiem jest tzw. **indukcja urojeń.** Występuje ono zwykle w rodzinach lub w środowisku ludzi ściśle współżyjących ze sobą, jeżeli zachoruje psychicznie osoba, którą reszta otoczenia otacza szacunkiem, z którą się bardzo liczy lub jej podlega. W tych wypadkach zdarza się, że całe najbliższe otoczenie zaczyna wypowiadać z pełnym przekonaniem takie same urojenia. Wezwany lekarz psychiatra staje wtedy w bardzo kłopotliwej sytuacji, gdyż musi umieścić w szpitalu jednocześnie

kilka osób z tego samego środowiska (niekiedy całą rodzinę). Sprawa wyjaśnia się zwykle w ciągu 2—3 dni, gdyż jeśli chorego indukującego oddzieli się od osób indukowanych, a i te ostatnie również rozdzieli się, to ich urojenia ustępują, natomiast u tego pierwszego pozostają.

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

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

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

Należy podkreślić, że — w odróżnieniu od urojeń — chorzy są w odniesieniu do natręctw w pełni kry-

tyczni, a zatem doskonale pojmują, że myśli, które ich zamęczają, mają charakter choroby psychicznej. Natręctwa występują głównie w nerwicach, zdarzać się mogą jednak również i w psychozach. Natręctwa mogą dotyczyć wyłącznie obszaru myślowego lub mogą obejmować także przymus dokonywania pewnych czynności. W tym wypadku mówimy o natręctwach ruchowych (czynnościach natrętnych). Myśli natrętne polegające na powtarzającej się stale obawie, nazywamy **fobiami.**

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

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

Najczęściej występujące fobie to: **agorafobia** — lęk otwartej przestrzeni. Osoby dotknięte tą fobią nie mogą przechodzić przez otwartą przestrzeń — np. plac lub nawet dużą salę — i przemykają się, jak szczury, zawsze pod murami. **Claustrofobia** — lęk zamkniętej przestrzeni; ludzie z tym natręctwem wykazują strach, skoro zamknie ich się w jakimś pomieszczeniu; nie pozwala im to na przykład chodzić do kina, teatru. **Dromofobia** — lęk przed podróżowaniem np. samochodem. **Erytrofobia** — lęk przed zaczerwienieniem się w towarzystwie. **Syfilidofobia** — lęk przed zarażeniem się syfilisem lub chorobą weneryczną w ogóle.

Zupełnie innym rodzajem zaburzeń czynności myślenia niż natręctwa i urojenia są **zaburzenia kojarzeń.** Szczególnie często obserwujemy je w schizofrenii. Chory przestaje kojarzyć słowa ze sobą w zdania,

a zdania ze sobą w całościową wypowiedź według ustalonych zasad logiki i gramatyki, natomiast zaczyna wiązać je zależnie od przypadkowego dźwięku, lub rymu, albo według niezrozumiałej dla innych własnej logiki, nie liczącej się z ogólnie przyjętymi zasadami. Wypowiadanie bezsensownych słów, powiązanych ze sobą na zasadzie rymu, lub rytmu, nazywa się **werbigeracją.** Jeżeli chory wypowiada dziwaczne powiedzenia o sobie tylko znanym znaczeniu, mówimy, że tworzy **neologizmy.** Jeżeli wypowiedzi jego w ogóle nie możemy pojąć, mówimy, że jest całkowicie **rozkojarzony.** Gdy mowa składa się z szeregu zupełnie porwanych słów, bez żadnego sensownego związku, nazywamy taką wypowiedź **„sałatką słowną".**

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

Rozmowa z osobą rozkojarzoną jest bardzo trudna, gdyż chory odpowiada nam niedorzecznie. Wydaje się, jakby mówił nie z nami. Notujemy, że „odpowiada mimo". Ponieważ wyjaśnienie zaburzeń kojarzeń jest trudne, podaję przykłady wyjęte z książki M. Bornsztajna *Wstęp do psychiatrii klinicznej**.

Przykład I (sałatka słowna, werbigeracja). Pacjent mówi: — „Dziękuję — nie chcę pisać — j a w i e m w s z y s t k o — wyjść z tego nie wolno — zabić kogoś tym — jak doktorzy stoją, jak tylko raz otworzy drzwi, to będzie dobrze. *Beschluss von Gott* — siedemnaście miesięcy jestem w szpitalu — po co są kajdany — anszluss — banszluss. Frydman (nazwisko przeczytane w gazecie leżącej na stole) to nic niewarte — ja tego pana nie znam — pieniędzy nic nie warte — rychtyg to jest — ja się nie boję — jak to zrobić — to nic niewarte — dwa jest osobno, jeden to jest trzy — musimy to zrobić — to jest najlepsze itd".

---

* M. B o r n s z t a j n, *Wstęp do psychiatrii klinicznej*, Warszawa 1948, s. 215, 218, 219.

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

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

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

ZABURZENIA PAMIĘCI

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

Osłabienie może dotyczyć wszystkich trzech rodzajów pamięci lub wybiórczo tylko jednego z nich. Rzeczywiste obniżenie pamięci właściwej (czyli zmagazynowanej) świadczy zawsze o poważnym organicznym uszkodzeniu mózgu i występuje przede wszystkim w takich chorobach, jak: psychozy starcze, porażenia postępujące, miażdżyca mózgu, otępienie pourazowe, otępienie po ciężkich zatruciach oraz stanach zapalnych mózgu, guzy mózgu. W cięższych przypadkach chorzy zapominają nawet, jak się nazywają, gdzie mieszka-

ją, kiedy się urodzili, w lżejszych — raczej tylko wiadomości nabyte w szkole oraz dane o znaczeniu ogólnym (daty historyczne, ogólnie znane nazwiska itp.).

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

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

Ta pierwsza forma niepamięci zdarza się na ogół rzadko, przeważnie w histerii. Chory wybiórczo nie potrafi odtworzyć z pamięci wydarzeń, odnoszących się do pewnych faktów lub osób, mimo że w okresie, kiedy te wydarzenia miały miejsce, był on w pełni świadomości. Chodzi tu o pewną patologiczną „cenzurę" emocjonalną, która wzbrania rozważać rzeczy traumatyzujące psychikę. Niepamięć pewnych okresów czasu zdarza się niewspółmiernie częściej. Dotyczy ona tych przeżyć, które miały miejsce w stanie utraty świadomości (np. w półśpiączce, śpiączce, omdleniu). Po urazach czaszki występuje często tzw. **niepamięć wsteczna** oraz **niepamięć następcza (następowa).** Pierwsza polega na tym, że zapomnieniu ulega okres bezpośrednio poprzedzający utratę przytomności, a druga — że zapomnieniu ulega okres bezpośrednio po ustąpieniu utraty przytomności.

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

ZABURZENIA ŻYCIA UCZUCIOWEGO

Ocena, w którym miejscu zaczyna się patologia, a w którym jeszcze jej nie ma, jest szczególnie trudna tam, gdzie w grę wchodzi sfera emocjonalno-popędo-

wa. Zupełnie zdrowi ludzie wykazują często bardzo duże wahania emocji, afektów, nastroju. Na chorobę wskazuje w zasadzie nie tyle głębokość obserwowanych odchyleń od przeciętnej normy, ile przedłużający się czas ich trwania oraz bezzasadność ich pojawienia się.

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

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

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

W niektórych chorobach psychicznych spotkać się można z objawem jednoczesnego przeżywania dwóch przeciwstawnych uczuć **(ambiwalencja),** np. miłości i nienawiści, radości i rozpaczy, bólu i przyjemności, obrzydzenia i pożądania. Prawdopodobnie współistnienie sprzecznych uczuć leży u podstaw innych dziwacznych objawów, takich jak: wyskubywanie kawałków własnego ciała, pożeranie własnych odchodów, dokonywanie z wyraźną uciechą samouszkodzeń itd.

Bardzo często spotykanym objawem psychopatologicznym jest **drażliwość,** polegająca na niekontrolowaniu

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

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

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

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

Jednym z najważniejszych w psychopatologii objawów jest **lęk.** W wielu wypadkach leży on u podstaw

całego skomplikowanego obrazu chorobowego. Lęk jest zresztą objawem spotykanym nader często w chorobach nie mających nic wspólnego z psychiatrią (wewnętrznych, skórnych, oczu itd.), a poza tym odgrywa dużą rolę w fizjologii i psychologii prawidłowej człowieka. Fakt, że proces wychowania człowieka opiera się w dużej mierze na umiejętnym stosowaniu lęku w różnych postaciach, nie jest dostatecznie uświadomiony.

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

Rzadko lęk występuje jako jedyny objaw chorobowy, nawet w nerwicy, która nosi nazwę nerwicy lękowej. Przeważnie towarzyszy depresji, urojeniom odnoszącym, prześladowczym i samoponiżenia, omamom o treści nieprzyjemnej dla chorego, większości symptomów nerwicowych.

ZABURZENIA NAPĘDU PSYCHORUCHOWEGO (SFERA WOLI, DĄŻEŃ I DZIAŁANIA)

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

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

Pobudzenie psychoruchowe przebiega różnie w za-

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

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

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

Podatność na sugestie podlega dużym wahaniom także u ludzi zdrowych i w zasadzie siła jej jest odwrotnie proporcjonalna do krytycyzmu. Ludzie mało krytyczni łatwiej ulegają sugestii. Dlatego niedo-

rozwinięci oraz chorzy z organicznym uszkodzeniem mózgu są bardziej podatni na nakazy, sugestie niż inni. Zjawisko to bywa wykorzystywane w środowiskach przestępczych, gdzie sprytni recydywiści namawiają do współpracy albo do wykonywania „na zlecenie" czynów przestępczych czy nierządu osoby niedorozwinięte lub infantylne.

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

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

Echolalia polega na automatycznym powtarzaniu wszelkich słów, które chory słyszy wokół siebie, a **echopraksja** na naśladowaniu ruchów innych ludzi, którzy znajdują się w najbliższym sąsiedztwie.

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

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

Zaburzenia w przebiegu działań dowolnych typowe

są dla schizofrenii. Należy tu wymienić przede wszystkim **stereotypie** oraz **dziwaczność zachowania się.**

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

2. ZESPOŁY PSYCHOPATOLOGICZNE

Doświadczenie wykazuje, że w wielu wypadkach poszczególne objawy łączą się z sobą w określone zespoły, występując kolektywnie pod postacią swoistych stanów psychopatologicznych. Niektóre z tych zespołów są typowe dla pewnych jednostek chorobowych, przeważnie jednak rozpoznanie zespołu nie daje jeszcze pojęcia o istocie choroby. Wynika to z pewnej ciekawej cechy mózgowia, polegającej na tym, że jest ono w stanie z jednej strony reagować różnie na ten sam bodziec, a z drugiej strony identycznie na różne bodźce. Fakt ten jest zresztą znany i w psychologii — np. taka sama sytuacja (piosenka, towarzystwo pewnych osób, film itp.) w pewnych okolicznościach wywołuje u nas rozbawienie, w innych złości, a jeszcze w innych jest nam obojętna; z kolei zły lub dobry nastrój — identyczny wszak w swojej jakości — wywołać mogą setki, jeśli nie tysiące bardzo rozmaitych bodźców, zarówno psychicznych, jak i fizycznych i chemicznych. Reakcja mózgu jako całości jest wypadkową ogromnej liczby czynników, których aktualnej kombinacji w danej chwili odgadnąć nie sposób.

Znajomość zespołów jest bardzo pożyteczna, gdyż po pierwsze ułatwia rozpoznanie, a więc określa nam

społeczną wagę choroby, po drugie orientuje, czy konieczne jest natychmiastowe umieszczenie w szpitalu czy nie, po trzecie wskazuje lekarzowi, jakie środki objawowe ma podać, aby jak najszybciej „uspokoić" pacjenta.

Na przykład gdy widzimy, że chory wykazuje objawy stanu maniakalnego (tzn. jest gadatliwy, rezonerski, podniecony ruchowo), to wiemy, że wkrótce doprowadzi on do konfliktów i awantur, wobec czego należy go jak najprędzej izolować w szpitalu, jako niebezpiecznego dla otoczenia, i podać mu silne leki obezwładniające; gdy widzimy, że chory jest depresyjny (tzn. bardzo smutny, załamany, spowolniały), to wiemy, że nie będzie co prawda niebezpieczny dla otoczenia, ale będzie niebezpieczny dla siebie — jest on potencjalnym samobójcą, wobec czego należy go również umieścić w szpitalu; jeżeli stwierdzimy u pacjenta zespół neurasteniczny (objawy wyczerpania nerwowego), to raczej staramy się go badać i leczyć ambulatoryjnie i odkładamy decyzję co do hospitalizacji, aż wyjaśni się przyczyna choroby.

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

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

ZESPÓŁ MANIAKALNY — (SYNONIMY: STAN MANIAKALNY — MANIA)*

Zasadnicze cechy: a) wzmożone samopoczucie aż do urojeń wielkościowych,

b) przyspieszony bieg myśli aż do gonitwy myśli,

c) pobudzenie ruchowe (gestykulacja, hałaśliwość, bezsenność).

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

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

Stan maniakalny nie zawsze przybiera tak ostre formy, wszystkie jego objawy mogą być bardziej stonowane, kontakt z chorymi lepszy, a liczba konfliktów ze środowiskiem mniejsza. Mówimy wtedy o **stanie hypomaniakalnym.** Łagodnie zaznaczone cechy maniakalne określamy mianem **błogostanu,** czyli **euforii.**

ZESPÓŁ DEPRESYJNY

Jest on odwrotnością stanu maniakalnego.

Cechują go: a) samopoczucie obniżone aż do urojeń samoponiżenia i tendencji samobójczych,

b) tok myśli zwolniony,

c) zahamowanie ruchowe.

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

ZESPÓŁ MAJACZENIOWY (DELIRIUM, STAN DELIRYJNY)

Jest to bardzo często występujący zespół, rokujący zwykle pełne wyleczenie i świadczący o ostrych, ale niegłębokich, biochemicznych zmianach w komórkach mózgu. Towarzyszy nierzadko wysokiej gorączce, występuje również w chorobach zakaźnych, przebiegających z niską ciepłotą, w alkoholizmie (tzw.

„biała gorączka"), w zatruciach etyliną, czadem, spalinami, wilczą jagodą, w niektórych chorobach narządów wewnętrznych, jak np. wątroby, nerek, układu krążenia krwi.

W zespole tym występuje przymglenie świadomości, pociągające za sobą zaburzenia orientacji co do czasu i otoczenia oraz częściową niepamięć przebytych stanów. Najbardziej typowym objawem są bardzo liczne omamy, przeważnie wzrokowe, oraz złudzenia wzrokowe, słuchowe i dotykowe. Nastrój bywa przeważnie obniżony, często występuje lęk, niekiedy jednak chorzy wykazują wisielczy humor. Mogą pojawiać się okresowo urojenia, przeważnie prześladowcze. Chorzy są niespokojni, pobudzeni ruchowo (ale nie agresywni). Zrywają się z łóżka, chcą uciekać, rozmawiają głośno z urojonymi osobami. Omamy wzrokowe mają często zmienione wymiary (np. pacjenci widzą całe stada maleńkich słoni albo olbrzymich mrówek) oraz są zazwyczaj bardzo kolorowe. Przedstawiają zwykle całe sceny z życia, w których chory osobiście bierze udział. Przeżywane są niesłychanie realistycznie, tak, że całe zachowanie chorych wskazuje na udział w takiej „scenie".

ZESPOŁY UROJENIOWE

Do najczęściej występujących stanów psychopatologicznych należą zespoły urojeniowe. Rozróżniamy zasadniczo dwa ich rodzaje: **stan paranoidalny,** typowy dla schizofrenii, złożony z urojeń paranoidalnych, **stan paranoiczny,** typowy dla obłędu *(paranoia),* złożony z urojeń paranoicznych (patrz: urojenia, schizofrenia, *paranoia).* Zespoły urojeniowe mogą wystąpić właściwie w każdej psychozie, a więc także i reaktywnej, infekcyjnej, po urazie czaszki, intoksykacyjnej.

ZESPÓŁ NEURASTENICZNY

Typowy jest dla nerwicy, zwanej neurastenią, występuje jednak niekiedy także w początkowym okresie różnych psychoz organicznych, jak: w porażeniu postępującym, zatruciach zawodowych (ołowiem, cza-

dem, etyliną, dwusiarczkiem węgla itp.), w miażdżycy tętnic mózgu itd.

Objawy przyjęto dzielić na psychiczne i cielesne (somatyczne).

Objawy psychiczne:

a) Rozdrażnienie, niepokój, przechodzący niekiedy w nieokreślony lęk, płaczliwość.

b) Uczucie przemęczenia, małowartościowości, niemożność skupienia uwagi przy pracy.

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

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

e) Przygnębienie, aż do stanu głębokiej depresji.

Objawy somatyczne dotyczą różnych zakłóceń ze strony funkcji układu wegetatywnego:

a) „Skaczące" bóle w różnych narządach.

b) „Bicie" serca, ucisk lub bóle w okolicy serca, przyspieszone tętno, niskie ciśnienie krwi, różne zaburzenia naczynioruchowe.

c) Zaburzenia w wydzielaniu potu, np. zlewne poty pod wpływem wzruszeń.

d) Bóle głowy.

e) Zaburzenia układu pokarmowego.

f) „Neurastenia seksualna" — u pacjentów obserwujemy różnorodne zakłócenia czynności płciowych. U kobiet oziębłość płciową, u mężczyzn brak wzwodów, czyli impotencję. Impotencji towarzyszyć może wzmożony pociąg płciowy, co szczególnie męczy pacjenta, utwierdzając go w mniemaniu o swej małowartościowości. Objawia się również przedwczesnym wytryskiem bądź zanikaniem wzwodu prącia tuż przed włożeniem go do pochwy.

ZESPÓŁ PSYCHOORGANICZNY

Stwierdzenie tego zespołu sygnalizuje organiczne uszkodzenie mózgu znacznego stopnia, które spowo-

ROZDZIAŁ III

Psychopatologia szczegółowa

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

Wbrew powszechnie przyjętym mniemaniom urazy psychiczne nie grają najważniejszej roli wśród czynników wywołujących schorzenia psychiczne. Ciężkie przeżycia, zawody życiowe, niemożność dostosowania się, wyczerpanie powodują powstanie jedynie nerwic i psychoz reaktywnych. Nerwice są co prawda schorzeniem bardzo pospolitym, ale do psychiatry trafiają rzadko, natomiast psychozy reaktywne należą do jednych z najrzadziej spotykanych chorób.

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

U źródeł powstania większości chorób psychicznych

leżą czynniki nie mające pozornie nic wspólnego z życiem psychicznym. Są to: infekcje ogólnoustrojowe i układu nerwowego, zatrucia różnego rodzaju, urazy czaszki, zaburzenia przemiany materii, wady rozwojowe, guzy mózgu itp. Bardzo często na powstanie choroby psychicznej składa się kilka przyczyn, działających nieraz na mózg w różnym czasie. Na przykład: doznany we wczesnym dzieciństwie (np. przy porodzie) uraz mózgu pozostawia po sobie trwałe organiczne zmiany, które jednakże w okresie dzieciństwa i młodości kompensowane są przez pełne sił witalnych, zdrowe połacie tkanki nerwowej. W miarę starzenia się, nawarstwiania się coraz to nowych urazów, intoksykacji, infekcji, pogarszania się ukrwienia itp., możliwości adaptacyjne i kompensacyjne ośrodkowego układu nerwowego maleją i wówczas nowy, niewielki pozornie uraz jakiegokolwiek rodzaju wywołać może groźne zaburzenia psychiczne. W zasadzie nawet w chorobach, w których czynnik wywołujący jest znany i zawsze ten sam, obraz kliniczny i przebieg psychozy mogą u poszczególnych ludzi znacznie się różnić ze względu na te właśnie właściwości ich mózgowia i całego organizmu, które przez całe życie podlegają wszakże rozmaitym, często trudnym do ustalenia zmianom.

Wart uświadomienia i zapamiętania będzie wynikający z powyższych rozważań wniosek, że na powstanie, obraz kliniczny i przebieg każdej choroby psychicznej wpływa nie tylko

1) bezpośredni czynnik chorobotwórczy, ale także
2) stan, w jakim znajdował się ośrodkowy układ nerwowy w chwili zadziałania nań bodźca chorobotwórczego,
3) stan całego organizmu,
4) wiek chorego,
5) szczególne okoliczności, w jakich działał czynnik chorobotwórczy,
6) odziedziczone właściwości ośrodkowego układu nerwowego.

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

Jako ilustracja postawionej powyżej tezy może posłużyć przykład mechanizmu powstawania obłędu

opilczego („białej gorączki"). Jest rzeczą powszechnie znaną, że alkohol zarówno w dawkach jednorazowych, jak i używany przewlekle powoduje zaburzenia psychiczne. (Szczegółowy opis zmian psychopatologicznych etiologii alkoholowej podany jest dalej). Zasadniczym problemem nie jest fakt, że alkohol wywołuje „białą gorączkę", ale: dlaczego nie wywołuje jej u wszystkich pijących? W rzeczywistości bowiem jedynie znikomy odsetek nadużywających alkoholu cierpi na *delirium tremens*. Postawić można jeszcze drugie pytanie: Dlaczego jedna osoba dostaje *delirium* po roku upijania się, a inna dopiero po 15 latach picia? Otóż odpowiedzi na te pytania stają się łatwe, jeżeli poza etiologią alkoholową rozważy się w każdym wypadku także pozostałe czynniki, określające chorobę.

Badania statystyczne wykazały, że wszelkiego rodzaju zaburzenia psychiczne pochodzenia alkoholowego, a w tym także obłęd opilczy, rozwijają się znacznie częściej u tych osób, u których stwierdza się urazy czaszki, neuroinfekcje itp. Ponadto na wczesne wystąpienie tych zaburzeń oraz ich głębokość, uporczywość itd. ma także niewątpliwy wpływ wydolność wątroby, nerek i układu krążenia, na przykład osobnicy z chorą wątrobą intensywniej zatruwają się alkoholem niż zdrowi. Duże znaczenie ma również wiek. Na *delirium* stosunkowo częściej zapadają młodociani, a następnie starsi, u których występują objawy starzenia się organizmu. Ważnym wreszcie czynnikiem prowokującym wybuch psychozy są takie sprzyjające okoliczności, jak głód i przemęczenie, rozwijająca się akurat infekcja, np. zapalenie płuc, przeziębienie, przegrzanie, uraz psychiczny.

Reasumując, można z całkowitą pewnością założyć, że osobnik nadużywający alkoholu, u którego stwierdzono szereg urazów układu nerwowego różnej natury i który od lat choruje na niewydolność wątroby, a ostatnio przechodzi jakąś infekcję, ma statystycznie rzecz biorąc niewspółmiernie większe szanse zachorowania na „białą gorączkę" niż inny alkoholik, nie wykazujący podobnych zmian w organizmie. Tak więc najczęściej działanie jednego tylko czyn-

nika przyczynowego nie wystarcza do wywołania psychozy. Musi on trafić na odpowiednio podatne podłoże, w sensie trwałej lub okresowej małej wartości układu nerwowego. Nie dotyczy to oczywiście tych wypadków, w których czynnik uszkadzający jest tak natężony, że przekracza wszelkie możliwości obronne organizmu.

Ze względu na istnienie w psychopatologii szeregu kierunków teoretycznych, ujmujących zaburzenia psychiczne z różnego punktu widzenia, istnieją pozornie spore różnice w klasyfikacji chorób psychicznych przez poszczególne szkoły, co znajduje odbicie w drukowanych na świecie podręcznikach. W niniejszej pracy zastosowałem podział mający najbardziej praktyczne znaczenie i w możliwie najprostszy sposób ujmujący bardzo trudne i częstokroć nie dość jeszcze przez naukę wyjaśnione problemy chorób psychicznych.

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

1. **Trwałymi anomaliami psychiki,** których objawy dają się prześledzić od wczesnego dzieciństwa do końca życia.

2. **Procesami chorobowymi,** których początek daje się prześledzić dopiero od pewnego momentu życia, do którego to momentu dana osoba uważana była za zdrową.

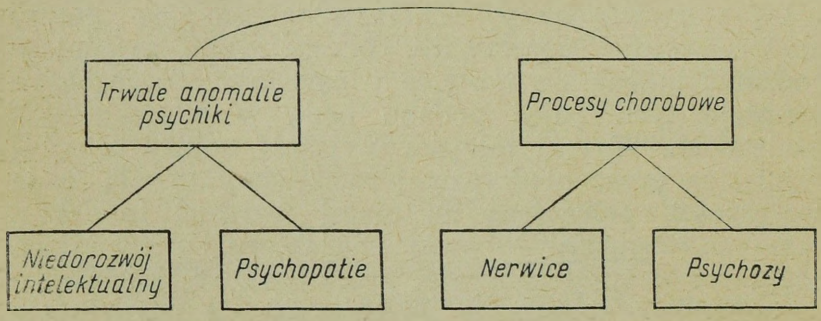
Do pierwszej grupy schorzeń zalicza się formy niedorozwoju i psychopatii. Drugą grupę zasadniczo podzielić można na nerwice i psychozy. Szczegółowe definicje tych pojęć podane będą w odpowiednich rozdziałach. W tym miejscu wyjaśnić należy orientacyjnie, że przez niedorozwój rozumiemy trwałą wadę osobowości, polegającą na małej wartości intelektu, przez psychopatię — wadę charakteru, utrudniającą adaptację w społeczeństwie, przez nerwice ilościowe — czynnościowe zaburzenia psychiczne, nie powodujące w zasadzie głębszego zerwania więzi ze środowiskiem, a przez psychozy głębokie — ilościowe i jakościowe zaburzenia psychiczne, powodujące znaczną deformację osobowości chorego oraz zerwanie przez niego na cały czas choroby więzi społecznych.

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

Nerwice powodowane są przez uraz psychiczny. Co się tyczy psychoz, to przyjęto je dzielić według zasadniczych przyczyn, które je wywołują. Tak więc ogólnie podzielić je można na endogenne i egzogenne, a te drugie z kolei na reaktywne, infekcyjne, intoksykacyjne, pourazowe i inne (które tu można pominąć).

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

Graficznie przedstawić można klasyfikację zaburzeń psychicznych jak na schemacie 1.



Schemat 1. Zasady podziału zaburzeń psychicznych

1. TRWAŁE ANOMALIE PSYCHIKI

NIEDOROZWÓJ UMYSŁOWY

Niedorozwój umysłowy jest stanem zejściowym różnych chorób, prowadzących do uszkodzenia mózgu w okresie płodowym, w czasie porodu i w pierwszych kilku latach życia. Chodzi tu zarówno o wady rozwojowe, jak i o infekcję, zatrucia i braki w odżywieniu w czasie ciąży, oraz różnego rodzaju uszkodzenia mózgu w czasie porodu i po porodzie, zapalenia mózgu i opon mózgowych, zatrucia, urazy czaszki we wczesnym dzieciństwie. W następstwie przebycia tych chorób dochodzi do trwałego upośledzenia czynności intelektualnych, wyrażającego się typowymi objawami (o których niżej) oraz obniżonym wskaźnikiem inteligencji przy rozwiązywaniu odpowiednich testów psychologicznych. W oparciu o praktykę dzielimy wszystkie postacie niedorozwoju bez względu na ich przyczynę według stopnia głębokości zmian psychicznych na 3 grupy.

I tak osoby, u których nie dochodzi w ogóle do rozwoju mowy, nazywamy **idiotami** albo **kretynami.** Osoby, u których stwierdza się prymitywny rozwój mowy, ale które nie są zdolne przyswoić sobie najprostszych wiadomości szkolnych, nazywamy **imbecylami** albo **głuptakami.** Osoby, które potrafią opanować wiadomości mniej więcej 5 oddziałów szkoły powszechnej, wyuczyć się prymitywnego zawodu, ale zarówno praktyka życiowa, jak i badanie testowe wykrywają u nich niezdolność do abstrakcyjnego myślenia, samodzielnego działania i krytycznej oceny bardziej skomplikowanych sytuacji, noszą miano **debilów** albo **ograniczonych.**

W **idiotyzmie** głębokie upośledzenie psychiki znajduje swój wyraz w tępym wyrazie twarzy, nieproporcjonalnej budowie czaszki i ciała, nieporadnym chodzie, wadliwej koordynacji ruchów. Idiota starszy wiekiem dysponuje zwykle kilkoma szczątkowymi wyrazami, służącymi do oznaczania prymitywnych stanów emocjonalnych, np. zadowolenia lub niezadowolenia, gniewu, głodu itp. Większość jest niemrawa,

jakby odrętwiała, bywają jednak idioci wykazujący tendencje niszczycielskie, podnieceni ruchowo. Nie ma mowy o żadnym przystosowaniu ich do samodzielnego bytu, pracy, zabawy; potrafią najwyżej sami jeść, utrzymywać czystość, rozróżniać przedmioty.

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

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

Debilizm cechuje przede wszystkim brak zdolności

do abstrakcyjnego myślenia. Wynika z tego obniżony krytycyzm w ogóle, a w szczególności w stosunku do własnej osoby. Osobnicy debilni obdarzeni są często wygórowanymi ambicjami, tłumacząc spowodowane własną małą wartością niepowodzenia życiowe zmową niechętnych sobie ludzi lub nieszczęśliwym układem sytuacji. Prowadzi to nieuchronnie do konfliktów z otoczeniem. Niemożność przewidywania skutków, niezdolność rozróżniania rzeczy istotnych od mało ważnych, brak umiejętności planowania i organizacji nie pozwalają debilom na zajmowanie samodzielnych stanowisk. Jeżeli powodowani ambicją dochodzą niekiedy do kierowniczych funkcji, kończy się to zawsze katastrofą.

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

W nowoczesnym wojsku, które jest twardą szkołą życiową i stawia żołnierza zarówno wobec wielu trudnych sytuacji, jak i wobec konieczności ciągłego szkolenia się, ograniczeni umysłowo szybko ujawniają swoją małowartościowość, wskutek czego wytwarza się wobec nich nieprzychylna atmosfera. Z jednej strony przełożeni są z nich niezadowoleni, co wyraża się nikłą liczbą przepustek i pochwał, a dużą liczbą kar różnego rodzaju, z drugiej zaś strony koledzy szybko podchwytują ich słabości i robią z nich przedmiot drwin i poniewierki. Prowadzi to w rezultacie do prymitywnych protestów pod postacią samowolnych oddaleń, prób samobójczych, przekroczeń dyscyplinarnych innego rodzaju. Wczesne rozpoznanie niedorozwoju u żołnierza zapobiega licznym wykroczeniom w pododdziale, podnosi stan dyscypliny i zapobiega rozpadowi kolektywu. Ujawnienie debilizmu pociąga za sobą zwolnienie żołnierza z wojska, ponieważ przepisy orzecznictwa wojskowo-lekarskiego przewidują wykluczenie ograniczonych intelektualnie z szeregów.

Przez psychopatię rozumieć należy trwałe odchylenie struktury osobowości od normy w zakresie uczuć i woli. Intelekt może pozostać u psychopatów w normie. O ile rozpoznanie niedorozwoju jest względnie łatwe — zarówno klinicznie, jak i laboratoryjnie (testy) — o tyle rozpoznanie psychopatii napotyka często duże trudności. Wahania uczuciowości są bardzo wielkie nawet u ludzi z normalną psychiką, przy czym zależą one nie tylko od stałych właściwości charakteru, lecz także od aktualnego splotu sytuacji i stosunków społecznych. Bardzo często psychopatię rozpoznajemy dopiero wówczas, gdy u osobnika rozwinie się tzw. „sytuacyjna reakcja psychopatyczna".

Najlepszym badaniem diagnostycznym dla psychopatii jest zebranie szczegółowych danych biograficznych. W życiorysach psychopatów napotkać można wiele sytuacji konfliktowych, których są oni sprawcami. Uzewnętrznia się to pod postacią ciągłych zmian miejsca pracy i zamieszkania, trudności w ukończeniu studiów, usuwania ze szkół, zatargów z MO, rozwodów, targnięć na swoje życie, a w wojsku — samowolnych oddaleń, licznych kar dyscyplinarnych, przeniesień itp. Wybitny egocentryzm osób psychopatycznych nie pozwalą im prawidłowo ocenić własnego postępowania. Dlatego cierpią podwójnie, gdyż narażeni na ciągłe konflikty — tłumaczą je zmową otoczenia, czują się zaszczuci i wiecznie zagrożeni. Wielu autorów podkreśla, że jedną z zasadniczych cech psychopatii jest też „inność" — w porównaniu z osobami normalnymi — zachowania się. Psychopaci ulegają łatwo prymitywnym popędom, reagują z przesadną żywością na wszystkie bodźce środowiskowe, usiłują zaspokajać swoje ambicje bez względu na ewentualne kolizje z interesami innych osób, dochodzą swoich zachcianek za pomocą kłamstw, oszustw i przewrotności, są teatralni, żądni poklasku, często aspołeczni. Przy tych wszystkich, w zasadzie negatywnych, cechach osobowości bywają często bardzo inteligentni, jedno- lub wielokierunkowo uzdolnieni, ujmujący przy powierzchow-

nym kontakcie. Umiejętnie ustawieni mogą być pożyteczni, aczkolwiek w większości przypadków są jedynie ciężarem dla społeczeństwa. Amerykański psychiatra Cleckley tak określa podstawowe cechy osobowości psychopaty:

a) Jego niepowodzenie w życiu jest pozornie niezrozumiałe.

b) Obdarzony jest przeciętnym, często nawet wybitnym poziomem inteligencji. Jego zachowanie, oceniane ogólnie, wydaje się irracjonalne, nie można tego jednak wiązać ze stanem umysłowym. Odnosi chwilowe sukcesy w pracy, ostatecznie jednak większość jego przedsięwzięć nieodmiennie kończy się niepowodzeniem.

c) Zachowuje się często w sposób aspołeczny bez zrozumiałego powodu (np. osobistej korzyści). Zachowanie to naraża go równocześnie na stałe zawody i przynosi mu szkodę w ostatecznym rachunku.

d) Jest nieodpowiedzialny (w znaczeniu potocznym, nie w znaczeniu prawnym). Sprawia nieodparte wrażenie człowieka rzetelnego i godnego zaufania, potrafi jednak, obarczony najpoważniejszą nawet odpowiedzialnością czy zobowiązaniami, sprzeniewierzyć się z zupełnie błahego powodu, tracąc i burząc wszystko co zyskał i zbudował („wpadki" nie zdarzają się oczywiście za każdym razem — czasem o nieodpowiedzialności świadczy jedynie podjęte ryzyko).

e) Kłamie, ilekroć uzna to za dogodne, lekceważąc realną możliwość wyjścia na jaw kłamstwa. Niekiedy nie sposób dopatrzeć się, jaką korzyść ze swojego kłamstwa chciał wyciągnąć.

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

g) Nie potrafi korzystać z doświadczeń (uczyć się na własnych błędach). Mimo sprawnego rozumowania, jakie demonstruje w kwestiach teoretycznych, mimo

umiejętności przewidywania, z jaką omawia swoje plany na przyszłość — wykazuje krańcowo niewłaściwy osąd, kiedy przychodzi mu brać rzeczywisty udział w życiu. Ilość doznanych przez niego zawodów i przykrości nie ma znaczenia; nie potrafi z tych doświadczeń wyciągnąć wniosku, jak unikać sposobów zachowania, które doprowadziły do niepowodzenia.

h) Reaguje na alkohol w sposób niestosowny lub dziwaczny. Niektórzy z nich nie piją wcale, najczęściej jednak biorą udział w „popijawach", w czasie których alkohol wydaje się katalizować ich skłonności do nieprzyjemnego, błazeńskiego lub destrukcyjnego zachowania.

i) Nie ma „wglądu" we własne zachowanie, nie potrafi dojrzeć jego istoty: przyczyn, właściwego znaczenia, konsekwencji itd. Sądząc z tego co mówi o sobie, mogłoby się wydawać, że zna siebie. Jednak jego zachowanie demonstruje raz po razie, że nie rozumie dobrze tego, co mówi. Wygląda to często na pusty werbalizm. Wyraźnie nie umie spojrzeć na siebie i swoje zachowanie, tak jak patrzą na to inni, nie umie prawidłowo ocenić szkód i zmartwień, których przysparza innym.

j) Stale powraca do sposobów zachowania, które przynoszą jemu szkodę. Wydaje się niekiedy, jakby świadomie porzucał poprzednio obraną drogę, z której wydawał się zadowolony, na której osiągnął czasem znaczne sukcesy i celowo zmierzał ku katastrofie. Dobrowolne szaleństwo, bankructwo życiowe, stale ponawiana nieuzasadniona agresja zarówno przeciw najbliższemu, jak i szerokiemu otoczeniu społecznemu — tworzą zagmatwaną konstrukcję, która może sprawić na kimś wrażenie obłędu.

k) Ma powierzchowny, bezosobowy stosunek do życia seksualnego. Jego doświadczenia seksualne są pospolite, pozbawione głębszej wartości uczuciowej. Sposób, w jaki podchodzi do związanych z życiem seksualnym wymogów społecznych, jest przeważnie niewłaściwy. I tutaj trudno czasem zrozumieć motywy, którymi się kieruje, podobnie jak trudno zrozumieć motywy jego licznych zawstydzających, nieuczciwych, podłych postępków.

l) Jest niezdolny do miłości. Uczucie to pojawia się u niego efemerycznie, jest jakby niedorozwinięte. Mimo że potrafi być serdeczny, czuły, stwarzać atmosferę ciepła uczuciowego, deklarować przywiązanie, oddanie, jest nawet skłonny do wielu drobnych wyrzeczeń, równocześnie jednak jest niezdolny do złączenia się z kimkolwiek głębokim związkiem uczuciowym. Typowe sytuacje stanowiące miernik głębi uczucia ujawniają ich powierzchowność, ukazują „gruboskórność" i „brak serca".

m) Poważne zamachy samobójcze popełnia rzadko. Obce mu jest przeżycie „klęski życiowej" czy stan głębokiej depresji, prowadzącej osoby z innymi zaburzeniami do samobójstwa. Często natomiast może grozić samobójstwem lub dokonywać samobójczych demonstracji.

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

Cechy charakteru psychopatów sprawiają, że stają się oni udręką pododdziałów, mają ciągłe konflikty z przełożonymi, naruszają permanentnie przepisy dyscyplinarne i porządkowe, oskarżani są o wichrzycielstwo, niewykonywanie rozkazów, oporność, krnąbrność itp. Cięższi psychopaci z reguły stają się już po kilku miesiącach pełnienia służby przedmiotem zainteresowania sądownictwa wojskowego. Nic więc dziwnego, że wojsko zwalnia ich. Natomiast w czasie wojny psychopatów wciela się do wojska i w wielu wypadkach przynosi to korzyść obu stronom. Osobnicy ci znajdują bowiem w warunkach walki możliwość wyżycia się i zaspokojenia żądzy przygód; w niektórych wypadkach dają przykłady prawdziwego bohaterstwa. Często jednak sukcesy psychopatów wiążą się z tak poważnymi wykroczeniami dyscyplinarnymi i wybrykami, że nawet w warunkach wojennych stają się oni zawadą pododdziału.

Poważne trudności rodzą się przy próbach klasyfikacji psychopatii. Dotychczas ogłoszono na świecie

kilkadziesiąt różnych podziałów i żaden z nich nie okazał się zadowalający. Wynika to prawdopodobnie z niemożności ujęcia etiologicznego tej anomalii; podaje się głównie klasyfikacje oparte na opisie objawów klinicznych.

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

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

a) Psychopaci egocentryczni, przeceniający swoje „ja", stale zajęci sobą, niezdolni do koleżeńskiego współżycia. Wielu z nich już w życiu cywilnym zachowuje się dziwacznie, stosuje „naukowe" diety, przyjmuje „zioła", wielu należy do sekt, a zwłaszcza do świadków Jehowy. W wojsku skarżą się na niemożność spożywania ciemnego chleba itp., przerywają służbę wojskową częstymi wizytami w ambulatoriach lub w oddziałach szpitalnych.

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

c) Psychopaci, którzy sprawiają — początkowo — wrażenie normalnych. Potrafią oni zyskać sympatię oficerów (wskutek umiejętności towarzyskich, schlebiania itp.), ale w toku służby wojskowej zawodzą, okazują się ludźmi próżnymi.

E. i M. Bleuler (1943) dzielą psychopatów na: pobudliwych, niestałych, żądnych ważności, sensytywnych, uczuciowo chłodnych, dziwacznych, cykloidów, epileptoidów, schizoidów, antyspołecznych, pseudologów, rzekomych pieniaczy, zboczeńców płciowych.

Psychopaci pobudliwi. Cechują ich niewspółmierne do siły bodźca reakcje uczuciowe. Z zupełnie błahych powodów wpadają w gwałtowny, niepohamowany gniew, w czasie którego mogą być niebezpieczni dla siebie i otoczenia.

Niestali. Cechuje ich wielka zmienność nastroju, brak wytrwałości i duża podatność na sugestie. Są oni kapryśni, w pracy niesystematyczni, ciągle szukają nowych wrażeń. U tego rodzaju psychopatów rozwijają się z łatwością narkomanie — kokainizm, morfinizm, alkoholizm itp.

Kłamcy i oszuści. Cechuje ich wzmożona fantazja, przy czym nie są w stanie rozgraniczać ściśle świata urojonego od rzeczywistego. Z najlepszą wiarą wypowiadają nieprawdopodobne kłamstwa, wierząc natychmiast w to co powiedzieli. W zachowaniu wykazują chęć „błyszczenia", imponowania. W pracy charakteryzuje ich brak systematyczności i wytrwałości oraz lekkomyślność. Obraz ten odpowiada zespołowi *pseudologia phantastica.*

Dziwaczni. Są to ludzie szukający odosobnienia, zamknięci w sobie, marzyciele. Wykazują duży chłód uczuciowy i rezerwę wobec otoczenia. Mają bardzo wysokie mniemanie o sobie. Obraźliwi, nieufni.

Psychopaci o zmienionym chorobliwie nastawieniu seksualnym **(zboczeńcy).** Najczęściej spotykane zboczenia to:

1. Homoseksualizm — popęd do osobników tej samej płci.
2. Ekshibicjonizm — obnażanie swych narządów płciowych wobec płci przeciwnej. Wstyd i wstręt widzów powoduje u ekshibicjonisty zadowolenie płciowe.
3. Fetyszyzm — doznawanie zadowolenia seksualnego przy oglądaniu lub dotykaniu pewnych przedmiotów, np. bucików, włosów, bielizny itp.
4. Pedofilia — popęd płciowy do dzieci.
5. Sodomia — popęd płciowy do zwierząt.
6. Narcyzm — przeniesienie popędu płciowego na siebie samego. Łączy się z tym niekiedy uporczywy onanizm (masturbacja).
7. Sadyzm — zadawanie bólu partnerce (partnerowi) podczas stosunku.

Daleko posunięty sadyzm polega na tym, że dla zboczeńca stosunek płciowy nie jest konieczny do wywołania orgazmu, wystarcza zadawanie ran osobnikowi płci przeciwnej. Sadyzm prowadzi często do ohydnych mordów.

8. Masochizm — uzyskiwanie zadowolenia płciowego podczas doznawania bólu od partnera.

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

Terminy takie, jak: **cykloidzi, epileptoidzi, schizoidzi, rzekomi pieniacze** — odnoszą się do psychopatów, których charakter przypomina swym obrazem klinicznym utrwalone na stałe cechy charakteru osób cierpiących na odpowiednie psychozy: w przypadku cykloidii — chorych na psychozę maniakalno-depresyjną, epileptoidii — epileptyków, schizoidii — schizofreników, rzekomych pieniaczy — paranoików. Ponieważ psychozy te są opisane dalej, pomijam w tym miejscu ich charakterystykę.

Wychodząc z założenia, że szczegółowe opisy obrazu klinicznego nie mają dla wojska żadnego znaczenia, natomiast istotne w tym wypadku jest to, czy dany psychopata utrzyma się w warunkach dyscypliny wojskowej, zaproponowaliśmy w roku 1958 wraz z płk. W. Steinem* dzielenie, dla celów wojskowo-medycznych, psychopatii na 3 grupy: ciężka oraz średniego i nieznacznego stopnia.

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

O psychopatii nieznacznego stopnia mówimy wtedy, gdy osobnicy ci łatwo adaptują się i trudno ulegają dekompensacji. W stosunku do nich nie trzeba stosować specjalnych środków wychowawczych, poza stosowanymi zwykle w oddziale wojskowym. Utrzy-

---

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

mują się oni w ramach dyscypliny wojskowej, dość zręcznie unikając konfliktów i kar. Jeśli zdarzają się u nich reakcje psychopatyczne, to są to incydenty bardzo rzadkie, krótkotrwałe niegroźne. Najtrudniejsze jest, oczywiście, określenie psychopatii o średnim nasileniu. Ogólnie można powiedzieć, że osobników z tą anomalią cechuje chwiejność zarówno zdolności kompensacyjnych, jak i adaptacyjnych. Wymagają specjalnego postępowania z nimi, gdyż stosunkowo łatwo wpadają w konflikty z ustalonymi rygorami wojskowymi, a z drugiej jednak strony — wykazywać mogą szereg uzdolnień korzystnych dla wojska, na przykład przejawiać męstwo, poświęcenie, odwagę, spryt, zdolności organizacyjne i inne, dużą ambicję itp.

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

W związku z różnymi poglądami na etiologię psychopatii coraz więcej autorów proponuje, aby pojęcie „psychopatia" ograniczyć wyłącznie do tych przypadków, w których można wykryć organiczne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.

Uczony polski, prof. Bilikiewicz, proponuje natomiast, aby te formy wad charakteru, które uwarunkowane są organicznie, określać osobną nazwą „charakteropatie", rezerwując nazwę „psychopatia" dla postaci, wywołanych niewiadomymi przyczynami, być może nawet dziedzicznymi lub wrodzonymi, których — na obecnym etapie wiedzy — nie jesteśmy w stanie wykryć, ale które związane są jakby konstytucjonalnie z danym osobnikiem, objawiając się u niego od wczesnego dzieciństwa do starości. Inni autorzy wyróżniają obok organicznie i konstytucjonalnie uwarunkowanych wad charakteru również postacie, które powstały przez wadliwe ukształtowanie osobowości w następstwie błędów wychowawczych. Nazywają je oni socjopatiami. Powyższa klasyfikacja ma pewne znaczenie praktyczne, ponieważ ogólnie rzecz biorąc socjopatie rokują lepsze szanse na wyleczenie.

2. PSYCHOZY POCHODZENIA ENDOGENNEGO

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

Wobec tego w gruncie rzeczy wyrażenie „endogenny" oznacza tyle samo, co „niewiadomego pochodzenia". Przypuszcza się, że chodzi tu o przekazany genetycznie wadliwy system przemiany materii, prowadzący z czasem do pewnego rodzaju samozatrucia układu nerwowego, który przestaje wówczas prawidłowo funkcjonować.

W każdym razie w psychozach endogennych proces chorobowy pojawia się i postępuje niemal niezależnie od warunków środowiska, zarówno u ludzi dotychczas zdrowych fizycznie i szczęśliwych, jak i sfrustrowanych i cieleśnie chorych. Ma to duże znaczenie dla orzecznictwa rentowego, gdyż w wypadku rozpoznania psychozy endogennej stwierdzamy brak powiązania ze środowiskiem, w którym dana osoba dotychczas przebywała, np. brak związku z pełnieniem służby wojskowej.

Bardzo groźną i trudną do leczenia psychozą endogenną jest schizofrenia.

Schizofrenia jest jedną z najczęściej spotykanych chorób psychicznych.

Na oddziałach psychiatrycznych schizofrenicy stanowią zwykle mniej więcej połowę wszystkich chorych. Statystyka wykazuje, że na chorobę tę zapada średnio 0,85% ludności. Przyczyny tej choroby są nieznane. Badania zdają się wskazywać, że u podstaw schizofrenii leży wadliwa przemiana białek w organizmie, na skutek czego dochodzi do przewlekłego samozatrucia.

Nazwa tej choroby pochodzi od greckich słów — *schizein* — rozszczepienie i *fren* — umysł, osobowość. Uważa się bowiem, że najbardziej istotną kliniczną cechą schizofrenii jest zachwianie równowagi pomiędzy współdziałaniem intelektu, uczuć i „woli", czyli

rozszczepienie osobowości chorego. W większości bowiem przypadków schizofrenii intelekt długo pozostaje nietknięty, podczas gdy znacznemu upośledzeniu ulega „wola" i uczuciowość.

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

Objawy zależą od postaci tej choroby. Rozróżniamy 4 postacie:

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

a) **W schizofrenii zwykłej** na pierwszy plan wysuwa się powoli narastające stępienie uczuciowe. Chory uprzednio żywotny, pracowity, objawiający zainteresowanie nauką, sztuką, stopniowo coraz bardziej obojętnieje, opuszcza się w pracy, przestaje interesować się losem rodziny, kinem, teatrem, książkami. W końcu nie chodzi do pracy, siedzi w domu, unika towarzystwa, izoluje się zupełnie od otoczenia, zaniedbuje pod względem higienicznym. Ponieważ krytycyzm ma zachowany, silniej indagowany stara się umotywować swoje postępowanie, najczęściej jednak w sposób bezsensowny.

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

dostają się do szpitali już po wielu miesiącach trwania choroby. Po dłuższym czasie obok stępienia uczuciowego zaczyna rozwijać się otępienie intelektualne.

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

Bardzo typowymi dla schizofrenii paranoidalnej są różnego rodzaju zaburzenia toku myśli. Jedni pacjenci skarżą się na ciągłą pustkę w głowie, „uciekanie" myśli i to właśnie w tej chwili, gdy chcą coś powiedzieć. Inni twierdzą, że mają w głowie ogromny natłok myśli, które kłębią się, kotłują i co chwila rwą. Bardzo wielu chorych ma uczucie, że myśli, które odczuwają, nie są ich własne, lecz nadawane przez obce osoby do ich mózgu, czy to w konkretny jakiś sposób — np. za pomocą radia czy innych, nieznanych maszyn — czy to w sposób niewiadomy. Bardzo często chorzy twierdzą, że nie tylko myśli ich są poddane czyjejś woli, ale i wszystkie ich czynności — akcja serca, ruchy, chód itd. kierowane są przez innych — chory mówi coś i następnie wyraża zdziwienie, jak mógł coś podobnego powiedzieć — widocznie ktoś inny mówił przez niego.

Schizofrenicy doznają także często wrażenia, że pozamieniano im części ciała — zęby, włosy, serce, nogi itp. Nierzadko schizofrenicy prowadzą jakby podwójne życie — orientując się w rzeczywistym czasie, miejscu i przestrzeni, prowadzą jednocześnie drugie własne życie w urojonym świecie. Najczęściej kryją się z tym lub przynajmniej nie afiszują. Uważając jednak życie urojone za bardziej wartościowe, izolują się od oto-

czenia, zamykają w sobie, tworząc własny, oderwany od społeczeństwa światek. Objaw ten nazywamy **autyzmem.** Jest on bardzo typowy dla schizofrenii w ogóle, a w szczególności dla schizofrenii paranoidalnej.

c) **Postać katatoniczna** zaczyna się nagle, najczęściej w okresie dojrzewania płciowego. Przeważnie początkowo występuje podniecenie ruchowe: chorzy drą wszystko na sobie, gryzą, powtarzają w kółko to samo zdanie. Podniecenie może przejść w osłupienie katatoniczne, kiedy to chory miesiącami leży bez ruchu lub stoi w dziwacznej pozycji. Łączy to się często z katalepsją — chory utrzymuje godzinami przydane mu pozy. Czasem chory może nagle ocknąć się z osłupienia i popełnić jakiś gwałtowny czyn. Poza tym chory może być we względnym kontakcie z otoczeniem, ale występują u niego inne objawy katatonii — negatywizm czynny lub bierny — automatyczna uległość rozkazom itd. Zachowanie jest wybitnie dziwaczne: chory wykonuje niedostosowane do nastroju grymasy lub wciąż te same ruchy kończynami, pisze godzinami to samo zdanie na papierze itp. Schizofrenia katatoniczna ma często przebieg okresowy po stanach zaostrzenia następują tzw. remisje — zwolnienia, w czasie których pacjent jest niemal zupełnie zdrów.

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

O wiele częściej od opisywanych tu czystych postaci schizofrenii obserwuje się formy mieszane, np.: prostą

z urojeniami, urojeniową z objawami katatonicznymi itd.

PSYCHOZA MANIAKALNO-DEPRESYNA (SYNONIM: PSYCHOZA OKRESOWA LUB CYKLOFRENIA)

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

OBŁĘD (*PARANOIA*)

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

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

Początkowo nikt nie podejrzewa, że ma do czynienia z chorym psychicznie. Paranoik, w czasie potocznej rozmowy z nim, sprawia wrażenie zupełnie zdrowego, jest zwykle (do czasu) świetnym pracownikiem, potrafi zachować się swobodnie i rzeczowo. Objawy chorobowe wychodzą na jaw dopiero wtedy, gdy rozmowa zahaczy o jego „chore punkty". Wtedy nieoczekiwanie dowiadujemy się na przykład, że nasz rozmówca jest

przekonany, iż z powodu jego nadzwyczajnych zdolności zawodowych wszyscy koledzy wiedzeni zazdrością utworzyli tajny związek, mający na celu zniszczyć go materialnie, a potem może nawet i zgładzić. Używają do tego różnych sposobów, które chory szczegółowo omawia. Rozpoznaje on swoich wrogów po ich uśmiechach, porozumiewawczych spojrzeniach, charakterystycznych gestach, a nawet pewnych cechach ubioru.

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

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

Odróżnia się szereg form obłędu, uzależnionych od wpływu środowiska, w którym chory przebywał. Dość pospolity jest **obłęd pieniaczy,** którego bezpośrednią przyczyną bywa zwykle przegrana sprawa sądowa. Chory mimo błahego wyroku czuje się głęboko pokrzywdzony, wobec czego stale apeluje, ściąga coraz to nowych świadków, skarży sąd o stronniczość, wikła się w nowe sprawy itd.

Poza obłędem pieniaczym dość często spotyka się **obłęd wynalazczy** i **obłęd z urojeniami niewiary małżeńskiej.** W pierwszym wypadku pacjent twierdzi, że wynalazł niezwykłą maszynę itp., a zawistni wrogowie nie chcą dopuścić do jej opatentowania. W drugim — jeden z małżonków posądza drugiego o zdra-

dę, przy czym rzekome dowody zdrady mają wszelkie cechy urojeń. Na przykład niezbitym dowodem zdrady są podkrążone oczy, chęć zapalenia papierosa w czasie rozmowy z mężem, który niespodziewanie wrócił do domu, wymienione spojrzenie z przygodnie spotkaną osobą płci przeciwnej itp. Chorzy z urojeniami niewiary małżeńskiej całymi godzinami śledzą współmałżonka, sypiają z siekierą pod łóżkiem, aby zabić rywala, gdy się w nocy będzie skradać do żony, zakładają pasy cnoty, przywiązują się na noc do współmałżonka, aby nie pozwolić mu się nawet na moment oddalić od siebie itp.

Obłęd prawdziwy jest chorobą względnie rzadko spotykaną. Natomiast dużo częściej spotyka się stany paranoiczne, wywołane reaktywnie lub na skutek zatruć (alkohol), urazów czaszki i innych bodźców egzogennych. Mogą one łudząco przypominać prawdziwy obłęd.

PSYCHOZY INWOLUCYJNE

Psychozy inwolucyjne dzielimy na: a) psychozy okresu przekwitania (klimakteryczne, od słowa *climax* — przekwit), b) psychozy przedstarcze i c) otępienie starcze.

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

Na szybkość i intensywność procesu starzenia duży wpływ ma nie tyle wiek, ile warunki, w których człowiek przebywa, tryb życia, rodzaj pracy itd. Alkoholizm, nadużycia seksualne, ciężka, jednostajna praca, głód, infekcje, zatrucia zawodowe, pokarmowe, inne ciężkie choroby somatyczne, ciężkie przeżycia psychiczne — wszystkie te czynniki przyspieszają i po-

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

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

a) **Zaburzenia psychiczne okresu przekwitu** mogą mieć początek przewlekły, najczęściej jednak rozpoczynają się nagle, wyzwolone jakimś ciężkim przeżyciem (np. śmierć bliskiej osoby, aresztowanie itd.), infekcją (grypa, angina), intoksykacją. Czynnikami zwiększającymi możliwości wybuchu psychozy są: przemęczenie, alkoholizm, wyniszczenie organizmu chorobą somatyczną lub niedojadaniem, niedobór witamin itp.

Najczęściej chorzy popadają w stan depresji — stronią od otoczenia, przestają jeść, opuszczają się pod względem ubioru i czystości. Poczucie choroby jest nie tylko zachowane, ale nawet i przesadzone — wypytywani, skarżą się na dolegliwości wszystkich narządów. Od depresji typowej dla psychozy depresyjno-

maniakalnej różni się depresja okresu przekwitu tym, że twarz chorych nie wyraża zwykle tak głębokiego smutku, lecz raczej lęk; poza tym chorzy nie są zahamowani ruchowo, a raczej odwrotnie — występuje u nich niepokój ruchowy. Są oni trwożliwi, niespokojni, ulegają często urojeniom samooskarżenia i grzeszności — twierdzą, że z powodu grzechów popełnionych dawniej są potępieni za życia, nie ma dla nich ratunku ani nadziei, powinni jak najprędzej umrzeć, aby uwolnić otoczenie od swego hańbiącego towarzystwa.

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

b) **Psychozy przedstarcze** cechuje z jednej strony burzliwy przebieg, a z drugiej strony dołączanie się do zasadniczych zespołów psychopatologicznych mniej lub więcej nasilonych objawów otępiennych — zaburzeń pamięci, orientacji, osłabienia ogólnego krytycyzmu, chwiejności uczuciowej itp. Stosunkowo najczęściej obserwuje się w okresie przedstarczym zespoły depresyjne i urojeniowe. O ile psychozy okresu przekwitu rokują zasadniczo dobrze, o tyle psychozy przedstarcze przechodzą często w otępienie starcze, rokując w związku z tym dużo gorzej.

c) **Otępienie starcze** jest następstwem zmian zwyrodnieniowych w komórkach mózgowia, które rozpoczynają się zwykle po 70 roku życia, niekiedy nawet po 60 roku. Czołowym objawem jest tu stopniowo pogłębiający się zespół psychoorganiczny: pamięć słabnie, zdolność zapamiętywania ulega dużemu upośledzeniu, orientacja co do miejsca, czasu i otoczenia jest poważnie osłabiona, krytycyzm obniżony, chory wpada co chwila w inny nastrój — od głębokiego smutku do niespodziewanej radości. Stanowi temu towarzyszą konfabulacje. Chorzy stają się w typowy sposób egoi-

styczni — stają się obojętni na losy otoczenia, przestają pracować, domagają się troskliwej opieki, dobrego wyżywienia, stają się skąpi. Często występuje przy tym nadmierne pobudzenie seksualne skierowane przeważnie do małoletnich. W dzień chorzy są senni, natomiast w nocy nie mogą zasnąć, krzątają się, stają się gadatliwi.

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

3. PSYCHOZY POCHODZENIA EGZOGENNEGO

Zaburzenia tego typu powstają w następstwie zadziałania szkodliwych czynników ze środowiska zewnętrznego, spoza organizmu. Czynniki te mogą być bardzo różnej natury. Ogólnie biorąc dzielimy je na:

a) urazy psychiczne
b) zatrucia środkami uszkadzającymi tkankę nerwową
c) infekcje (choroby zakaźne) układu nerwowego
d) urazy mechaniczne czaszki.

Większość psychiatrów choroby wywołane urazem psychicznym rozpatruje oddzielnie jako „zaburzenia psychiczne reaktywne" ze względu na ich swoisty charakter. Z tego względu także i w tym podręczniku omawiamy je osobno.

Często zdarza się, że bodźce różnej natury wywołują zaburzenia psychiczne bardzo zbliżone do siebie pod względem klinicznym. Niemniej jednak w większości wypadków czynnik przyczynowy swoiście rzutuje na obraz, co w końcu pozwala na klasyfikowanie zaburzeń psychicznych egzogennych według ich etiologii.

CHOROBY SPOWODOWANE URAZEM PSYCHICZNYM

Zaliczamy do nich **nerwice** i **psychozy reaktywne.** Bliższego wyjaśnienia wymaga samo pojęcie urazu

psychicznego. Należy je traktować bardzo szeroko i z uwzględnieniem indywidualnych cech człowieka, który urazu tego typu doznaje. Urazem psychicznym jest niewątpliwie wielkie nieszczęście, jak np. śmierć kogoś bliskiego, ale dla konkretnej osoby urazem o nie mniejszej sile działania może być nawet słowo, w zasadzie obojętne w swej treści dla wszystkich innych. Gwałt dokonany na porządnej dziewczynie jest dla niej wielkim wstrząsem, gwałt na prostytutce nie wyzwala w jej psychice żadnych większych zaburzeń. Poza tym, jak wykazały badania Pawłowa i jego uczniów, siła reakcji na uraz psychiczny zależy od typu układu nerwowego człowieka.

Poważne zmiany w psychice wywołują nie tylko urazy o jednorazowym gwałtownym działaniu. Równie niebezpieczne następstwa mogą mieć drobne, ale stale, przez długi okres czasu powtarzające się przykrości, zawody i niepowodzenia życiowe, które skrycie niszczą w nas stopniowo odporność psychiczną, wywołują stan frustracji. Nerwice, wywołane w ten ostatni sposób, noszą obrazową nazwę „nerwic korozyjnych" od słowa „korozja" oznaczającego powolne niszczenie konstrukcji metalowych pod wpływem niedostrzegalnych z dnia na dzień działań atmosferycznych.

Uraz psychiczny jest czynnikiem szkodliwym wybiórczo tylko w odniesieniu do psychiki. Nie można nim (bezpośrednio) uszkodzić wątroby, kości czy płuc. Jednakże w odniesieniu do procesów psychicznych może on mieć siłę niszczącą odpowiadającą wybuchowi wulkanu lub powodzi. Bez względu na formę tego urazu — a bywa nim słowo, dźwięk, obraz, przeżycie emocjonalne o większym lub mniejszym ładunku uczuciowym i inne — działanie jego może być natychmiastowe lub przeniesione w czasie na okres dni, tygodni miesięcy lub lat. Niekiedy osoba poddana urazowi psychicznemu orientuje się w pełni co do jego istoty, niekiedy zaś może on działać z głębi podświadomości przekształcony tak znacznie, że trudno związać go z przebytą kiedyś konkretną, uszkadzającą psychikę sytuacją.

Frustracją nazywamy stan emocjonalnego napięcia, objawiający się mniej lub więcej jawnym niezadowo-

leniem z życia, spowodowany niepowodzeniami w osiągnięciu pożądanych celów życiowych. Większość urazów psychicznych ma swoją genezę w wadliwych układach społecznych. Bezproduktywna zawiść, pieniactwo, złośliwe utrudnianie sobie życia nawzajem, niesprawiedliwe traktowanie podwładnych, podejrzliwość, donosicielstwo, obłuda, wadliwie ustawione życie seksualne, niehigieniczny tryb życia, narkotyzowanie się alkoholem, tytoniem itp. — wszystkie te codziennie spotykane, typowe dla współczesnego społeczeństwa błędne postawy międzyludzkie i nałogi stwarzają niewątpliwie nerwicorodną sytuację, na którą narzeka się obecnie w całym cywilizowanym świecie.

Nerwice (psychonerwice). W chwili obecnej „nerwica" i „psychonerwica" to określenia synonimowe. Terminy te odnoszą się w swej treści do jednego z najbardziej skomplikowanych i najbardziej ważnych działów nie tylko psychopatologii, ale i medycyny.

Wydaje się, że nie będzie przesady, jeżeli psychonerwice nazwiemy nie tylko najbardziej rozpowszechnionymi, lecz także i najbardziej charakterystycznymi chorobami XX wieku. Doniesienia z całego świata podkreślają stały wzrost występowania zarówno schorzeń, które od dawna nosiły miano nerwic, jak i szeregu innych, które do niedawna tradycyjnie traktowane były jako cielesne, a których psychogenny charakter ustalono w miarę postępu wiedzy; dla przykładu wymienić można nadciśnienie samoistne i chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy.

Podkreślić zresztą należy, że dokładnych statystyk, potwierdzających te ogólne spostrzeżenia brak. Składa się na to wiele przyczyn. Najważniejsze z nich to:

— Większość chorych na psychonerwice nie trafia nigdy do szpitali, w związku z czym nie są oni dokładnie opisani, przebadani i zarejestrowani.

— Większość chorych ambulatoryjnych stara się leczyć prywatnie, co wypływa z natury ich choroby: wyolbrzymiania objawów, lękliwości, przesadnie złego przekonania o swym stanie, braku wiary w wiedzę lekarską, potrzeby sugestywnego traktowania itp. Z tych samych powodów duży odsetek pacjentów leczy się również u znachorów. Jak zaś wiadomo, tajemnice

gabinetów prywatnych, a tym bardziej znachorskich, nie przedostają się do powszechnie dostępnych statystyk.

— Dużemu odsetkowi tych chorych postawiono fałszywe rozpoznanie — przeważnie rejestrowani są jako osobnicy cierpiący na inną chorobę.

Mimo tych zastrzeżeń przybliżone statystyki niemieckie, szwajcarskie i amerykańskie określają odsetek pacjentów, którzy zgłaszają się do lekarzy bez jakichkolwiek zmian organicznych, na 50—80%. W naszym kraju odsetek ten jest być może niższy, na pewno jednak dość wysoki, aby problem psychonerwic uznać za alarmujący.

Podanie krótkiej, zamkniętej w jednym zdaniu definicji nerwicy wydaje się zbyt trudne. Dlatego przedstawię zestawienie najważniejszych charakterystycznych cech tej choroby, występujących zawsze bez względu na różnorodne jej postacie.

Do swoistych cech psychonerwic zaliczamy:

1. Urazy psychiczne jako czynnik wywołujący.
2. Brak objawów uszkodzenia organicznego tkanek, a w szczególności ośrodkowego układu nerwowego.
3. Zaburzenia psychiczne o charakterze zmian ilościowych, a nie jakościowych; osobowość nie zmieniona.
4. Większość zaburzeń dotyczy życia emocjonalnego; zaburzenia te (lęk, depresja, brak stabilizacji uczuć) zdają się być pierwotnymi objawami, na których kanwie rozwijają się następnie inne.
5. Poczucie choroby zachowane, a nawet wyolbrzymione.
6. Zmiany psychiczne, a także fizyczne, w zasadzie odwracalne, bez pozostawienia następstw.
7. Przebieg przewlekły, tendencje do nawrotów.
8. Obraz kliniczny przeważnie odpowiada któremuś ze znanych zespołów nerwicowych, a w szczególności:
   a) neurastenii
   b) histerii
   c) psychastenii
   d) nerwicy z natręctwami
   e) nerwicy ze skargami hipochondrycznymi

   lub przyjmuje inną postać.

O rozpoznaniu nerwicy decyduje stwierdzenie

wszystkich spośród wymienionych cech występujących w zespole. Poszczególne punkty pozwalają odrzucić przy różnicowaniu inne choroby lub zespoły, bardzo często ogromnie zbliżone do nerwic obrazem lub etiologią.

Dla lekarza ogólnie praktykującego, a także dla ogółu pacjentów wyrażenie „psychonerwica", a jeszcze bardziej „nerwica", ma przede wszystkim pewien czysto praktyczny sens — oznacza ono, że mimo psychogennej przyczyny choroby pacjent nie jest jeszcze w całym tego słowa znaczeniu chory psychicznie. Inaczej mówięc, 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.

Poniżej podaję opis kilku najczęściej spotykanych nerwic:

Neurastenia jest nerwicą spowodowaną wyczerpaniem komórek kory mózgowej nadmiernym obciążeniem. Przyczyną jest długotrwałe przemęczenie psychiczne i fizyczne, do którego dołączają się drobne, ale przykre i ciągle powtarzające się urazy psychiczne. Jest to więc choroba dyrektorów, 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 widocznie 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.

Objawy: jak w zespole neurastenicznym (patrz część ogólna). W okresie początkowym chorzy skarżą się przede wszystkim na brak opanowania, wybuchowość, płaczliwość, rozdrażnienie, zaburzenie snu i osłabienie potencji. Do tego dołączają się liczne zaburzenia wegetatywne jak: „bicie" serca i bóle w okolicy serca, bóle głowy, zaburzenia jelitowe, skłonność do rumienienia się i blednięcia. Neurastenik mimo zaznaczonego już wyraźnie obrazu chorobowego może niezwykle wydajnie pracować, co pozostaje w wyraźnej sprzeczności z nieustannymi jego skargami pod adresem swego zdrowia.

W odróżnieniu od innej nerwicy — histerii — neurastenicy zwierzają się jedynie osobom zaufanym, a przed szerszym otoczeniem ukrywają wstydliwie swe kłopoty.

Zbyt intensywna praca prowadzi w końcu neurasteników do całkowitego załamania, kiedy to przechodzą oni okres bezsilności i nieprzydatności życiowej. Wystąpić może głębokie przygnębienie aż do depresji. Pojawić się mogą lęki, fobie i natręctwa, wrażenie utraty pamięci, niemożność skupienia uwagi. Objawy te potęgują się sztucznie, ponieważ pacjenci nadmiernie je analizują.

Histeria jest nerwicą o bardzo skomplikowanym i różnorodnym obrazie klinicznym. Wydaje się, że przed kilkudziesięciu laty zbyt szeroko i łatwo rozpoznawano tę chorobę, dzięki czemu stała się ona bardzo modna i przyjęła 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".

Objawy: 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 nienaturalności, teatralności; chory wyraźnie „gra" swoją chorobę przed otoczeniem. Z tego powodu histerycy są z reguły 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 odczucie choroby. Co prawda szuka w niej ucieczki przed trudnościami życiowymi, ale celowość produkowanych objawów jest nieświadoma. Traktowanie histeryków jako symulantów pogarsza ich stan zdrowia i opóźnia wyleczenie.

Objawy histerii są najbardziej różnorodne i mogą imitować różne cierpienia cielesne i psychiczne. Z tego względu nazywa się tę 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, znikają zaś, gdy pacjent jest sam. Histeryk jakby starał się wzbudzić współczucie dla swej choroby, udowodnić wszystkim, że jest śmiertelnie chory.

2) Drażliwość i uleganie sugestii, to znaczy podatność na słowo mówione.

3) Brak wytrwałości, niechęć do rozumowego pokonywania trudności życiowych. Histerycy nie potrafiąc znaleźć wyjścia z trudnej dla nich sytuacji, reagują płaczem, krzykiem lub porażeniami histerycznymi.

Spośród najczęściej spotykanych objawów histerii wymienić należy:

1) Napady drgawkowe — przypominające duże napady drgawkowe w padaczce.

2) Różnego rodzaju porażenia, będące następstwem lokalnych ognisk zahamowania w korze mózgowej — porażenia rąk, nóg, zaniemówienie lub ogłuchnięcie histeryczne, znieczulenie np. połaci skóry okrywanej skarpetką, rękawiczką itp.

3) Napady krzyku, śmiechu, czkawki, podniecenia ruchowego itp.

4) „Psychozy histeryczne" — noszą one cechy snu

hipnotycznego. Pacjent przeżywa w nich różne sceny, które są albo wspomnieniem stanów już przebytych, albo sugerowane są mimo woli przez otoczenie, albo też, najczęściej, są pewną autosugestią, dzięki której chory realizuje w świecie urojonym 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 wskazówkę 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, chory odczuwa lęk przed udaniem się na front — traci władzę w nogach itp.

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 psychiki. Okresowe osłabienie układu nerwowego bądź niekorzystny układ sytuacji, sprzyjający odnowieniu utajonego urazu, sprzyja wybuchowi histerii, przy czym postępująca z biegiem czasu symbolizacja etiologicznego bodźca utrudnia jego rozpoznanie, w związku z tym uniemożliwia leczenie przyczynowe.

Psychastenia jest nerwicą spotykaną bardzo rzadko, na ogół występuje u członków tej samej rodziny. Przyczyną jej są te same czynniki, które wywołują neurastenię.

Psychasteników charakteryzuje wzmożona skłonność do bezpłodnego mędrkowania, jałowych rozważań, nie kończącego się analizowania poczynań własnych i cudzych.

Psychastenik postawiony przez życie wobec konieczności wykonania jakiegoś czynu godzinami zastanawia się, wyszukuje wszystkie możliwe trudności i w końcu — załamany — zamierzonej czynności nie wykonuje. Rozumie on przy tym w pełni błędność

swego postępowania, co jednak nie przyczynia się do wzmożenia aktywności, a raczej jeszcze więcej osłabia jego wolę.

Psychastenii rozwiniętej w pełni towarzyszą natręctwa i lęki, a niekiedy, jak gdyby kompensacyjnie, *pseudologia phantastica.* Postępowanie psychastenika nacechowane jest uczuciem lękliwej niepewności, braku zaufania we własne siły.

Nerwica natręctw przez niektórych autorów traktowana jest tylko jako specjalna postać psychastenii. Przejawia się ona występowaniem u chorego jednego lub szeregu natręctw podporządkowujących sobie z biegiem czasu całe życie psychiczne pacjenta. Opisano bardzo różnorodne natręctwa, przeważnie związane z zawodem i środowiskiem, w którym przebywa chory, np. krawcowe zadręcza myśl, że połknęły lub że ich dziecko połknęło szpilkę. Lekarza bez przerwy prześladuje myśl, że zapisał zbyt wysoką dawkę leku na recepcie. Często spotykanym w miastach natręctwem jest niepewność, 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 owej recepty i sprawdzania, czy dawka leku na pewno nie jest za duża, ciągłego prześwietlania siebie i rodziny w pościgu za rzekomo połkniętą szpilką, która „wędruje".

Nerwica ze skargami hipochondrycznymi jest bardzo rozpowszechniona, przy czym większość pacjentów leczy się u internistów. Chorzy skarżą się na bóle i zaburzenia czynności jednego (np. serca) lub wielu narządów ciała, przy czym badania lekarskie i obiektywne badania laboratoryjne nie potwierdzają choroby. Niewłaściwe leczenie nerwicy może doprowadzić do utraty przez pacjenta zdolności do pracy, ponieważ z jednej strony uwaga jego skupiona jest bez przerwy na analizowaniu zdrowia, a z drugiej strony ciągle powtarzające się subiektywne odczuwanie dolegliwości wywołuje stan lęku o życie, uczucie napięcia, osłabienie i bardzo złe samopoczucie.

Psychozy reaktywne. Podobnie jak w nerwicach,

przyczyną psychoz reaktywnych jest uraz psychiczny. W odróżnieniu jednak od nerwic mamy tu do czynienia z bardzo głębokimi jakościowymi zaburzeniami psychicznymi, doprowadzającymi do całkowitego zerwania więzi społecznych, upośledzenia czynności intelektualnych, gwałtownych zmian emocjonalnych, a często i zniesienia świadomości. Uwagi powyższe dotyczą oczywiście tylko okresu choroby, ponieważ psychozy reaktywne leczą się na ogół bardzo dobrze i nie pozostawiają po sobie trwałego defektu.

Przeważnie bezpośrednią przyczyną wybuchu psychozy jest jednorazowy ciężki uraz, np. katastrofa kolejowa, samochodowa, śmierć ukochanej istoty, aresztowanie, nalot itp. Rzadziej rozpoczyna się ona w następstwie drobnych, ale ciągle powtarzających się urazów psychicznych, np. u prześladowanego ucznia w szkole, przepracowanego urzędnika itp.

Schorzenia te występują szczególnie łatwo u typów słabych i niezrównoważonych, a także u osobników, których kora mózgowa znajduje się przejściowo w stanie wyczerpania, a więc w okresie pokwitania i przekwitania, po chorobach zakaźnych, w anemii itp. Czynnikami usposabiającymi są również niedorozwój umysłowy i psychopatyczne cechy charakteru.

Spośród bardzo bogatych i różnorodnych obrazów klinicznych psychoz reaktywnych daje się wyróżnić kilka najczęściej spotykanych postaci:

1) **Postać rzekomootępienna.** Objawy przypominają głębokie otępienie intelektualne. Chory nie odpowiada na najprostsze pytania: nie wie, ile ma lat, ile jest dni tygodnia, ile palców u rąk, która ręka jest lewa, a która prawa, jaka jest obecnie pora roku itp. W odmianie tej postaci zwanej zespołem Gansera chorzy często odpowiadają na opak i wykonują opacznie czynności, np. zapałkę pocierają o pudełko odwrotną stroną, klucz wkładają do zamka odwrotnie, na rękę mówią noga, na deszcz — śnieg. Chorych tych często posądza się o symulację.

2) **Postać osłupieniowa** (osłupienie rzekomo katatoniczne). Chorzy pod wpływem gwałtownego przeżycia wpadają w stan stuporu katatonicznego, często z zaznaczoną katalepsją. Od prawdziwej katatonii różni

się ta postać przede wszystkim tym, że obserwacja wskazuje zależność objawów od warunków zewnętrznych — np. w czasie badania osłupienie zwiększa się, a gdy chory jest sam — objawy zanikają.

3) **Reaktywne stany urojeniowe** przypominają wybitnie schizofrenię paranoidalną, różniąc się od niej początkiem związanym z konkretną sytuacją oraz łatwością ustępowania objawów — często wystarczy chorego umieścić w spokojnym środowisku.

Oprócz wymienionych postaci mogą wystąpić psychozy reaktywne o charakterze stanów pomrocznych, majaczeniowych lub stanów podniecenia oraz stanów depresji.

ZABURZENIA PSYCHICZNE WYWOŁANE ZATRUCIEM ORGANIZMU (INTOKSYKACJA)

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

Najpospolitszym środkiem intoksykacyjnym w Polsce jest alkohol etylowy. Stosowany beztrosko jako używka, przyczynia się do powstawania wielu ciężkich schorzeń układu nerwowego.

Zaburzenia psychiczne pochodzenia alkoholowego można podzielić na:

— zaburzenia psychiczne w następstwie ostrego zatrucia alkoholem,
— zaburzenia psychiczne w następstwie przewlekłego nadużywania alkoholu.

Do pierwszej grupy zaliczamy:

1) zwykły stan upicia,
2) stan patologicznego upicia.

Do drugiej grupy zaliczamy:

1) alkoholizm nałogowy,

2) alkoholizm przewlekły,
3) okresowe upijanie się — dipsomania,
4) psychozy alkoholowe:
   a) majaczenie drżenne — *delirium tremens*,
   b) halucynozę alkoholową,
   c) psychozę Korsakowa,
   d) obłęd alkoholowy,
   e) inne rzadko spotykane, jak: depresja alkoholowa *(melancholia alcoholica)*, różne zespoły nerwicowe itp.
5) padaczkę alkoholową — *epilepsia alcoholica*.

W środowisku wojskowym najczęściej spotykamy się z zaburzeniami psychicznymi w następstwie ostrego zatrucia alkoholem. Niemniej konieczna jest i znajomość zaburzeń psychicznych powstających pod wpływem przewlekłego używania alkoholu, ponieważ i z nimi ma się niejednokrotnie do czynienia.

Zwykły stan upicia. Objawy zwykłego upicia są tak powszechnie znane, że rozpoznanie tego stanu nie nastręcza zwykle żadnych trudności. Typowe zachowanie się badanego, bełkocąca mowa, pobudzenie psychoruchowe przy jednoczesnej dyskoordynacji ruchów, wreszcie charakterystyczny zapach z ust są zazwyczaj wystarczającymi objawami nadużycia alkoholu.

Pewne trudności rozpoznawcze mogą nasuwać jedynie stany tak ciężkich zatruć, w których spożyta dawka działa narkotyzująco i badany znajduje się w stanie śpiączki. Nie należy wtedy mylić ze śpiączkami innego pochodzenia, a przede wszystkim cukrzycową, insulinową, po zatruciu środkami nasennymi, po wstrząsie mózgu itp. We wszystkich tych przypadkach o rozpoznaniu decyduje praktycznie zapach alkoholu z ust, aczkolwiek pamiętać należy, że badany przez nas osobnik mógł wypić jedynie znikomą ilość alkoholu, po czym doznał urazu czaszki, który wywołał utratę przytomności. Wszystkie nie dość jasne przypadki powinno się więc kierować do szpitala celem dokładniejszego przebadania. Zapach alkoholu jest dowodem dość zawodnym, ponieważ nie mówi nam nic o ilości wypitego alkoholu. Dlatego we wszystkich okolicznościach, w których należy się

w przyszłości spodziewać dochodzeń prokuratorskich, zasadą powinno stać się pobieranie krwi na poziom alkoholu. Wysoki poziom alkoholu we krwi jest bowiem najbardziej rzeczowym dowodem upicia się, którego nie mogą obalić ani przekupieni świadkowie, ani brak świadków i który pozostaje tymże dowodem nawet wtedy, gdy na skutek przeciągania się sprawy obiektywni świadkowie zapomną istotnych faktów. Poza tym ustalenie poziomu alkoholu we krwi jest jedynym sposobem zorientowania się co do głębokości upojenia.

Mimo iż stan zwykłego upicia jest z punktu widzenia patofizjologii bez wątpienia stanem psychotycznym, prawodawstwo polskie, kierując się interesem społecznym, nie zezwala na żadne złagodzenie wymiaru kary w odniesieniu do przestępców działających pod wpływem jednorazowego nadużycia alkoholu.

Stan patologicznego upicia. Mimo rzadkości jego występowania ustalenie stanu upicia patologicznego jest bardzo ważne, przede wszystkim z punktu widzenia sądowo-medycznego, a dokładna znajomość jego symptomatologii ma duże znaczenie dla osób stykających się często z problemem alkoholowych zaburzeń psychicznych. Pod nazwą patologicznego stanu upicia rozumiemy krótkotrwały stan pomroczny wywołany w zasadzie spożyciem bardzo niewielkiej ilości alkoholu, zakończony głębokim snem, po przebudzeniu z którego osobnik nie jest w stanie przypomnieć sobie, co robił w czasie upicia.

U podstaw mechanizmu powstania patologicznego stanu upicia leży trwała lub przemijająca nietolerancja alkoholu. Stan ten szczególnie często zdarza się u osób, które przebyły uprzednio wstrząs mózgu, u różnego rodzaju psychopatów, epileptyków i innych, zdradzających objawy uszkodzenia układu nerwowego. U osób tych może istnieć trwała nietolerancja alkoholu. Przejściowo mogą wywołać ją takie czynniki, jak bezsenność, głód, fizyczne i psychiczne wyczerpanie, ciężkie przeżycia. Z wymienionymi powyżej czynnikami trzeba poważnie liczyć się w warunkach wojskowych. Szczególnie niebezpieczna sytuacja wytwarza się, gdy czynniki wywołujące przejściową nietoleran-

cję działają na osobnika z jawną lub ukrytą nietolerancją trwałą. Wtedy możliwość wystąpienia patologicznego stanu upicia się jest największa.

Rozróżniamy dwie główne postacie stanu patologicznego upicia — epileptoidalną i paranoidalną. Postać epileptoidalną cechuje nagłe i bardzo głębokie zamroczenie z całkowitym zanikiem orientacji co do miejsca, czasu i otoczenia, oraz silną agresją w stosunku do otoczenia. Biorąc najbliższych ludzi za swych śmiertelnych wrogów, osoba będąca w stanie patologicznego upojenia dąży z wyszukanym okrucieństwem do ich unicestwienia. Skupiony i opanowany wyraz twarzy, precyzja ruchów nie nasuwają świadkom przypuszczenia, że agresor mógł być pijany w czasie zarzucanych mu następnie w sądzie czynów. Charakterystyczny jest również brak dążności do zacierania śladów przestępstwa oraz głęboki sen, który przychodzi wkrótce po dokonaniu czynów i zupełna ich niepamięć. Świadkom zbrodni rzuca się ponadto zwykle w oczy, że wypowiedzi osoby działającej w upojeniu patologicznym świadczą o błędnym rozpoznaniu otoczenia: np. ze słów wypowiedzianych podczas agresji wynika, że osoba ta bierze zebranych w restauracji ludzi za agentów gestapo, stado wilków itp.

Pozornie jeszcze bardziej naturalnie niż w postaci epileptoidalnej zachowuje się osobnik działający w patologicznym stanie upicia o typie paranoidalnym. Nie przypomina zupełnie pijanego, często prowadzi pozornie dorzeczne rozmowy ze świadkami zajścia, a po dokonaniu zbrodni ucieka, sprytnie kluczą. Dopiero wnikliwa analiza wykaże, że podczas dokonywania zarzucanych mu czynów działał w lęku, wadliwie rozpoznawał otaczające go osoby, biorąc je za czyhających nań wrogów i zaatakował je w swojej „obronie".

Bardzo dokładna analiza zachowania się osoby, która używała uprzednio alkoholu, w czasie dokonywania czynu przestępczego jest niesłychanie ważna, ponieważ ewentualnie może dostarczyć w przyszłości bezcennego materiału sądowi.

Alkoholizm nałogowy a przewlekły. Granica między tymi dwiema postaciami alkoholizmu jest płynna. W zasadzie alkoholizm przewlekły jest dalszym etapem

alkoholizmu nałogowego, tym etapem, na którym lekarz jest w stanie podczas badania pacjenta (lub podsądnego) wykryć organiczne zmiany będące następstwem długotrwałego działania alkoholu.

W alkoholizmie nałogowym organicznych, utrwalonych na stałe zmian w zasadzie nie ma. Zaburzenia psychiczne polegają tu przede wszystkim na wytworzeniu się nawyku częstego picia, niemożności obycia się bez narkotyku, który poprawia nastrój i ułatwia kontakty międzyludzkie.

Osobnik pijący nałogowo zaczyna naginać wszystkie czynności do tej zasadniczej czynności życiowej; stąd rodzą się u niego kłamliwość, tendencje do fantazjowania, słabną opory moralne w odniesieniu do czynu, który prowadzi do zdobycia pieniędzy na wódkę. Uczucia rodzinne stopniowo wygasają, krąg zainteresowań zacieśnia się wokół zagadnień związanych z piciem. Dochodzi do coraz częstszych konfliktów z otoczeniem, które usiłuje powstrzymać pęd do nałogu, a więc najpierw z rodziną, następnie z władzami porządkowymi.

Większość konfliktów z prawem wynika z nielegalnych metod zdobywania pieniędzy na wódkę (kradzieże, nadużycia, łapówki). Życie rodzinne zostaje zaniedbane, obowiązkowość i dokładność pracy obniżają się. Przy odpowiednim zadziałaniu środowiskowym powrót z alkoholizmu nałogowego do abstynencji lub umiarkowanego picia jest możliwy. Właśnie w leczeniu tej postaci alkoholizmu dobrą rolę spełniają przychodnie przeciwalkoholowe. Poczytalność przestępców działających w alkoholizmie nałogowym jest pełna.

W alkoholizmie przewlekłym stwierdza się u pacjenta zarówno w drodze badania internistycznego, jak i neurologicznego oraz psychiatrycznego szereg zmian organicznych. Najczęstsze z nich to: ranne wymioty, brak łaknienia, uczucie ciężaru w dołku podsercowym, zgaga itp. jako objawy przewlekłego nieżytu żołądka, wyniszczenie ogólne spowodowane upośledzoną przemianą materii, głuche tony serca i inne cechy zwyrodnienia mięśnia sercowego, powiększoną wątrobę, bolesność przy uderzeniu w okolicy nerek, często białkomocz, różnego rodzaju zaburzenia ze strony naczyń obwodowych („nos pijacki", sinica twarzy, małżowin

usznych, palców) oraz liczne mniej lub więcej zaznaczone objawy uszkodzenia obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego (drżenie rąk, języka, powiek, zaniki mięśniowe, niedowłady, leniwa reakcja źrenic na światło, zaburzenia koordynacji ruchu itp.). Także w psychice powoli narasta zespół organiczny. Czynności intelektualne początkowo ulegają spłyceniu, następnie dochodzi do wyraźnych objawów otępiennych — zainteresowania alkoholika ograniczają się do bardzo wąskiego zakresu spraw, myślenie jest utrudnione, sądy naiwne, krytycyzm osłabiony, praca zawodowa ogranicza się do rutyny. Wola wyraźnie słabnie, w związku z czym o postępowaniu decyduje chwilowy nastrój. Dlatego mimo pozornie rzeczowego wglądu w istotę i znaczenie dokonywanych czynów alkoholik z wyraźnie zaznaczonymi zmianami degeneracyjnymi w psychice ma bardzo ograniczone możliwości kierowania swym postępowaniem. Początkowo tylko zdolność zapamiętywania, następnie zaś także pamięć właściwa ulegają osłabieniu. Uczuciowość zostaje wyraźnie zachwiana, przy jednoczesnym stępieniu uczuć wyższych. Chwiejność uczuć jest często tak dalece posunięta, że można z minuty na minutę za pomocą słownych sugestii wprowadzać alkoholika z nastroju płaczliwego w wesoły, z wesołego w gniewny, z gniewnego w beztroski itp. Także w życiu obserwuje się częste zmiany nastroju. Typowym objawem jest również wybitna łatwość nawiązywania kontaktów towarzyskich, zwłaszcza w stosunku do kompanii od kieliszka, przy jednoczesnym wrogim nastawieniu do własnej rodziny.

Do reguły należy katowanie żony i dzieci, wynoszenie przedmiotów z domu na wódkę, awantury z rodziną, rozbijanie mebli itp. Wyrazem wygaśnięcia uczuć wyższych jest ustanie wszelkich zainteresowań kulturalnych, niemoralne zachowanie się (często stosunki kazirodcze z własnymi dziećmi, przymuszanie żony do stosunków na oczach dzieci lub innych świadków), cynizm, bezczelne przywłaszczanie pieniędzy na wódkę itp. Potencja słabnie przy zaostrzeniu libido. Oprócz impotencji często obserwuje się inne zaburzenia seksualne. Ponieważ organiczne zaburzenia psychiczne

dotykają przede wszystkim wolę i uczucia, prowadzi to do takich zmian w osobowości, które czynią alkoholika jednostką aspołeczną. Proces ten określa się mianem psychodegradacji.

Dipsomania jest chorobą polegającą na okresowym występowaniu stanów nie dającej się opanować żądzy picia alkoholu. W takim stanie, który trwa kilka lub co najwyżej kilkanaście dni, chorzy piją na umór i bez wyboru wszelkie płyny zawierające alkohol — nie tylko wódkę, wino lub piwo, lecz przy ich braku także i wodę kolońską, spirytus denaturowany, politury. Często okres picia pokryty jest częściową lub całkowitą niepamięcią. Po napadzie picia następuje okres kilkumiesięcznej abstynencji, w czasie którego może występować nawet wstręt do napojów wyskokowych. W przeciwieństwie do innych alkoholików dipsomani częstokroć upijają się w samotności.

Majaczenie drżenne („biała gorączka" — *delirium tremens*). Jest to praktycznie najczęściej spotykana psychoza alkoholowa. Rozpoczyna się przeważnie nagle, wieczorem. Często czynnikiem prowokującym jest jakaś choroba infekcyjna — zapalenie płuc, angina, grypa. Charakterystyczna dla tej choroby jest następująca triada objawów:

1. Bardzo liczne, zmieniające się szybko jak w filmie niemym podbarwione grozą omamy wzrokowe (przeważnie wielkie liczby poruszających się drobnych zwierzątek — myszy, króliki, malutkie słonie, pluskwy itp.).
2. Lęk przeplatany wisielczym humorem.
3. Drżenie rąk, mięśni twarzy, kończyn dolnych.

Chory przeważnie jest pobudzony ruchowo, nie może uleżeć, cierpi na bezsenność. Stanowi majaczeniowemu towarzyszą często zaburzenia krążenia krwi. Czas trwania *delirium tremens* nie przekracza z reguły 6—10 dni, średnio wynosi 2—5 dni. W okresie chorobowym zdarzają się wypadki samobójstw bądź agresji w stosunku do otoczenia.

Halucynoza alkoholowa (omamica pijacka). Psychoza ta występuje samodzielnie bądź jako następstwo *delirium tremens*. Trwa zazwyczaj kilka do kilkunastu tygodni. Jej niczymi objawami są halucynacje słuchowe i uro-

jenia prześladowcze. Świadomość jest niemal niezmącona, zachowanie chorego — poza przesadnie rozwiniętą podejrzliwością w stosunku do otoczenia i odgradzania się od najbliższych znajomych i rodziny — nie nasuwa przypuszczenia choroby psychicznej. Orientacja jest w pełni zachowana. Pacjent w sposób bardzo naturalny słyszy głosy różnych osób rozmawiających z nim. Z treści rozmów wynika, że osoby te znają jego najtajniejsze sprawy i sprawki. Jedne głosy potępiają go, inne bronią. Chory interpretuje sobie te omamy po linii urojeń prześladowczych — nabiera przekonania, że jakaś szajka stoi na jego drodze, chce go zgładzić lub skompromitować. Działając w obronie swego rzekomo zagrożonego bytu, może stać się niebezpieczny dla osób, które posądza o przynależność do szajki wrogów. Niekiedy, aby uciec przed kompromitacją, chorzy tacy popełniają samobójstwo. Z tych powodów oraz ze względu na konieczność stosowania intensywnego leczenia psychiatrycznego chorych na halucynozę leczy się wyłącznie w szpitalu psychiatrycznym.

Psychoza Korsakowa jest wyjątkowo ciężkim schorzeniem przebiegającym przewlekle, rokującym źle nie tylko co do wyzdrowienia lecz także i co do życia. Występuje na szczęście dość rzadko. Rozpoczyna się powoli, samoistnie lub też jako następstwo halucynozy czy białej gorączki. Czynnikami sprzyjającymi są: miażdżyca, awitaminozy. Dotyczy głównie osobników między 40—60 rokiem życia. Czas trwania około 6 miesięcy.

Objawy określić można krótko jako zespół organiczny, któremu towarzyszy euforia i zapalenie wielonerwowe, głównie nerwów kończyn dolnych. Pacjent jest zupełnie zdezorientowany, widoczne są znaczne zaburzenia pamięci i szczególnie duże zdolności zapamiętywania. Pacjent nie pamięta, co robił przed chwilą, nie potrafi powtórzyć za badającym trzech luźnych cyfr. Jest przy tym bezkrytyczny, twierdzi, że czuje się dobrze, może pracować. Zmienność uczuciowa występuje również, ale przeważnie chorzy są euforyczni. W tej psychozie szczególnie obficie występują konfabulacje — chorzy w każdej chwili są gotowi do odpowiedzi na każde pytanie, wypełniając luki w pamięci

i orientacji zmyślonymi na poczekaniu dykteryjkami. Z powodu wiotkich porażeń kończyn chorzy przebywają ciągle w łóżku. Sprzyja to powstawaniu odleżyn, które są najczęściej przyczyną zgonu. Poza porażeniami z innych objawów neurologicznych dość często spotyka się napady padaczkowe.

Obłęd alkoholowy jest psychozą zdarzającą się stosunkowo rzadko, lecz mającą duże znaczenie z punktu widzenia medyczno-sądowego. W większości wypadków tematem urojeń paranoicznych jest zazdrość małżeńska. Posądzenie małżonki o zdradę staje się powoli jedyną treścią myśli, rozmów i postępowania. Chory zwalnia się z pracy, aby śledzić żonę, kontroluje pościel i bieliznę żony, w każdym ruchu, grymasie żony widzi przejaw komunikowania się z kochankiem, sypia z siekierą pod poduszką, aby zawsze być gotowym do zabicia domniemanego rywala. Żadne argumenty nie są w stanie przekonać go o nielogiczności rozumowania i bezpodstawności zarzutów. W wielu wypadkach dochodzi w końcu do zamordowania żony lub kochanki. Obłędu zazdrości nie należy mylić ze zwykłą zazdrością, która bardzo często przybiera u alkoholików znaczne, ale jeszcze nie patologiczne rozmiary. Źródłem tej przesadnej zazdrości jest wzmiankowane już rozszczepienie między libido a potencją.

Alkohol pobudza libido, ale osłabia potencję. W związku z tym dochodzi do konfliktów małżeńskich, tym bardziej że zwykle różne względy estetyczno-moralne odstręczają żonę od wiecznie pijanego, zaniedbanego fizycznie męża. Alkoholik zaczyna podejrzewać, że niechęć żony do stosunków z nim wypływa z nawiązania stosunków z innym mężczyzną i zaczyna zbierać dowody rzekomej zdrady. Z braku dowodów opiera się na poszlakach, które w miarę trwania choroby nabierają mocy niezbitych dowodów. Różnica między zwykłą, choć przesadną zazdrością a urojeniami niewiary małżeńskiej jest częstokroć bardzo trudna do uchwycenia. Za obłędem przemawia zupełnie bezkrytyczna ocena przypuszczeń jako niezbitych dowodów oraz wiążący się rzekomo logicznie z treścią urojeń niewiary małżeńskiej system innych urojeń prześladowczych — np. kochankowie żony tworzą szajkę

działającą na niekorzyść oszukiwanego męża, żona pod ich wpływem usiłuje otruć go przez systematyczne dosypywanie proszków do pokarmów itd.

Jak wynika z powyższych rozważań, klinika schorzeń psychicznych pochodzenia alkoholowego jest nader bogata i różnorodna. Powojenny wzrost spożycia alkoholu — zwłaszcza wśród młodzieży — powoduje, że problem alkoholizmu może stać się groźny także i dla wojska. Nie trzeba tłumaczyć, że w warunkach wojskowych nadużycie alkoholu niesie z sobą dużo większe niebezpieczeństwo niż w środowisku cywilnym. Łatwość dostępu do broni, wielka odpowiedzialność związana z pełnieniem służby, konieczność stałej gotowości bojowej — wszystko to nie daje się zupełnie pogodzić z nadużywaniem alkoholu, zarówno sporadycznie, jak i nałogowo. Bezpardonowa walka z alkoholizmem w wojsku, pomyślana w szczególności jako akcja profilaktyczna, wydaje się być konieczną.

Zaburzenia psychiczne intoksykacyjne niealkoholowe. We współczesnym wojsku, nasyconym bronią techniczną i chemiczną, spotkać się można z zaburzeniami psychicznymi wywołanymi szeregiem substancji używanych codziennie przy pracy. W służbie samochodowej, pancernej i lotniczej występują intoksykacje czteroetylkiem ołowiu, który jest przeciwstukowym dodatkiem do benzyny, i ołowiem (np. w akumulatorniach).

Zaburzenia psychiczne w następstwie zatrucia czteroetylkiem ołowiu (etyliną) najczęściej spotykane są u kierowców. Czteroetylek ołowiu jest bowiem dodawany do benzyny celem cichszej i wydatniejszej pracy motorów. Przeważnie mamy tu do czynienia z zatruciami ostrymi. Rozpoczynają się one bólami głowy, nudnościami, wymiotami, wzrostem temperatury. Chory cierpi na bezsenność i podniecenie ruchowe, które może przejść w stan majaczeniowy, obfitujący w omamy słuchowe, wzrokowe i inne. Świadomość jest przyćmiona. Charakterystycznym objawem zatrucia czteroetylkiem ołowiu są omamy dotykowe polegające na tym, że chory ma wrażenie jakby usta miał pełne włosów.

Zaburzenia psychiczne w następstwie zatrucia oło-

wiem rozpoczynają się dyskretnymi objawami pod postacią apatii, uczucia osłabienia, bólów głowy. W cięższym zatruciu mogą wystąpić stany majaczeniowe lub stany splątania, a niekiedy także stany lękowe z urojeniami prześladowczymi. Czasem rozwija się zespół objawów przypominający psychozę Korsakowa. Zaburzeniom psychicznym towarzyszą poważne zaburzenia ze strony układu krążenia (zwyrodnienie mięśnia sercowego, nadciśnienie, skleroza naczyń) i pokarmowego. Występują także liczne ogniskowe objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

W warunkach wojskowych pamiętać również należy o możliwości wystąpienia zaburzeń psychicznych w następstwie zatrucia czadem i gazami powstałymi na skutek spalania prochu.

Zatrucie czadem zdarza się bardzo często zarówno w czasie wojny, jak i pokoju. W okresie pokojowym przyczyną zatruć jest przede wszystkim niewłaściwa eksploatacja pieców lub ich niewłaściwa budowa. Rzadsze są przypadkowe lub samobójcze zatrucia gazem świetlnym. W czasie wojny lub w ogóle w wojsku zatrucia tlenkiem węgla obserwujemy podczas dużych strzelań artyleryjskich, zwłaszcza w nieprzewiewnych miejscach — np. na okrętach, w fortach itd. Również w przemyśle zdarzają się intoksykacje tlenkiem węgla.

W typowo przebiegającym ostrym zatruciu tlenkiem węgla obserwujemy narastające stopniowo zahamowanie ruchowe z uczuciem osłabienia woli i przyjemną apatią. Dość często w początkowym okresie zatruci wpadają w stan maniakalny. U uratowanych z reguły występuje niepamięć wsteczna, zaburzenia w orientacji, zaburzenia krytycyzmu, utrudniony tok myśli. Nierzadko jako następstwo zatrucia tlenkiem węgla rozwija się psychoza Korsakowa. Niektóre zatrucia tlenkiem węgla przebiegają nietypowo pod postacią stanu majaczeniowego lub stanu splątania z podnieceniem ruchowym, określanym inaczej jako tzw. szał. Chorzy mogą być wtedy niebezpieczni dla otoczenia. Przewlekłe zatrucia podprogowymi, minimalnymi dawkami bywają często mylnie rozpoznawane jako neurastenia.

Choroba prochowa polega na zatruciu gazami pow-

stałymi podczas strzelania w przestrzeniach zamkniętych, np. okopach, fortyfikacjach itp. Obraz kliniczny zależy tu od tego, jakie składniki przeważają w dymach strzelniczych: CO, CO_2 czy azotyny. Przy przewadze związków azotowych zatrucie przypomina zatrucie fosgenem. Przy przewadze CO przebiega ono podobnie. Jeżeli przeważa CO_2, chory zachowuje się jakby w stanie ostrego upojenia alkoholowego; stąd nazwa „upicie prochem". Zatruci są pobudzeni, mówią wiele, przeważnie nielogicznie, gestykulują, zataczają się. Skarżą się przy tym na ból głowy, szum w uszach, zawroty głowy i mdłości. Po pewnym czasie, jak podcięci, kładą się i zapadają w sen. Po obudzeniu mogą wystąpić przemijające objawy zahamowania, braku pamięci.

ZABURZENIA PSYCHICZNE POCHODZENIA INFEKCYJNEGO (ZAKAŹNEGO)

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

1. Uczucie wyczerpania, któremu towarzyszą rzeczywiste wyczerpanie i upadek sił fizycznych.
2. Drażliwość, wybuchowość, chwiejność uczuciowa.
3. Zaburzenia zdolności zapamiętywania, trudności ze skupieniem uwagi.

Chorzy z astenią sprawiają niekiedy wrażenie otępiałych intelektualnie lub zahamowanych schizofreników. Stan ten jednak szybko przemija wraz z ogólnym powrotem do pełnego zdrowia.

Swoiście przebiegają zaburzenia psychiczne będące późnym następstwem infekcji kiłowej (syfilisu). Często po kilku lub nawet kilkunastu latach pozornego zdro-

wia u osób zarażonych kiłą i nie leczonych lub leczonych źle rozwija się groźna choroba psychiczna zwana **porażeniem postępującym.** Polega ona na stopniowym narastaniu otępienia intelektualnego, któremu towarzyszą objawowe zespoły psychopatologiczne — np. stan maniakalny, stany depresji lub stany urojeniowe itp. Zaburzeniom psychicznym towarzyszą zmiany neurologiczne: zamazana mowa, nierówność źrenic, porażenie nerwów twarzowych i inne porażenia. O rozpoznaniu decyduje dodatni odczyn Wassermana we krwi charakterystyczny dla syfilisu.

ZABURZENIA PSYCHICZNE PO URAZIE CZASZKI

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

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

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

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

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

Nierzadko pod wpływem uszkodzenia mózgu mechanicznym urazem czaszki dochodzi do trwałej zmiany osobowości, przeważnie pod postacią pojawienia się psychopatycznych rysów charakteru.

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

Cerebrastenia pourazowa przypomina swym obrazem ciężką neurastenię. Chorzy skarżą się na bóle i zawroty głowy, uczucie ciężkości w głowie, mroczki przed oczami, łatwe męczenie się i drażliwość na bodźce słuchowe oraz wzrokowe. W okresie zmęczenia występują zaburzenia pamięci — po odpoczynku pamięć wraca. W cięższych jednak postaciach, przypominających psychozę Korsakowa, pamięć jest istotnie upośledzona. Chorzy stają się wybuchowi, wykazują zmienność uczuciową. Niekiedy stwierdzić można hipochondryczne myśli lub wręcz urojenia samoponiżenia i odnoszące. Objawom tym towarzyszą liczne objawy upośledzenia układu wegetatywnego: tętno przyśpiesza się mocno już po lekkim wysiłku, przy nawet bardzo krótkotrwałym pochyleniu tułowia twarz silnie czerwienieje, dermografizm* zaznacza się bardzo intensywnie, często występuje drżenie rąk i języka. Chorzy na cerebrastenię wykazują nietolerancję na alkohol — upijają się po kilku kieliszkach, a następnie przez szereg dni cierpią na bóle i zawroty głowy.

Obraz kliniczny **encefalopatii po urazie czaszki** bywa różny. Przeważnie przypomina bądź to psychopatię (szczególnie postacie, w których chorych określa się jako psychopatów pobudliwych lub niestałych), bądź cerebrastenię. Obok zmian psychicznych stwierdza się zwykle znaczne zmiany neurologiczne — porażenia, zaburzenia czucia itp.

4. ZABURZENIA PSYCHICZNE W PRZEBIEGU PADACZKI (EPILEPSJI)

Padaczka charakteryzuje się nie tylko napadami drgawek. U bardzo wielu epileptyków występują również ostre i przewlekłe zaburzenia psychiczne. Głównie z tego powodu wojsko tak stanowczo broni się przed wcieleniem ich w swoje szeregi, ponieważ niektóre z tych zaburzeń wytwarzają bardzo niebezpieczne dla otoczenia sytuacje.

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

Zaburzenia ostre są przeważnie równoważnikami (ekwiwalentami) napadów drgawkowych, czyli występują niejako zamiast nich. Mogą one przebiegać z zachowaną świadomością, ale przeważnie towarzyszy im zniesienie świadomości. Najbardziej typowy jest tu tzw. **stan pomroczny zwykły,** który polega na tym, że chory nagle na przeciąg minut, godzin lub dni traci całkowicie świadomość. Pacjent jest wówczas zdezorientowany co do miejsca, czasu i otoczenia, trudno z nim nawiązać kontakt, wykonuje niedorzeczne czynności. Drażniony może być niebezpieczny dla otoczenia. Stan ten przechodzi nagle, następuje całkowita niepamięć tego, co się w czasie jego trwania działo.

W padaczce może wystąpić tzw. **stan pomroczny jasny,** który polega również na całkowitym wyłączeniu świadomości, jednakże chory w tym stanie nie przypomina niczym nieprzytomnego — zachowuje się pozornie poprawnie, prowadzi zwykłe rozmowy, porusza się swobodnie po mieście itp. Jednakże osobowość chorego jest całkowicie zmieniona, a przy tym często przeżywa on przerażające w treści omamy, odczuwa ochotę do agresji, lęk itp. W takiej sytuacji bywa niebezpieczny dla otoczenia. Kryminologia zna wiele przypadków okrutnych zbrodni dokonanych przez epileptyków w stanach pomrocznych. Do ostrych zaburzeń psychicznych, przebiegających w padaczce ze zniesioną świadomością, zalicza się także somnambulizm (lunatyzm), tzw. stany automatyczne, włóczęgostwo (dromomania) i inne.

Do najbardziej typowych ostrych zaburzeń psychicznych, przebiegających z zachowaną świadomością, należą **dysforie,** tzn. napadowe zmiany samopoczucia trwające godziny lub dni. Nagle bez jakiejkolwiek przyczyny pacjenci stają się rozdrażnieni, zaczepni, niezadowoleni, napięci. Kiedy indziej również bez istotnej przyczyny występuje stan wzmożonego dobrego samopoczucia i pełnego zadowolenia z życia. Dysforię określa się niekiedy barwnie jako „złe i dobre dni epileptyków".

Przewlekłe zaburzenia psychiczne, towarzyszące bardzo często padaczce, to otępienie i tzw. charakter pa-

daczkowy. Otępienie polega na ograniczeniu intelektualnym chorych, podobnym do tego, które obserwuje się u starców. Występuje tu zespół psychoorganiczny oraz znaczne obniżenie wiadomości szkolnych i zawodowych. Myśli płyną niesprawnie, mowa staje się powolna i rozwlekła, występuje objaw zwany „niemożnością wyjścia z tematu" (perseweracja), sądy chorych są naiwne i egocentryczne.

Charakter epileptyków cechuje zaleganie afektu. Gdy kogoś lubią, podkreślają to bez przerwy. W rozmowie nie można się od nich oderwać, są usłużni, przesadnie grzeczni. Gdy poczują do kogoś złość, stają się niebezpieczni, ponieważ nie można powstrzymać wtedy napadu ich gniewu i nienawiści. Najmniejsze krzywdy pamiętają latami i w dochodzeniu swych rzekomych praw zdolni są do zbrodni. Mimo powolności działania są pobudliwi, drażliwi i wybuchowi. Często są przesadnie religijni, przy czym dogmaty wiary interpretują w swoisty egocentryczny sposób. Z pozytywnych cech charakteru wymienić należy pedanterię, drobiazgową dbałość o czystość i schludność.

W wielu wypadkach charakter padaczkowy towarzyszy otępieniu, a niezależnie od tych obydwu zaburzeń przewlekłych mogą występować także ostre.

Niekiedy poza wymienionymi powyżej zaburzeniami obserwuje się w przebiegu padaczki także i inne, jak np. stany urojeniowe przypominające schizofrenię, paranoję itp.

Część druga

WYBRANE PROBLEMY ZDROWIA PSYCHICZNEGO ŻOŁNIERZY W CZASIE POKOJU

Psychologia i psychopatologia tzw. „żołnierza wychowawczo trudnego"

1. ŻOŁNIERZ WYCHOWAWCZO TRUDNY

Pojęcie „żołnierz wychowawczo trudny" mieści w sobie wielorakie treści. Może ono dotyczyć osobników zdecydowanie patologicznych, z psychozą bądź trwałą anomalią charakteru lub inteligencji, jak również osób przejściowo niedysponowanych do trudów życia wojskowego, np. z powodu nerwicy; może dotyczyć żołnierzy w zasadzie zdrowych psychicznie, ale nie dojrzałych do przystosowania się do specyficznych warunków współżycia w kolektywie żołnierskim, albo też osobników świadomie bojkotujących regulaminy i prawa wojskowe.

Rozpatrując zagadnienie trudności wychowawczych w wojsku trzeba przede wszystkim mieć na uwadze fakt, że wcielenie do wojska oznacza gwałtowną zmianę w dotychczasowym życiu.

Młody człowiek — nie rozwinięty jeszcze w pełni psychicznie dziewiętnastolatek — zazwyczaj związany ciągle silnie z domem rodzinnym, obracający się w zamkniętym kręgu konkretnego środowiska, nie znający świata, ale już urządzony lub urządzający się zawodowo, nagle zerwać musi z dotychczasowym trybem bycia, traci oparcie w rodzicach, znajomych, kolegach. Przenosi się w zupełnie nieznane strony, styka się z zupełnie nieznanymi ludźmi, musi odstąpić od dotychczasowych przyzwyczajeń, nawyków, a nierzadko nawet zmienić światopogląd.

Na ogół nie uświadamiamy sobie, że w pierwszym roku służby wojskowej przeciętny żołnierz otrzymuje więcej informacji z dziedziny społeczno-politycznej niż w całym swoim dotychczasowym życiu (z którego 2/3

poświęcił nauce). Do tego dochodzi niemała wiedza fachowo-techniczna.

Wcielenie do wojska jest zatem formą trudnego egzaminu w zakresie zdolności adaptacyjnych. Jest rzeczą oczywistą, że w pełni sprawny psychicznie poborowy po krótszym lub dłuższym okresie dostosuje się do nowych warunków, sprosta wymaganiom i przekształci w dobrego żołnierza. Natomiast poborowy z jawnymi lub ukrytymi wadami psychicznymi zareaguje na obciążenie go nadzwyczajnymi obowiązkami ujawnieniem tych wad, ich pogłębieniem albo nawarstwieniem nerwicowym.

Definicja przystosowania człowieka do społeczeństwa (bo o taką tu chodzi) mimo swej oczywistości nie jest prosta. Według *Wielkiej Encyklopedii Powszechnej* PWN przystosowanie jest to „proces, lub rezultat procesu, jakiemu podlega psychika człowieka w dążeniu do osiągnięcia stanu równowagi między potrzebami psychicznymi a wymaganiami otoczenia społecznego"... *Słownik terminów psychologicznych i psychoanalitycznych** Englishów definiuje pojęcie przystosowania, jako „harmonijny stosunek, występujący między jednostką a otoczeniem, zwłaszcza społecznym, przy zaspokajaniu potrzeb psychicznych i fizjologicznych". Prof. Lewicki w pracy *Metody eksperymentalne w psychologii stosowanej* stwierdza, że „przystosowanie polega na pewnego rodzaju odpowiedniości pomiędzy wymaganiami społecznego środowiska z jednej strony a właściwościami postępowania jednostki z drugiej strony. Odpowiedniość ta nie jest dana z góry, wrodzona człowiekowi..., lecz stanowi produkt procesu wychowawczego, w którym społeczeństwo stopniowo kształtuje dojrzewającą osobowość jednostki, socjalizuje ją, usiłując dostosować do wymagań danej kultury. To podstawowe przystosowanie ulega następnie w ciągu życia dalszym korektom, w związku z dostosowaniem się człowieka do nowych sytuacji życia zawodowego, rozumnego, politycznego, towarzyskiego. W wypadku gdy proces przystosowawczy nie prowadzi

---

* H. i A. English, *A comprehensive Dictionary of psychological and psychoanalytical terms,* Nowy Jork 1959 , s. 13.

do powstania odpowiedniości między jednostką a wymaganiami społecznymi, mówimy o zaburzeniach w przystosowaniu do otoczenia". Michalik polemizując z wyżej wymienionymi definicjami słusznie zwraca uwagę na nieuwzględnienie przez nie dynamizmu wzajemnych oddziaływań w układzie człowiek-społeczeństwo. W układzie tym człowiek jest nie tylko kształtowany, ale i sam kształtuje. W tej sytuacji żołnierzami trudnymi mogą stać się niechcąco nie tylko jednostki aspołeczne, ale i wartościowe, które „poprawiają". Może zatem powstać sytuacja, że żołnierz wychowawczo trudny jest produktem nieudolności pedagogicznej wychowawców. O takiej możliwości, nietypowej, ale niewątpliwie mogącej się realnie zdarzyć, trzeba pamiętać szczególnie wtedy, gdy w jakimś pododdziale żołnierze wychowawczo trudni pojawiają się ciągle i w szczególnie dużej liczbie.

Żołnierz wychowawczo trudny jest to więc żołnierz nie przystosowujący się (nie adaptujący się) do służby wojskowej.

2. ŻOŁNIERZ WYCHOWAWCZO TRUDNY JAKO PROBLEM SOCJALNY

Bez względu na przyczynę dezadaptacji do środowiska wojskowego prowadzi ona do różnych negatywnych skutków z punktu widzenia:

a) pedagogiki wojskowej
b) prawa wojskowego
c) społeczności wojskowej
d) gotowości bojowej pododdziału.

Z punktu widzenia pedagogiki wojskowej (cyt. za Michalikiem*) żołnierz wychowawczo trudny to taki, który „nie poddaje się rozlicznym zabiegom wychowawczym; nie działa na niego perswazja, przemawianie do sumienia i ambicji, nie reaguje on pozytywnie na nagrody i kary". Według prawa wojskowego „trudny żołnierz" to „osobnik, który systematycznie popada w kon-

* J. Michalik, *Zastosowanie psychologii klinicznej do analizy zaburzeń przystosowania w służbie wojskowej* (Praca doktorska WAP, 1970).

flikt z przepisami i regulaminem wojskowym oraz zarządzeniami przełożonych".

Z punktu widzenia socjologicznego żołnierz wychowawczo trudny nie identyfikuje się z wzorem osobowym typowego obywatela-żołnierza ludowego Wojska Polskiego, wobec czego jego postawa społeczna odbiega ujemnie od odpowiedniego modelu. I wreszcie w aspekcie gotowości bojowej jest on przykładem destruktywnej jednostki, aktywnie osłabiającej siłę pododdziału, ponieważ nie można liczyć ani na jego wiedzę wojskową, ani na jego morale.

Bytność żołnierza wychowawczo trudnego w pododdziale przynosi szkodę nie tylko jemu osobiście. Wytwarza on dodatkowe niebezpieczeństwo przez swój negatywny wpływ na kolektyw. Demonstrując się jako w pewnym sensie model „antyżołnierza" wytwarza on w pododdziale często atmosferę otwartej walki z obowiązującymi przepisami i zwyczajami wojskowymi, walki obserwowanej i żywo komentowanej przez resztę kolegów. Podważa swoją obecnością autorytet dowódcy (bo nie może on sobie z nim dać rady), ujawnia słabe strony systemu kar i wyróżnień, osłabia ambicje aktywnego podniesienia kwalifikacji bojowych.

W tej sytuacji ujawnienie w jednostce żołnierza wychowawczo trudnego musi prowadzić do szybkiego i konsekwentnego działania. Dowódca powinien natychmiast wytworzyć wokół niego atmosferę braku akceptacji ze strony reszty żołnierzy, szybko wyjaśnić przyczynę trudności pedagogicznych i zastosować w zależności od rozpoznania bądź to próby wychowania indywidualnymi metodami, bądź ostre kary, bądź usunięcie z wojska.

Pozostawienie tej sprawy przez dłuższy czas bez radykalnego załatwienia oceniane jest przez resztę kolektywu jako kompromitacja instytucji, która nie może dać sobie rady z pojedynczymi, nic nie znaczącymi w gruncie rzeczy pionkami. Powstaje natychmiast niebezpieczeństwo, że żołnierz taki stanie się dla innych wzorem, jak automatycznie zaliczyć sobie służbę wojskową, na zasadzie cynicznego lekceważenia wszelkich poleceń przełożonych. Jeżeli nawet w następstwie

ostrego konfliktu dojdzie po pewnym czasie do badania psychiatrycznego i okaże się, że dany osobnik jest psychopatą, to i tak zwolnienie go z wojska będzie odczytane wówczas raczej jako rodzaj premii za cwaniactwo niż pozbycie się z szeregów nieprzydatnego żołnierza.

3. KLASYFIKACJA RÓŻNYCH TYPÓW OSOBOWOŚCI ŻOŁNIERZA WYCHOWAWCZO TRUDNEGO

Jeżeli w ogóle możliwe jest „poszufladkowanie" żołnierzy wychowawczo trudnych według najbardziej charakterystycznych grup osobowościowych, to z punktu widzenia psychologii i psychopatologii korzystną mogłaby się okazać następująca klasyfikacja: (tabela 1)

Tabela 1

A	1 Żołnierze zdrowi psychicznie, nie mogący się zaadaptować do warunków służby wojskowej z powodu niewydolności fizycznej. 2 Żołnierze w zasadzie zdrowi psychicznie, wytrąceni jednak z równowagi psychicznej trudną sytuacją, jaką zostawili w domu w momencie poboru. 3 Żołnierze zdrowi, świadomie lekceważący obowiązki służby wojskowej z przesłanek ideologicznych, religijnych, niskiej moralności itp.
B	1 Osobnicy niedojrzali uczuciowo (infantylni). 2 Osobnicy ociężali umysłowo.
C	1 Osobnicy z trwałą anomalią charakteru (psychopaci, socjopaci, encefalopaci, charakteropaci itp.). 2 Osobnicy z trwałą anomalią w zakresie intelektu (niedorozwój). 3 Osobnicy z ciężką nerwicą. 4 Osobnicy psychotyczni.

Grupa A obejmuje żołnierzy w zasadzie zdrowych psychicznie, grupa B osoby z pogranicza zdrowia

i choroby, a grupa C osobowości zdecydowanie patologiczne.

Teoretycznie stosunkowo najprościej daje się rozwiązać problem ciężkich psychopatów, niedorozwiniętych oraz chorych na ciężkie nerwice i psychozy (grupa C); po prostu zwalnia się ich z wojska, ponieważ istnieją odpowiednie artykuły przepisów orzeczniczo-lekarskich, które tę sprawę regulują.

W praktyce jednak bardzo często rozpoznanie wymienionych schorzeń stawiane bywa zbyt późno. Doświadczenia wojskowych oddziałów psychiatrycznych wykazują, że nierzadko miesiącami przetrzymuje się w szeregach osobników z ciężkimi wadami charakteru, niedorozwiniętych, a nawet schizofreników. Wynika to najprawdopodobniej z nieznajomości elementarnych podstaw psychopatologii i braku wyrobionych mechanizmów postępowania w takim wypadku. Dopiero sytuacja o charakterze wypadku nadzwyczajnego staje się bodźcem do skierowania żołnierza na badania psychiatryczne, często zresztą na wniosek prokuratora.

Wydaje się, że w publikacji niniejszej nie ma potrzeby dokładniej zajmować się żołnierzami grupy A. Są to w zasadzie ludzie zdrowi psychicznie. Wymienieni w punkcie 1 wymagają ponownego zbadania i uzyskania ostatecznej opinii o ich zdrowiu fizycznym i potraktowania zgodnie z istniejącymi przepisami.

Sprawa żołnierzy określonych w punktach 2 i 3 grupy A jest nieco bardziej skomplikowana. Nie można bowiem lekceważyć faktu, że pewien odsetek żołnierzy wychowawczo trudnych sprawia sobą kłopoty dlatego, że po prostu n i e c h c e służyć w wojsku. Niechęć ta rodzić się może z przesłanek ideologicznych, narodowościowych, religijnych, ekonomicznych lub rodzinnych.

W ciągu ostatniego dziesięciolecia nie natknąłem się ani razu na fakt uchylania się od służby wojskowej z przyczyn ideologicznych i dlatego wydaje mi się, że temat ten obecnie przestał być aktualny. Argumenty wrogości narodowościowej (np. ze strony osób uważających się za Niemców i sympatyzujących z NRF, nacjonalistów ukraińskich) wysuwane bywają — w sposób jawny lub ukryty — niesłychanie rzadko, nie

stanowią również istotnego problemu. Także argumentację religijną (Świadkowie Jehowy itp.) można traktować ze względu na rzadkość występowania jako nieważny margines interesującego nas problemu.

Natomiast poważniej liczyć się trzeba z różnego rodzaju sytuacjami ekonomicznymi i rodzinnymi żołnierza, które w istotny sposób odwracają jego uwagę od zadań szkoleniowych w wojsku i skłaniają do różnorodnych przekroczeń dyscypliny i prawa wojskowego. Bardzo często oba te czynniki idą w parze, np. u żołnierza, który wziął ślub przed wcieleniem do służby wojskowej i zostawił w domu nie pracującą żonę w ciąży, a następnie z małym dzieckiem, na utrzymaniu skłóconych z nią rodziców.

Prawdziwym nieszczęściem dla dowódców pododdziałów są zwykle także żołnierze, którzy przed wcieleniem uprawiali zawody artystyczne lub pseudoartystyczne, jak różni grajkowie z zespołów tanecznych, specjaliści od tekstów piosenkarskich, niedokształceni plastycy i inni podobni „t w ó r c y". Mają oni zwykle wygórowane mniemanie o sobie, są zdemoralizowani wysokimi zarobkami, beztroskim trybem życia, nie mają wyrobionych nawyków konstruktywnych postępowania. Ci młodzi ludzie przeważnie zachowują się jak psychopaci, mimo iż nimi nie są. Głównym argumentem, który wysuwają wobec samych siebie przeciwko wojsku, jest „ile forsy oni tracą służąc bezpłatnie tyle miesięcy".

Żołnierzami, wymienionymi w punkcie 2 grupy A, zająć się musi indywidualnie wydział polityczny. Zazwyczaj udzielenie pomocy w rozwiązaniu trudności życiowych wystarcza do ustosunkowania ich pozytywnie do wojska.

W stosunku do osób wymienionych w punkcie 3 znakomitymi receptami postępowania dysponuje w razie konieczności prokurator wojskowy.

4. SZCZEGÓLNY PROBLEM: OSOBOWOŚĆ NIEDOJRZAŁA

Niewątpliwie najwięcej uwagi wymagają żołnierze wychowawczo trudni wymienieni w grupie B oraz gru-

py C, których zaburzenia psychiczne są łagodnie nasilone, w związku z czym trudno uchwytne dla otoczenia. Dotyczy to głównie lżejszych form psychopatii, niedorozwoju umysłowego i nerwic.

Szczególny problem stanowią osobnicy niedojrzali uczuciowo, czyli infantylni. Zagadnienie to jest tym ważniejsze, że dotyczy nie pojedynczych żołnierzy, ale sporej populacji. Wpływają na to zarówno stosunkowo niski wiek wcielonych do wojska poborowych, jak i pewne określone układy kulturalno-socjalne typowe dla nowoczesnych społeczeństw, o których mowa będzie dalej.

Osobowość człowieka dorosłego jest wartościowa dopiero wtedy, gdy zostanie w pełni zintegrowana. Oznacza to, że wszystkie jej człony — intelekt, uczucia i wola oraz cielesne ich podłoże — cały organizm — stanowią w pełni zharmonizowaną całość.

Osiągnięcie pełnej integracji nie jest zjawiskiem ani prostym, ani powszechnie spotykanym, szczególnie w wieku 20 lat. Realizuje się ono przede wszystkim w dynamicznym układzie dojrzewania organizmu (i osobowości), które to dojrzewanie w swym komponencie cielesnym kończy się u mężczyzny około 25 roku życia, a w aspekcie psychicznym nie kończy się właściwie nigdy.

Poza tym, co jest chyba najistotniejsze, dojrzewanie osobowości z reguły nie przebiega równomiernie we wszystkich częściach psychiki. Zjawiskiem fizjologicznym jest np. to, że w późnym okresie pokwitania (15—17 lat) intelektualna część psychiki osiąga w dzisiejszych czasach bardzo wysoki poziom, zbliżony do szczytu rozwoju, podczas gdy część emocjonalna pozostaje daleko w tyle, na poziomie ciągle jeszcze dziecięcym. Wiek 19 lat jest okresem, w którym sfera emocjonalno-popędowa teoretycznie rzecz biorąc zaczyna dorastać do poziomu intelektualnego. W praktyce jednak nierzadko w tym okresie osobnik ludzki mimo osiągnięcia właściwego poziomu umysłowego, w zakresie życia uczuciowego nadal pozostaje infantylny. Stanowi to istotę niedojrzałości uczuciowej, która ujęta w naukową definicję precyzowana jest jako „niedorównanie poziomu reakcji uczuciowych człowieka do

poziomu uczuciowego właściwego wiekowi chronologicznemu (kalendarzowemu)".

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

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

Uczucia archaiczne właściwe są dzieciom do 7 roku życia lub bardzo prymitywnym osobowościom i polegają na prostym przekształceniu uczuć pierwotnych w oparciu o najprostsze doświadczenia życiowe. Do uczuć tych zaliczamy np. gniew, chciwość, lęk, upór, nienawiść, zazdrość, pożądanie płciowe, uleganie prymitywnym okazjom do tzw. „wyżycia się" (zabawy ruchowe u dzieci, a u dorosłych tańce, gry hazardowe, oszałamianie się alkoholem lub innymi narkotykami), imponowanie innym za wszelką cenę, władczość itp. Do tej grupy uczuć należy wiara w zabobon i siły nadprzyrodzone. Ludzie kierowani tymi uczuciami dążą do wyżycia się za wszelką cenę, bez oglądania się na skutki lub co najwyżej przewidując następstwa na krótką metę. Jednakże w tej grupie uczuć daje się też zauważyć działanie pewnych hamulców społecznych, aczkolwiek nie opartych o zdeterminowane i abstrakcyjne myślenie, lecz jedynie o przykre nabytki pamięciowe, wypływające z doświadczenia życiowego. Na przykład nie ukradnę, bo za to biją, nie napiję się brudnej wody — bo gdy tak zrobiłem uprzednio, bolał mnie brzuch itp.

Uczucia wyższe (inaczej intelektualizowane, determinujące) oznaczają najwyższy rozwój emocjonalny

osobowości. Należą do nich: przyjaźń, miłość uwznioślona, zamiłowanie do ładu i czystości, współczucie, zadowolenie z prawdy, dążenie do sprawiedliwości, zaciekawienia teoretyczno-naukowe, poczucie humoru, zainteresowania estetyczne, patriotyzm i inne uczucia społeczne, uwielbienie piękna itp. Uczucia wyższe zaczynają kształtować się dopiero między 10—15 rokiem życia, a w pełni rozwinąć się mogą powyżej 18 roku życia.

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

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

Powszechnie uznane w społeczeństwie poglądy bagatelizują znaczenie uczuciowości w ocenie osobowości człowieka. Większość ludzi ogranicza się raczej do uwzględnienia inteligencji jako probierza wartości psychiki. Zapewne dlatego, że jest to najłatwiejsze. Intelekt można bowiem rozpoznać w ciągu godzinnej rozmowy, można w końcu wykalibrować go liczbowo ilorazem inteligencji za pomocą badania testowego. Uczuciowość jest zaś bardzo trudna do jakiejkolwiek oceny, nawet naukowej, a co dopiero w krótkim bezpośrednim kontakcie. Inteligentni psychopaci, jeżeli im na tym zależy, mogą na krótką metę bardzo zręcznie maskować swe wady charakteru, ponieważ wiedzą czego im brak. O rozwoju emocjonalnym człowieka i jego aktualnym stanie mogą nam dostarczyć informacji jedynie dokładne dane o zachowaniu się w różnych konkretnych sytuacjach życiowych. Stąd wyrobienie sobie opinii o jakiejś osobie powinno się opierać na bardzo dokładnym wywiadzie o jego życiu lub długotrwałej obserwacji.

Niektóre szkoły psychiatryczne zakładają wręcz przewagę znaczenia sfery popędowo-emocjonalnej nad

sferę intelektualną psychiki. Mówią one o tzw. „sternictwie uczuciowym". Według tej teorii intelekt jest co prawda głównym organem poznawczym, ale o postępowaniu danej osoby w każdej określonej sytuacji decydują uczucia. Im bardziej dojrzała jest emocjonalność, im bardziej bazuje ona na uczuciach wyższych, tym bardziej dojrzałe są decyzje człowieka. *Vice versa,* działanie osobnika niedojrzałego uczuciowo nie może być wartościowe, ponieważ dyktowane jest potrzebą chwili, zachcianką, popędem, bez oglądania się na skutki tego czynu. Osobnik niedojrzały uczuciowo, psychopata, przypomina okręt dowodzony przez doświadczonego i mądrego kapitana, który u steru postawił jednak pijanego sternika. Mimo adekwatnych rozkazów, wydawanych przez kapitana, okręt nie trzyma się kursu, tylko kluczy i zbacza, ponieważ pijany sternik nie słucha rozkazów, lecz kręci kołem, jak mu chwilowa fantazja podyktuje.

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

Jak już wspomniałem, w dzisiejszym świecie osobnicy niedojrzali emocjonalnie, zwłaszcza w wieku lat 19, nie należą do rzadkości. Kształtowanie się bowiem uczuć, ich rozwój od niższych do wyższych może być przyśpieszany przez odpowiednie szkolenie, podobnie

jak rozwój intelektu; dzisiejszy układ stosunków międzyludzkich mało jednak sprzyja temu procesowi. Szczególnie wyraziście zjawisko to daje się obserwować w społeczeństwach wysoko cywilizowanych. Wpływa na to cały szereg przyczyn:

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

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

Szczególnie film i telewizja niechętnie podejmują korzystne z punktu widzenia wartości społecznych treści lub formy. Kraje Zachodu poszły na najłatwiejsze i najefektowniejsze doraźne zaspokajanie najprymitywniejszych emocji i popędów poprzez tematykę pornograficzną, kryminalną i tanią przygodowość. Podobną postawę przyjęli twórcy muzyki, prozy, poezji, sztuk plastycznych, którzy bądź zniżają się do mas (?) wprowadzając do swej twórczości elementy brutalności, grozy, pornografii czy podrobionego prymitywizmu, przekładając (w muzyce i piosenkarstwie) rytm i hałas

nad inne treści muzyczne, bądź też odrywają się w pełni od przeciętnego odbiorcy poprzez udziwacznienie formy (nowe prądy w malarstwie i rzeźbie, muzyka nowoczesna, rozkojarzona składnia poezji czy nawet prozy). Nawet w krajach socjalistycznych zbyt mały nacisk kładzie się w działalności artystycznej, na zręczne, interesujące i sugestywne przekazywanie treści kształcących patriotyzm, pęd do wiedzy, humanitarne elementy filozofii życia, godność osobistą, dumę z osiągnięć ustroju itp.

Drugim istotnym czynnikiem utrudniającym prawidłowe kształtowanie uczuciowości dzieci i młodzieży są typowe dla naszych czasów zmiany w komórce rodzinnej. Zazwyczaj pracują oboje rodzice, a jeżeli pracuje tylko ojciec, pociąga to na ogół za sobą kłopoty finansowe. Wskutek tego utrudnione zostało systematyczne wychowanie przez matkę, z całą jej troskliwością i pogodą, oraz upadł autorytet ojca.

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

Jak bardzo ważny jest autorytet ojca w domu, widać najlepiej na dzieciach panieńskich, wdów, rozwódek, które — jak to powszechnie wiadomo — dość często wykazują aspołeczne cechy charakteru i bardzo źle adaptują się do życia w społeczeństwie. Chłopiec przyuczony przez ojca do posłuchu przenosi nieświadomie później swój szacunek na nauczyciela i dowódcę w wojsku. Łatwiej jest go podporządkować sobie, ponieważ wyniósł z domu posłuch dla autorytetu, który automatycznie utożsamia z każdym przełożonym.

W dzisiejszych czasach ojciec utracił na całym świecie swe dawne znaczenie w rodzinie. Utracił również swój autorytet nauczyciel, przynajmniej w tym sensie, w jakim go miał jeszcze 40 lat temu. Dlatego dowódca wojskowy z tym większym wysiłkiem musi wywalczać

swój własny autorytet w jednostce. Nie przyzwyczajony do dyscypliny domowej i szkolnej poborowy dość często traktuje przewidziane regulaminem postępowanie dowódcy jako niezrozumiałe szykany.

Trzecim czynnikiem mającym istotny a mało korzystny wpływ na kształtowanie się uczuciowości wyższej u młodzieży jest jej bardzo wczesne usamodzielnienie się. Jest to zgodne może z wcześniejszym dojrzewaniem cielesnym i intelektualnym, ale zupełnie niezgodne z dojrzewaniem uczuciowym. W dzisiejszych czasach 16—18-latki obojga płci włączane są już do produkcji, zarabiają, dysponują samodzielnie pieniędzmi, a nawet ze względu na swą liczebność zaczynają dyktować wymagania w dziedzinie handlu, przemysłu lekkiego, sztuki. Stają się ważnym konsumentem, z którym liczą się ekonomiści. Wielu socjologów na całym świecie zwraca uwagę na niekorzystne strony tego zjawiska. Zbyt szybkie usamodzielnienie się ludzi niedojrzałych w pełni do odrębnego życia wytwarza monstra wegetujące z dnia na dzień bez planowania, bez wewnętrznej potrzeby dalszego kształcenia, przyzwyczajone do brania, odzwyczajone od dawania czegokolwiek od siebie.

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

Obraz kliniczny niedojrzałości emocjonalnej cechują: niestałość dążeń życiowych, mała samodzielność, nadmierne uleganie wpływom, brak powagi w zachowaniu, chwiejność emocjonalna, skłonność do prymitywnych zabaw, beztroska, chęć imponowania kolegom za wszelką cenę, na ogół lękliwość w odniesieniu do przełożonych przy występowaniu niekiedy nieoczekiwanego uporu. Reakcje na trudności życiowe mają charakter niepoważny, dziecinny: np. żołnierz raz czy drugi skarcony za nieprzepisowy ubiór na warcie po kolejnym wyznaczeniu go do służby zamyka się na strychu

i nie wychodzi stamtąd mimo wielogodzinnych poszukiwań.

Dziecięca lekkomyślność i chęć imponowania za wszelką cenę przybierają niekiedy niebezpieczne rozmiary, np. żołnierz schodzi z posterunku z bronią w ręku i idzie do najbliższej wioski na zabawę taneczną, gdzie pozwala postrzelać z mp kilkunastoletnim wyrostkom; inny jadąc na przepustkę przyszywa sobie bezprawnie dystynkcje sierżanta, a w pododdziale, aby zaimponować kolegom, łyka publicznie żyletki i żywe żaby (wszystkie przykłady autentyczne). Zupełny brak poczucia odpowiedzialności za sprzęt, trwała awersja do utrzymania porządku i czystości w pododdziale, krytyka rozkazów, skłonność do samowolnych oddaleń — to powszednie grzechy infantyla w mundurze. Oczywiście konsekwencje tego postępowania — kary — nierzadko nie wychowują go, lecz załamują. Po pewnym czasie zaczyna on reagować nerwicowo, przeważnie histerycznie lub depresją, co pociąga za sobą kolejne samowolne oddalenia, dezercję lub próby samobójcze.

5. POSTĘPOWANIE Z OSOBNIKAMI NIEDOJRZAŁYMI, ŁAGODNIE NIEDOROZWINIĘTYMI ORAZ LŻEJSZYMI POSTACIAMI PSYCHOPATII

Zazwyczaj, jeżeli w plutonie lub kompanii znajduje się jeden tylko żołnierz z cechami infantylnymi, można podjąć próbę pozostawienia go w szeregach i poddania szczególnym metodom wychowania. Wymaga to licznych dodatkowych rozmów z dowódcą, oddziaływania przez kolektyw specjalnie dobranych kolegów, umiejętnego stosowania wyróżnień i kar, używania do zadań raczej krótkotrwałych i efektownych, przynoszących szybkie efekty, niż do zadań długotrwałych i wymagających cierpliwości oraz żmudnego wysiłku. W razie stwierdzenia bezowocności tego typu oddziaływania najrozsądniej jest przedstawić takiego żołnierza komisji wojskowo-lekarskiej, która w tym wypadku

stosuje odroczenie służby wojskowej na okres 1—3 lat, licząc na osiągnięcie w tym czasie dojrzałości przez poborowego. Niebezpiecznie jest gromadzić w jednostce kilku infantylnych osobników, ponieważ z reguły tworzą oni niekorzystną dla porządku wojskowego grupę, w której indukują się nawzajem do czynów naruszających dyscyplinę.

Uwagi co do postępowania z osobnikami infantylnymi odnoszą się w pełni również do żołnierzy z lżejszymi formami psychopatii, którzy według obowiązujących obecnie przepisów orzeczniczych mogą odbywać służbę wojskową bądź to w oddziałach operacyjnych, bądź w oddziałach OTK.

Zasadniczą linią postępowania zdaje się być rozumna stanowczość w stopniowym wdrażaniu ich do konieczności przestrzegania regulaminów i przepisów wojskowych. Praktycznie zastosowanie tej zasady zależy od doświadczenia życiowego, znajomości ludzi i taktu dowódcy. Szablonu w tym wypadku zastosować się nie da. Wobec niektórych psychopatów należy zastosować od razu ostre represje i dopilnować wykonania każdego rozkazu z całą surowością. Wobec innych kary nie mogą być początkowo ostre, chociaż zawsze wymierzane muszą być stanowczo i poparte właściwą argumentacją. Wielką pomoc (lub przeszkodę) w pracy dowódcy stanowi postawa kolektywu pododdziału. Jeżeli reszta kolegów poprze dowódcę w jego wychowawczych zamiarach, wtedy kampania jest wygrana, jeżeli natomiast okaże jawne lub ukryte poparcie koledze, wtedy negatywne cechy osobowości psychopaty mają pełne pole do ujawnienia. Szczególnie niebezpieczne jest nagromadzenie kilku psychopatów w pododdziale.

Sprawą ciągle dyskusyjną jest tworzenie specjalnych pododdziałów dla psychopatów. Z wielu powodów — zarówno wojskowych, jak i niewojskowych, ogólnospołecznych — byłoby to pożądane. Warunkiem istotnym powodzenia eksperymentu tego rodzaju byłby jednak nikły dostęp do broni oraz nasycenie kadry dowódczej dużą liczbą oficerów z wykształceniem pedagogicznym. Wydaje się, że w obecnym stanie, kiedy nasze wojsko operacyjne obarczone jest odpowiedzialnością za najwyższą gotowość bojową, nie ma w nim

miejsca na tego rodzaju eksperymenty, przynajmniej na szerszą skalę. Natomiast możliwe jest wykorzystanie niedużych zgrupowań psychopatów w niektórych oddziałach OTK.

Nowoczesne przepisy orzecznictwa wojskowo-psychiatrycznego nie pozwalają na pozostawienie w wojskach operacyjnych osobników w najmniejszym nawet stopniu niedorozwiniętych umysłowo. Stwierdzenie zatem, że żołnierz wychowawczo trudny jest debilem, oznacza jego natychmiastowe zwolnienie z szeregów. Ociężałych umysłowo kieruje się do niektórych oddziałów OTK, zwłaszcza tych, których główne zadanie polega na prostej pracy naprawczej, kopaniu umocnień, robotach porządkowych itp.

W postępowaniu z osobnikami wykazującymi nawet nieznaczny niedorozwój umysłowy należy pamiętać, że są to ludzie pozbawieni wyobraźni, źle przewidujący następstwa swoich czynów, niechętnie odstępujący od raz wyuczonych szablonów, a zatem często bezsensownie uparci, podejrzewający otoczenie, że chce ich oszukać.

Na ogół nie ma z nimi kłopotów, jeżeli nie stawia się im zbyt skomplikowanych zadań i jeżeli mają zaufanie do przełożonego. Ponieważ z racji swej wady psychicznej bywają prześladowani i wyszydzani przez kolegów, szukają oparcia w dowódcach i — jeżeli je znajdą — ufnie spełniają wszystkie ich rozkazy. Natomiast brak tego oparcia powoduje lęk przed środowiskiem wojskowym i różne nerwicowe reakcje pod postacią samowolnych oddaleń, dezercji, prób samobójczych, prymitywnych symulacji, samouszkodzeń itp.

*

* *

Reasumując, stwierdzenie trudności wychowawczych u żołnierza powinno być podstawą do dokonania dokładnej analizy jego negatywnych postaw. W wypadku niemożności wyjaśnienia jego postępowania za pomocą zwykłych psychologicznych przesłanek powinien on być poddany badaniu psychiatrycznemu, ponieważ w wielu przypadkach trudności wychowawcze wynikają z niemożności adaptacji do służby wojskowej,

uwarunkowanej wadą lub chorobą psychiczną. Poważniejsze upośledzenie czynności psychicznych stanowi podstawę do zwolnienia od obowiązku pełnienia służby wojskowej; są to niedorozwoje umysłowe, cięższe postacie psychopatii, psychozy i cięższe nerwice. W niektórych schorzeniach, jak np. lżejszych formach nerwic lub niedojrzałości emocjonalnej, można stosować zasadę odroczenia służby wojskowej na okres 1—3 lat. Stosunkowo wielu łagodniejszych psychopatów, osobników niedojrzałych emocjonalnie, a nawet ociężałych umysłowo można by utrzymać w wojsku pod warunkiem stosowania szczególnego postępowania, które omówiono w tekście.

ROZDZIAŁ V

Psychopatologiczny aspekt przestępczości w wojsku

1. WPROWADZENIE

Przestępczość w wojsku, podobnie jak i przestępczość w ogóle, uwarunkowana jest oczywiście wieloma przyczynami. Zasadniczy wpływ na jej istotę zdają się mieć jednak 2 czynniki:

1) oddziaływanie środowiska,

2) cechy osobowości żołnierza, który dopuszcza się przestępstwa.

W pewnego typu naruszeniach przepisów i prawa wojskowego większą rolę grają czynniki ogólnośrodowiskowe, w innych stałe lub okresowe predyspozycje psychiczne żołnierza.

Co się tyczy pierwszego czynnika, to sprowadza się on zwykle do zamkniętego kręgu pododdziału. Ogólnie dobra atmosfera, poprawny stan dyscypliny, czujność dowódców i dbałość o sprzęt, harmonijne współżycie kolektywu — to czynniki hamujące wszystkie formy przestępczości. Rozkład wyżej wymienionych czynników pociąga za sobą nieubłaganie wzrost czynów kryminalnych.

Zadaniem niniejszego rozdziału jest uwydatnienie drugiego z wymienionych czynników kryminogennych, mało na ogół podkreślanego w publikacjach fachowych, a przecież bardzo istotnego dla sprawy.

Niektóre zwłaszcza przestępstwa, w tym tak typowe dla wojska, jak: dezercje, wielokrotne samowolne oddalenia, samouszkodzenie, manifestacyjne niewykonywanie rozkazów* popełniane są szczególnie przez

* Uwaga ta dotyczy oczywiście przestępstw dokonywanych wyłącznie w okresie pokoju. W czasie wojny mechanizm powstawania przestępstw tego typu jest odmienny.

żołnierzy, wykazujących różne anomalie psychiki. Również samobójstwa, które choć nie są przestępstwem, stanowią jednak przedmiot zainteresowania prokuratur wojskowych, popełniane są w wojsku przez osoby, wykazujące odchylenia od normy psychicznej.

Przenikanie w szeregi wojska elementów niepełnowartościowych psychicznie pociąga za sobą wzrost przestępczości typowo wojskowej, a należyty przesiew poborowych pod kątem ich wydolności psychicznej oraz stała kontrola wartości umysłowych i charakterologicznych żołnierzy w okresie pełnienia służby wpływa na jej obniżenie.

Stwierdzenie powyższe, mimo iż dla znawców problemu ma charakter truizmu, nie doczekało się dotychczas praktycznego uznania i wprowadzenia w życie. Wskazują na to chociażby cytowane już przez nas dane, z których wynika, że pracujące według dotychczasowego szablonu komisje dla poborowych dokonują selekcji niemal wyłącznie pod kątem określenia przydatności fizycznej przyszłego żołnierza. Odrzucają one jedynie osobników, u których zaburzenia psychiczne są tak dalece zaawansowane, że są widoczne nawet przy powierzchownym kontakcie, lub którzy przedstawiają samorzutnie nie budzącą wątpliwości dokumentację, wskazującą na aktualną rejestrację w Poradni Zdrowia Psychicznego lub szpitalu psychiatrycznym.

Na wzrost współczynnika przestępczości ma również wpływ niedostateczna opieka psychiatryczna kadry i żołnierzy służby okresowej. Z powodu niedostatku psychiatrów w wojsku z jednej strony i braku rozeznania problemów psychopatologicznych z drugiej zdarza się niekiedy, że osobnicy z czynną psychozą lub ciężkim kalectwem psychicznym pełnią przez pewien czas służbę wojskową. Fakty te z reguły kończą się konfliktem z prawem.

Najbardziej skłonni do działania przestępczego są oczywiście chorzy psychicznie. Podporządkowani urojeniom, omamom, niedorzecznie oceniający otoczenie, często ze zmąconą świadomością mogą dopuścić się groźnych przestępstw zupełnie nieświadomi dokonywanego czynu. Na szczęście przypadki psychoz spoty-

kane rzadko w ogóle (około 2—3% bieżącej populacji) w wojsku również nie zdarzają się często. Ponadto ze względu na ewidentny charakter zaburzeń psychicznych są zwykle wcześniej wykrywane. W związku z tym zazwyczaj nie stanowią poważniejszego niebezpieczeństwa. Jako wyjątek z tej reguły trzeba traktować paranoję (obłęd), której obraz kliniczny jest trudny do rozpoznania przez niespecjalistów. Paranoicy długo nie wykryci przez otoczenie stanowić mogą w wojsku znaczne zagrożenie dla najbliższego otoczenia ze względu na łatwy dostęp do broni, stanowisko, które zajmują itd.

Najliczniejszą grupę osób naruszających w wojsku przepisy stanowią psychopaci i osobnicy łagodnie niedorozwinięci. Ludzie ci — jak to uprzednio wskazałem — łatwo przenikają przez sieć komisji lekarskich, a względnie duże możliwości adaptacyjne pozwalają im nieraz przez szereg miesięcy pełnienia służby wojskowej ukryć swoje wady. Ujawniają się zwykle po natrafieniu na jakąś trudność, błahą dla osobników normalnych, lecz dla nich nie do przezwyciężenia.

W niedorozwojach obok trudności w przyswajaniu wiadomości upośledzone są zdolności do krytycznej oceny sytuacji, osłabiona lub zniesiona zdolność przewidywania następstw dokonywanych czynów, ograniczone możliwości abstrakcyjnego myślenia. Z tych powodów niedorozwinięty żołnierz nie potrafi opanować programu szkolenia wojskowego, a poza tym niewłaściwie wykonuje polecenia i rozkazy, ściągając na siebie gniew przełożonych. Ponieważ nie rozumie on błędów swego postępowania, nie ma w związku z tym poczucia winy, wobec tego represje, które go spotykają za przewinienia, odczuwa raczej jako krzywdę niż słusznie należną karę. Stąd rodzą się reakcje, mające formę prymitywnego protestu, pod postacią zamachów samobójczych, dezercji, samowolnych oddaleń, odmowy wykonania rozkazu itp.

W psychopatiach słabość hamulców moralnych, prymitywizm życia uczuciowego i zła kontrola popędów stwarzają stałe „pogotowie kryminogenne". Osobnik z wadą charakteru działa przestępczo mimo krytycznego wglądu w sytuację, ponieważ nie może powstrzymać

się od działania, które ma zaspokoić chwilową zachciankę. Stosunkowo najmniej kontaktów z organami ścigania mają chorzy na nerwice, w zasadzie w pełni poczytalni i nastawieni wobec naporu otaczającego świata raczej obronnie niż agresywnie, zajęci swoją chorobą. I tu jednak nierzadko dochodzi do kolizji z prawem, przeważnie na skutek niedopilnowania obowiązków lub mimowolnego dokonania błędu zawodowego, naruszenia przepisów itp.

Nie sposób tutaj dokładnie omówić psychopatologicznych aspektów wszystkich typowo wojskowych przestępstw. Dla ilustracji zajmę się bardziej szczegółowo jedynie problemem samowolnych oddaleń i dezercji, zarówno ze względu na znaczenie, jak i częstość ich występowania.

2. SAMOWOLNE ODDALENIA

Samowolne oddalenie jest zjawiskiem występującym we wszystkich wojskach świata dość często, a tym częściej, im młodsze są roczniki żołnierza i im bardziej swobodny tryb życia charakteryzuje społeczeństwo w ogóle. W wielu wypadkach dowódcy nie zgłaszają samowolnych oddaleń prokuraturze, stosując kary dyscyplinarne i metody wychowawcze. U osobników prawidłowo ukształtowanych psychicznie zabiegi te na ogół skutkują. Czynniki emocjonalne, takie jak: poczucie godności osobistej, odpowiedzialność, wstyd, ambicja, lęk przed więzieniem, oraz intelektualne, jak np. krytyczny osąd nieopłacalności przestępstwa, powodują, że żołnierz więcej się samowolnie nie oddala. U osobników niepełnowartościowych psychicznie wymienione bodźce nie skutkują, wobec czego próby wychowawcze zawodzą lub wręcz traktowane są jako dowód słabości dowódców, przekonują o bezkarności i zachęcają do dalszych wyskoków.

Do najczęściej spotykanych motywów samowolnego oddalenia należą:

A. Przesłanki psychologiczne:

1. Tęsknota do rodziny.

2. Chęć (chwilowo przynajmniej) oswobodzenia się z więzów bezwzględnej dyscypliny.

3. Troska o poprawę psującej się sytuacji materialnej rodziny.

4. Zazdrość o żonę lub narzeczoną.

5. Lęk przed ukaraniem.

6. Obłożenie obowiązkami ponad wydolność.

7. Niemożność zaadaptowania się do nowego środowiska.

8. Rzeczywiście nieznośna atmosfera w pododdziale — szykany ze strony kolegów i dowódców itp.

9. Złośliwie negatywne ustosunkowanie się do służby wojskowej.

B. Przesłanki psychopatologiczne:

1. Działanie w stanie zmąconej lub zniesionej świadomości; konkretnie w grę wchodzą tu stany pomroczne zwykłe i jasne, stany automatyczne, działanie popędowe, stany majaczeniowe różnej natury, dromomania (pęd do wędrowania). Jednostki chorobowe, w których możemy mieć do czynienia z tymi stanami, to przede wszystkim padaczka, zaburzenia psychiczne, pourazowe i intoksykacyjne, rzadziej histeria lub schizofrenia.

2. Działanie pod wpływem psychotycznych nakazów (narzucania myśli, omamów słuchowych, urojeń). Stany takie najczęściej występują w przebiegu schizofrenii, obłędu (paranoja), rzadziej innych psychoz.

3. Działanie w stanie zniesionego krytycyzmu i upośledzenia czynności intelektualnych w ogóle (niedorozwój umysłowy, otępienie pourazowe, padaczkowe lub inne).

4. Działanie w stanie dysforii lub dromomanii typu psychopatycznego (psychopatie, padaczka).

5. Działanie z powodu innych psychopatologicznych przesłanek — np. afekt patologiczny, patologiczna zazdrość, chęć postawienia na swoim za wszelką cenę czy wreszcie niemożność dostosowania się do wymo-

gów dyscypliny ze względu na wadliwy charakter (psychopatie i inne wady charakteru).

6. Inne stany psychopatologiczne.

W wielu wypadkach obserwujemy wzajemne oddziaływanie czynników psychologicznych i psychopatologicznych. Na przykład tęsknota do rodziny, zazdrość, lęk przed ukaraniem, chęć wyzwolenia się z więzów dyscypliny, nadmierne obłożenie obowiązkami mają niewspółmiernie potężniejszy wpływ kryminogenny na żołnierza psychopatycznego, niedorozwiniętego czy chorego na padaczkę niż osobnika zdrowego.

Jednak nawet wtedy, kiedy szereg wymienionych motywów działa jednocześnie, ostateczne powzięcie decyzji o samowolnym oddaleniu nie zależy wyłącznie od nich samych (z wyjątkiem oczywiście zdecydowanej patologii, co zdarza się jednak bardzo rzadko). W gruncie rzeczy bowiem większość wymienionych wyżej czynników psychologicznych działa na wszystkich żołnierzy, a pomimo to przestępstwo z art. 303 kk popełnia zaledwie nikły odsetek stanu osobowego wojska. W grę wchodzą zatem inne jeszcze przyczyny i dopiero ich wypadkowa spowodować może decyzję o samowolnym oddaleniu. Do takich dodatkowych, ale istotnych czynników zaliczyć trzeba nieprzygotowanie życiowe większości wcielonych świeżo żołnierzy, brak poczucia obowiązku i odpowiedzialności, drażliwość, wyniesiony ze szkoły przez wagarowiczów nawyk omijania przepisów dyscyplinarnych i porządkowych oraz młodzieńcza skłonność do nadmiernych reakcji emocjonalnych.

Wielu z nich, mimo poinformowania o karalności za samowolne oddalenie, po oddaleniu się z jednostki przypuszcza, że „jakoś to będzie", liczy na pobłażliwość lub na brak kontroli ze strony dowódców, albo bezmyślnie oddaje się zabawom i zapomina o swych obowiązkach.

Do czynników katalizujących dezercję zaliczyć też trzeba wszelkiego rodzaju „okazje", uchylające bezpośredni dozór przełożonych nad podwładnymi i stwarzające okoliczności sprzyjające złożeniu w sposób niezauważalny wizyty rodzinie, znajomym itp. Stwa-

rzają takie sytuacje podróże ze szpitala do jednostki, przeniesienie z pułku do pułku, wyjazd służbowy lub na kurs szkoleniowy z mało precyzyjnie określonym terminem powrotu itp. Żołnierz nie czuje wtedy nad sobą kontroli przełożonego, liczy na „szczęście" i brak czujności ze strony przełożonych. Często też zaczyna odczuwać przyjemność, że tak chytrze wyprowadził w pole władze wojskowe. Następuje samowolne oddalenie, które coraz bardziej się przedłuża i często przybiera w końcu rozmiary dezercji.

Wszystkie te czynniki działają dużo silniej w zetknięciu z osobowością psychopatyczną lub infantylną, kiedy to zarówno słabszy krytycyzm, jak i silniejsze działania popędowo-emocjonalne stanowią bardzo podatny grunt do wygórowanych reakcji na działanie wymienionych motywów psychologicznych.

Nie bez znaczenia są również różnego rodzaju czynniki socjalne, kształtujące osobowość żołnierza przed wcieleniem do wojska. Z naszych badań wynika na przykład, że młodzież wiejska oddala się samowolnie stosunkowo rzadziej niż miejska, a młodzież powiązana przed wcieleniem do służby wojskowej z elementami chuligańskimi i złodziejskimi stanowi materiał szczególnie skłonny do samowolnych oddaleń, a także i dezercji.

3. DEZERCJE

Motywacja dezercji jest w zasadzie zbliżona do motywacji samowolnych oddaleń. Różnice tu istniejące mają charakter ilościowy, a nie jakościowy. Najczęściej decyzja o dezercji jest wypadkową gwałtownych napięć emocjonalnych, niskiego krytycyzmu i słabej woli. W świetle doświadczeń autorów niemieckich i francuskich przestępstwo to w okresie pokoju rzadko bywa dokonywane przez osobników w pełni sprawnych psychicznie, a zwłaszcza całkowicie krytycznych. O ile bowiem samowolne oddalenia często uchodzą żołnierzom bezkarnie (w sensie ograniczenia represji do kar dyscyplinarnych), o tyle dezercja z reguły kończy się wyrokiem sądowym, po czym żołnierz z

powrotem wcielany jest do szeregów, a zatem nie może dojść do zadośćuczynienia dążeniu do skrócenia pobytu w wojsku. Ponadto jest nieprawdopodobne, aby sprawnie działający w okresie pokojowym aparat ścigania nie wykrył w końcu ukrywającego się zbiega. W rezultacie więc dezercja jest przestępstwem nieopłacalnym, a nawet efekty, które chce się za jej pomocą osiągnąć, obracają się przeciwko delikwentowi.

Dlatego wśród dezerterów jest bez porównania więcej osobników głęboko upośledzonych umysłowo, ciężkich psychopatów, psychotyków, u których w motywacji przestępstwa przesłanki psychopatologiczne przeważają nad psychologicznymi.

Bardzo często uzasadnienie motywów dezercji uderza naiwnością i lekkomyślnością nawet u żołnierzy, których żadną miarą nie można było uznać za nienormalnych. Zjawisko to tłumaczyć należy młodym wiekiem i wiążącą się z tym niedojrzałością psychiczną, brakiem wyobraźni i zdolności przewidywania.

* * *

Mechanizm powstawania samowolnych oddaleń i dezercji zdaje się wskazywać na konieczność stosowania przez wojskowe instytucje ścigania i sądzenia ostrożności w ocenie motywacji także szeregu innych przestępstw typowych dla wojska. Jest rzeczą wiadomą, że wypadki uchylania się od obowiązku służby wojskowej, niewykonania rozkazów, stawienia czynnego oporu wobec przełożonych zdarzają się z dużą łatwością u psychopatów. Niedorozwinięci często nie wykonują rozkazów, schodzą z powierzonych im posterunków itp. nie dlatego, że wynika to z ich złośliwego nastawienia, lecz dlatego, że nie pojmują, czego się od nich w wojsku żąda. Samouszkodzenia w czasie pokoju niemal z reguły dokonywane są przez osoby chore psychicznie, psychopatów lub oligofreników. Swoisty problem dla przestępczości w wojsku stanowi alkoholizm, zarówno w formie ostrych upojeń, jak i przewlekłego nałogu.

Właściwe i w porę postawione rozpoznania psychiatryczne mają zatem dla kryminologii wojskowej kolosalne znaczenie nie tylko w sensie bardziej rzeczowego i sprawiedliwego postępowania karnego, lecz także i w sensie profilaktyki.

ROZDZIAŁ VI

Problem samobójstw w wojsku

1. WPROWADZENIE

Samobójstwo jest aktem czysto ludzkim, a poza tym łączy się wyraźnie z życiem w społeczeństwie. Wśród ludów pierwotnych zdarza się ogromnie rzadko. Rozwój cywilizacji, wysokie tempo życia sprzyjają wzrostowi częstotliwości zamachów samobójczych. Statystyka wykazuje, że liczba samobójstw w ciągu wieku XIX i XX wzrasta na całym świecie szybciej niż ludność (wg Grzywo-Dąbrowskiego).

Kraje bardziej cywilizowane naszego kręgu kulturowego mają wyższe wskaźniki samobójstw niż zacofane. Na przykład według statystyki ONZ z 1966 r. wskaźniki dla poszczególnych krajów wynoszą na 100 tys. mieszkańców: Chile — 4,6, Austria — 23,9, NRF — 21, Szwecja — 20. Polska w roku 1967 miała wskaźnik 10.

Istnieje cały szereg czynników ekonomiczno-społecznych wpływających pobudzająco lub hamująco na liczbę samobójstw. I tak na ich wzrost mają wpływ: 1) katastrofy ekonomiczne, prowadzące do nagłego pogorszenia warunków materialnych ludności, 2) nadużywanie narkotyków, 3) ucisk społeczny, 4) zarówno zbyt rygorystyczne nakładanie tzw. więzów moralnych, jak i rozwiązłość obyczajów.

Hamująco na częstość występowania samobójstw wpływają: 1) doniosłe wydarzenia polityczne, pochłaniające uwagę całego narodu, jak np. wojny lub korzystne przełomy społeczne, 2) dobrobyt, a szczególnie okres dorabiania się narodu, 3) niektóre religie, między innymi chrześcijańska, 4) małżeństwo (w sensie założenia ogniska rodzinnego). W miastach, zwłaszcza

dużych, samobójstwo jest stosunkowo znacznie częstszym zjawiskiem niż na wsi.

Mężczyźni w Europie popełniają samobójstwo 3—4 razy częściej niż kobiety, przy czym stwierdza się u mężczyzn 2 okresy szczególnie dużej podatności na myśli samobójcze: jeden w wieku poborowym, a drugi w starości. Ma to ważne znaczenie dla problemu roztrząsanego przez nas, tzn. dla problemu samobójstw w wojsku. Na przykład w roku 1962 mężczyźni w wieku 20—30 lat stanowili 15% ogółu mężczyzn, a wśród samobójców było ich 22,5%, przy czym ten ostatni odsetek wykazuje wyraźną tendencję do wzrostu, gdyż w porównaniu z rokiem 1954 zwiększył się o 228% (bezwzględne liczby: w roku 1954 liczba samobójców wśród mężczyzn w wieku 20—30 lat wynosiła 116, w roku 1962 — 380).

Samobójstwo jest w każdym zorganizowanym społeczeństwie zjawiskiem ujemnym. Giną w sposób nieoczekiwany aktywne społecznie, niekiedy bardzo wartościowe jednostki, a poza tym akt samobójczy demobilizuje otoczenie, ponieważ we wstrząsający sposób stawia pod znakiem zapytania celowość pracy, wysiłków twórczych itp. Z tych powodów samobójstwo jest zjawiskiem szczególnie niekorzystnym w wojsku.

Prawodawstwo w większości krajów, a w tym także i nasze, nie uważa samobójstwa za czyn przestępczy. Samobójstwo potępiają natomiast obowiązujące w Europie poglądy moralne, uznając je za czyn tchórzowski.

W niektórych krajach pozaeuropejskich nie tylko nie potępia się samobójstwa, lecz nawet uważa się je za jedyne szlachetne wyjście z niektórych sytuacji życiowych (Indie, Japonia).

W starożytnym Rzymie uznawano zasadę, że człowiek jest panem swego życia i może je w każdej chwili skrócić, skoro uzna to za stosowne. W stosunku do wielkich mężów stanu opinia publiczna w wielu wypadkach wręcz domagała się popełnienia przez nich samobójstwa, jako jedynego godziwego wyjścia z zawikłanych sytuacji państwowych. Toteż w Rzymie samobójstwa były rozpowszechnione co naj-

mniej na taką skalę, jak później w okresie romantyzmu w całej Europie pojedynki.

W starożytnej Grecji przyjęło się tzw. samobójstwo z rozsądku, które dotyczyło np. starych ludzi: skoro stwierdzili, że stają się niedołężni, wypijali publicznie puchar cykuty, aby przestać być ciężarem dla rodziny.

2. PRZYCZYNY SAMOBÓJSTW

Można przyjąć, że istnieją dwie grupy czynników, determinujących samobójstwo: po pierwsze odpowiedni stan psychiczny danego osobnika i po drugie czynniki natury zewnętrznej. Gdy samobójstwa dokonano w stanie głębokiej depresji (psychoza maniakalno-depresyjna, porażenie postępujące, depresja reaktywna, inwolucyjna itp.) lub w ciężkiej psychozie o innym obrazie (np. w schizofrenii paranoidalnej), to mamy wtedy prawo założyć, że działała tylko pierwsza grupa czynników. Gdy zaś samobójstwo jest następstwem spokojnie przeprowadzonego rozumowania, np. u człowieka, którego los tak ciężko skrzywdził, że nie widzi celu dalszego życia, możemy mówić o działaniu niemalże wyłącznie przyczyn natury zewnętrznej. Nie ulega jednak kwestii, że przyczyną większości zamachów na własne życie jest konglomerat obu grup czynników, przy czym w niektórych wypadkach przeważają jedne czynniki, a w innych drugie.

Do najczęściej działających w wojsku przyczyn natury zewnętrznej należy — według licznych autorów — zaliczyć następujące (kolejność według ważności): obawa ukarania, nieszczęśliwa miłość, konflikty związane ze środowiskiem wojskowym, nie rokujące poprawy, ciężkie, przewlekłe schorzenia, niechęć do służby wojskowej. Wszyscy autorzy mają prawie ten sam pogląd, jeśli chodzi o działanie czynników zewnętrznych. Natomiast w odniesieniu do czynników wewnętrznych istnieje duża rozbieżność zdań. I tak Herszfeld (cyt. za Nelkenem) podaje, że wśród przebadanych przez niego samobójców — wojskowych, 73% to ludzie niepełnowartościowi psychicznie (pod tym ter-

minem rozumiał on zarówno chorych psychicznie, jak i psychopatów oraz niedorozwiniętych umysłowo).

Natomiast Bingler w podobnej grupie przypadków zaledwie u 6% rozpoznał chorobę umysłową, a pozostały odsetek uważał za psychicznie zdrowych. Jeśli chodzi o osoby cywilne, to według Kraepelina około 30% samobójców odbiera sobie życie pod wpływem wyraźnej choroby psychicznej; gdy doliczy się do tego „jednostki na pograniczu psychozy" — np. psychopatów itp. — to odsetek ten znacznie wzrośnie. Podobny pogląd wygłasza Grzywo-Dąbrowski na podstawie analizy samobójstw na terenie Polski. Wydaje się to zupełnie słuszne także w odniesieniu do warunków wojskowych, a taka różnorodność danych uzyskiwanych przez różnych autorów zależy albo od pobieżnego traktowania psychiatrycznej strony zagadnienia samobójstwa, albo różnic w pojmowaniu poszczególnych działów psychiatrii. Specjalnie dużą rozpiętość poglądów wykazują starsi autorzy w dziedzinie takich pojęć, jak psychopatia, nerwice, schizofrenia. Stany psychopatologiczne predysponujące do samobójstwa mogą występować zarówno w przebiegu różnych psychoz, jak i w nerwicach, u psychopatów oraz w niedorozwojach.

Najbardziej usposabiają do samobójstwa różnego rodzaju stany depresji. Jak wiadomo stany depresji mogą występować w przebiegu wielu psychoz, głównie w psychozie maniakalno-depresyjnej, jako postać: psychozy reaktywnej, psychozy involucyjnej i porażenia postępującego. Niegłębokie stany depresji bywają również pochodzenia nerwicowego. Samobójstwa u ludzi w depresji są zwykle zaplanowane, bardzo skrupulatnie realizowane i przeważnie udają się. Chorzy mogą je zapowiadać lub nie, w każdym razie zawsze sygnalizują je wyrazem twarzy, która ma na sobie piętno głębokiego smutku i zrezygnowania. Przed dokonaniem czynu chory odosabnia się. Właściwie każdego człowieka w depresji, bez względu na jej przyczynę, należy traktować jako potencjalnego samobójcę.

Z możliwością odebrania sobie życia należy się również poważnie liczyć u chorych na schizofrenię, zwłaszcza paranoidalną. Przyczyn prowadzących do samo-

bójstwa schizofreników może być kilka — np. chory dręczony przez nadzwyczaj przykre omamy i urojenia postanawia uwolnić się od nich radykalnie przez zerwanie z życiem; w innym przypadku chory otrzymuje stałe nakazy samozniszczenia pod postacią myśli natrętnych lub halucynacji słuchowej odpowiedniej treści i w końcu ulega im; w schizofrenii katatonicznej obserwuje się niekiedy niepohamowany popęd do samobójstwa. Pewne wypadki gwałtownych śmierci w schizofrenii lub innych psychozach, przebiegających ze stanami omamowo-urojeniowymi, traktowane jako samobójstwa, prawdopodobnie nimi nie są. Na przykład chory w stanie majaczeniowym ucieka przed prześladującymi go omamami przez okno, biorąc je za drzwi, wypada z piętra na bruk i zabija się. Samobójstwa schizofreników noszą piętno dziwaczności. Popełniane są zwykle w stanie lękowym, który je powinien sygnalizować. Przeważnie nie są zapowiedziane słowem, lecz raczej tylko zachowaniem.

Alkoholizm również może prowadzić do samobójstwa. Według badań Grzywo-Dąbrowskiego około 10% samobójstw w Polsce jest następstwem nadużycia alkoholu. Z tendencjami samobójczymi należy się liczyć przede wszystkim w halucynozie i paranoi alkoholowej, a poza tym także w alkoholizmie przewlekłym, gdyż działanie alkoholu łączy się tu zwykle z podłożem psychopatycznym. Poza tym należy podkreślić, że alkohol bywa wielokrotnie używany przez samobójców jako „środek na odwagę" przed popełnieniem czynu. Przez swoje działanie osłabiające wolę i krytycyzm oraz zmniejszające hamulce moralne, pobudzające fantazję alkohol ułatwia powzięcie ostatecznej decyzji i realizację samego czynu. Samobójstwa podejmowane w upojeniu alkoholowym wykonywane są często niezdarnie i bywają nieudane.

Nerwice mogą stać się także podłożem samobójstwa. Na pierwszy plan wysuwa się tu histeria. Chorzy na tę nerwicę nierzadko usiłują odebrać sobie życie, robiąc to w sposób teatralny i zwykle bez większej szkody dla siebie. Samobójstwo jest najczęściej zapowiadane, a realizacja jego odbywa się często demonstracyjnie, wobec wielu osób. W nieleczonej neura-

stenii dojść może do zamachu na życie, gdy chory stanie nagle wobec problemu, który mu się wyda ponad siły. Znane są wypadki samobójstw w nerwicy natręctw, której naczelnym natręctwem zadręczającym chorego była myśl, że jest predysponowany do samobójstwa, ponieważ jego ojciec lub matka odebrali sobie życie. Chorzy owładnięci taką myślą tracą zdolność do aktywnej walki z trudnościami życiowymi i wkrótce załamują się całkowicie.

Najczęściej zamachów samobójczych dokonują niewątpliwie psychopaci. Uzależnione to jest od szeregu podstawowych cech osobowości psychopatów, czyniących z nich ludzi ciągle niezadowolonych z życia, zawikłanych w coraz to nowe konflikty z otoczeniem, przekonanych o tym, że są prześladowani, duszących się w nakładanych na nich więzach społecznych i moralnych (dyscyplina wojskowa), przygnębionych przymusem pracy itp. Właściwie każdy rodzaj psychopatii usposabia do samobójstwa. Najczęściej usiłują odebrać sobie życie psychopaci pobudliwi, niestali i dystymicy. Decyzję podejmują w afekcie. Przyczyną tego jest brak opanowania i duża chwiejność afektywna. Z tego względu błahe nawet trudności życiowe wywołują u nich, a zwłaszcza u psychopatów pobudliwych, niewspółmiernie silne reakcje afektywne aż do patologicznego afektu włącznie.

W stanie silnego wzruszenia, nagle bez zastanowienia powstaje decyzja odebrania sobie życia, natychmiast przekształcona w czyn. Osobnik działa tu tak dalece bez zastanowienia, że zwykle już w kilka minut po dokonaniu czynu żałuje tego i błaga o ratunek, o ile oczywiście zamach się nie udał. W niektórych postaciach psychopatii mamy do czynienia także z samobójstwami przemyślanymi. Uwaga ta dotyczy przede wszystkim psychopatów podejrzliwych, nieufnych, zimnych, tzw. astenicznych. W tych wypadkach akt odebrania sobie życia traktowany jest jako ucieczka od kłopotów, odpowiedzialności za popełnione przestępstwa, a niekiedy nawet zdarzają się tu samobójstwa „przez złośliwość", aby narobić innym kłopotów. Decyzja o samobójstwie podejmowana jest po dłuższym przemyśleniu i jako następstwo przekonania,

że samobójstwo jest jedynym wyjściem. Technika zamachu jest należycie wyreżyserowana i przemyślana w szczegółach. Przy denacie znajduje się najczęściej list wyjaśniający sytuację, nierzadko szkalujący wrogie mu osoby, w gruncie rzeczy nie zamieszane w całą tę sprawę. Podobnego rodzaju samobójstwa popełniają również psychopaci-zboczeńcy seksualni, prawie wyłącznie homoseksualiści. Wśród nich nierzadko zdarzają się samobójstwa we dwoje (raczej „we dwóch", lub „we dwie"). Mitomani popełniają samobójstwa podobnie jak histerycy. Są one bardzo teatralne, o wyszukanej technice i najczęściej mało skuteczne.

Osobno należy poświęcić kilka słów stanom psychopatycznym. Są to okresowo trwające, po pewnym czasie przemijające zaburzenia w zakresie woli i uczuć, powstałe bądź to w przebiegu ciężkiej choroby cielesnej, bądź to związane z okresem pokwitania i przekwitania, bądź wywołane sytuacją konfliktową. Stany psychopatyczne przypominają różne postacie psychopatii, przy czym zmiany w charakterze chorego mogą być znaczne. Duża chwiejność afektywna predysponuje do nieadekwatnych reakcji na trudności życiowe i może stać się przyczyną samobójstwa.

W niedorozwoju musimy również liczyć się z możliwościami samobójstwa. Wszyscy autorzy zajmujący się tym zagadnieniem podkreślają, że w warunkach wojskowych niedorozwinięci stosunkowo często dokonują zamachów na swoje życie, podczas gdy w środowisku cywilnym samobójstwa wśród niedorozwiniętych prawie się nie zdarzają. Większość niedorozwiniętych odbiera sobie życie w czasie pierwszego roku służby, przeważnie w okresie unitarnego szkolenia. Należy to tłumaczyć wielkimi trudnościami, jakie sprawia niedorozwiniętym nowe, zupełnie obce, a przez to wrogie środowisko. W życiu cywilnym byli przez cały czas pod opieką rodziny, a także dalsze otoczenie orientowało się, czego można od nich wymagać, a czego nie. Tymczasem w wojsku, gdzie ich początkowo nikt nie zna, opieszałe wykonywanie rozkazów, wypływające z trudności rozumienia ich treści, bierze się często za lenistwo lub złośliwe ociąganie się, wypływające z niechęci do służby wojskowej. Z tego wzglę-

du bywają często rzeczywiście traktowani najgorzej w pododdziałach, sypią się na nich kary dyscyplinarne itp. Trudy służby wojskowej wydają im się nie do pokonania, a ponieważ nie mają zwykle wyczucia wymierności czasu, nabierają przekonania, że męka ich jest nieskończona.

Nie będąc w stanie zrozumieć celu i istoty dyscypliny wojskowej mają uczucie, że kadra podoficerska i oficerska szykanuje ich osobiście. Ciągły lęk przed ukaraniem, poczucie wrogości środowiska, odosobnienie, tęsknota za domem pchają ich do dezercji lub samobójstwa. Czyny samobójcze niedorozwiniętych cechuje często prymitywizm i nieporadność metod działania. Spotykamy się tutaj na przykład z zadawaniem sobie ran scyzorykiem, łykaniem gwoździ, przecinaniem żył szkłem od butelki, wypijaniem chloraminy itp.

Na podstawie przytoczonych danych można by sądzić, że w każdym wypadku samobójstwa należy wiązać decyzję o odebraniu sobie życia z jakimś zaburzeniem psychicznym. Byłoby to stanowisko niesłuszne. Niewątpliwie zdarzają się wypadki, w których nie ma żadnych podstaw do przyjęcia, że samobójca w chwili dokonywania zamachu na swoje życie był chory psychicznie, psychopatą lub niedorozwinięty. Wydaje się, że o pełnym zdrowiu psychicznym samobójcy można mówić wtedy, gdy: 1) wywiad dotyczący całego życia nie wykaże żadnych objawów psychopatycznych ani cech niedorozwoju lub psychozy, 2) wywiad dotyczący ostatnich dni nie wykaże objawów choroby umysłowej, 3) ostatnio zaistniały fakty natury emocjonalnej lub umysłowej, które na każdym człowieku mogłyby wywrzeć duże, przygnębiające wrażenie, przekreślające perspektywy na dalsze życie, podważające sens istnienia itp. (np. ciężka, nieuleczalna choroba somatyczna, utrata ukochanych istot, definitywne przekreślenie wymarzonej kariery życiowej, niesłuszne pozbawienie wolności itp.).

Oczywiście, możemy stać na stanowisku, że rozumowanie, którego kwintesencją jest rezygnacja z życia, jest w swym założeniu błędne. Jednakże samobójca może, po pierwsze, wychodzić z innego założenia, np. że jest

on panem swego życia i może nim dysponować dowolnie bez względu na to, co o tym pomyśli reszta społeczeństwa, a po drugie, błędne rozumowanie nie jest oznaką choroby umysłowej. Mylić się może każdy, nawet najmądrzejszy, najbardziej przewidujący i najbardziej zrównoważony człowiek.

Jak już wspomniałem niektórzy autorzy, np. Grzywo-Dąbrowski, twierdzą, że wojskowi popełniają samobójstwo częściej niż mężczyźni tej samej grupy wieku. Wywodzić się to ma stąd, że u wojskowych do zwykłych przyczyn samobójstw dochodzą swoiste, związane ze służbą wojskową, jak: (cyt. za Grzywo-Dąbrowskim) „tęsknota za domem, niechęć do służby wojskowej, trudne przez swą odmienność od dotychczasowych warunki życia i służby, ograniczenie swobody, obawa przed karą, koszarowy tryb życia itd." Inni autorzy nie uznają tego poglądu, podważając przede wszystkim sens statystycznego porównania mężczyzn w wieku poborowym, odbywających służbę wojskową z pozostającymi poza wojskiem. Zazwyczaj poza służbą wojskową pozostaje tylko nikły procent mężczyzn, będący przy tym materiałem skrajnie różnym od pełniących służbę zarówno pod względem zdrowia fizycznego, jak i pod względem psychologicznym. Czynniki przyczynowe zacytowane za Grzywo-Dąbrowskim dotyczą raczej prostego żołnierza, gdyż praca oficera lub podoficera przypomina w zasadzie funkcje specjalnych urzędników i okresowo tylko wymaga szczególnego napięcia sił, woli i wyrzeczenia. Dane z rocznika statystycznego w następujący sposób ilustrują tendencję do wzrostu samobójstw w Polsce: między rokiem 1953 a 1965 nastąpił wzrost liczby samobójstw w ogóle o 7,4% (z 2594 do 2785), co się tyczy mężczyzn — o 9,8% (z 1946 do 2137), a wśród mężczyzn w wieku od 20 — 30 lat — o 23,7% (z 321 do 397) — dane statystyczne MO. Natomiast do ściśle wojskowych czynników ułatwiających powzięcie decyzji co do popełnienia samobójstwa należy zaliczyć łatwy dostęp do broni palnej, ograniczenie wolności związane z koniecznością przestrzegania dyscypliny, życie w koszarach oraz nieuregulowane życie seksualne.

3. SAMOBÓJSTWA W WOJSKU

Samobójstwa stanowią dla wojska problem bez porównania ważniejszy niż dla środowisk cywilnych. Statystyki Światowej Organizacji Zdrowia wykazują, że corocznie umiera śmiercią samobójczą średnio 17 osób na 100 000. Jest to jedynie znikomy ułamek procentu wszystkich zejść śmiertelnych, który ginie zarówno statystycznie, jak i rzeczywiście wśród masy zgonów z powodu wypadków, różnych chorób itp. Natomiast w wojsku, które składa się z elementu wyjątkowo zdrowego fizycznie, mniej więcej co piąty lub nawet co czwarty zarejestrowany zgon to samobójstwo (dane przedwojenne — wg Babeckiego — w latach 1930—-39 = 20,1% wszystkich zgonów).

Poza tym wskutek specyfiki życia wojskowego, które opiera się głównie na ścisłej współpracy w kolektywie osób mających te same cele, tragiczne odejście jednego z członków tego kolektywu rozbija na długi czas harmonijną pracę pozostałych. Pewnego odsetka zamachów samobójczych nie da się w wojsku uniknąć, gdyż należą one do zjawisk naturalnie występujących w zbiorowiskach ludzkich, niemniej jednak należy szukać sposobów na zmniejszenie ich liczby w sposób jak najbardziej istotny. Wojsko będąc instytucją dysponującą własnym aparatem wielostronnej selekcji (zarząd polityczny, służba zdrowia, psychologowie, dowódcy) jest w stanie wcześniej wykryć potencjalnych samobójców i przedsięwziąć szeroką akcję profilaktyczną. Należy jednak ustalić kryteria rozpoznawcze i zapoznać kadrę oficerską z zasadami postępowania.

W latach 1951/55 badałem szczegółowo problem samobójstw w ludowym Wojsku Polskim*. Wnioski z tej pracy przedstawiają się następująco:

1. Wśród żołnierzy, którzy w latach 1951—1955 popełnili samobójstwo na terenie jednego z okręgów WP, 50% rekrutowało się spośród psychopatów, a około 25% spośród chorych psychicznie. Jedynie 5% nie wy-

* Z. Rydzyński, *W sprawie samobójstw w wojsku — analiza 120 przypadków samobójstw w wojsku w latach 1951—1955*, „Lekarz wojskowy", nr 8/1958, s. 712—731.

kazywało żadnych zaburzeń psychicznych. U 22,4% szeregowców stwierdzono niedorozwój.

2. Przyczyną 17,5% samobójstw były czynniki związane bezpośrednio z właściwościami środowiska wojskowego. 82,5% żołnierzy popełniło samobójstwo pod wpływem czynników nie związanych ze służbą wojskową.

3. Podoficerowie i oficerowie popełniali samobójstwa z jednakową częstotliwością przez wszystkie miesiące roku. Szeregowcy popełniali samobójstwa pod koniec okresu unitarnego szkolenia znacznie częściej niż w innych miesiącach roku. Wszyscy żołnierze, a szczególnie szeregowcy, dokonywali najwięcej samobójstw w pierwszym roku służby wojskowej (oficerskiej, podoficerskiej).

4. Do najczęściej stosowanych metod samobójstwa należało postrzelenie. Na drugim miejscu należy umieścić powieszenie. Inne sposoby odbierania sobie życia stosowane były w wojsku bardzo rzadko.

5. Liczbę samobójstw w wojsku można zmniejszyć przez:

a) lepszą selekcję pobrowych (chodzi głównie o niewcielanie do wojska psychopatów i niedorozwiniętych);

b) lepszą organizację wykrywania i leczenia chorych psychicznie w wojsku;

c) regulaminowe i humanitarne obchodzenie się z podwładnymi.

6. Każdy odratowany samobójca powinien być przebadany przez psychiatrę. Może to pomóc w wyjaśnieniu wielu problemów związanych z przyczynami samobójstwa w wojsku.

W świetle tych badań, a także badań szeregu innych autorów, wydaje się zatem, że istnieje ścisły związek między samobójstwem a stałą lub przemijającą niepełnowartościowością psychiczną denatów.

Dla jasności sprawy powiedzieć jednak trzeba, że znaczenie czynnika psychopatologicznego aczkolwiek — być może — najistotniejsze nie wyczerpuje do końca złożonej problematyki wiedzy o samobójstwach. Wydaje się nawet, że nie byłoby rzeczą bezpieczną zadowolić się przekonaniem o wyłącznie psychiatrycznej motywacji samobójstw. Przy takim podejściu łatwo

dojść do stanu samorozgrzeszenia i przyjęcia biernej postawy, z której wynikałoby, że targnięcia na życie mają charakter fatalistyczny i otoczenie nie ma na nie żadnego wpływu.

Problem samobójstw jest w istocie bardziej złożony. Obok przesłanek psychopatologicznych działa tu zwykle wiele innych przyczyn, niekiedy pozornie mało znaczących lub nie związanych bezpośrednio z interesującym nas tematem, a jednak bardzo ważnych zarówno z punktu widzenia patogenezy, jak i profilaktyki samobójstw. Zwłaszcza w zamkniętym środowisku wojskowym czynniki te nabierają wielokrotnie szczególnie dużego znaczenia. Należą tu głównie:

1. Niewłaściwy układ stosunków międzyludzkich w pododdziale.
2. Fizjologiczna chwiejność emocjonalna młodych roczników żołnierskich.
3. Niewielka znajomość psychologii i psychopatologii ze strony aparatu dowódczego i politycznego.
4. Mało sprawnie działające mechanizmy eliminacji osobników predysponowanych do samobójstwa z szeregów wojska.
5. Niedocenianie sugestywnego wpływu jednego udanego samobójstwa na nie ujawniających się dotychczas potencjalnych samobójców w najbliższym otoczeniu.
6. Łatwość dostępu do broni.
7. Prowokujące znaczenie pewnych pór roku, okresów służby wojskowej, pory dnia, zwyczajów itp.

Liczba samobójstw w wojsku zmaleje, jeżeli uda się zmniejszyć nasycenie szeregów osobnikami niepełnowartościowymi psychicznie przez:

a) właściwie przeprowadzony pobór do służby zasadniczej i szkół wojskowych,

b) udoskonalenie wykrywalności zaburzeń psychicznych.

Zaburzenia psychiczne, a zwłaszcza psychopatie i łagodniejsze niedorozwoje są trudne do wykrycia dla komisji poborowych pracujących bez psychiatry, gdyż lekarze nie mają ani czasu, ani kwalifikacji do zorientowania się co do wartości psychicznych przyszłego żołnierza.

Dawniejsze badania wykazały, że na komisjach

pracujących bez psychiatry odsetek niedorozwiniętych, którzy przedostają się przez sito poborowych komisji lekarskich, wynosił niemal 50 % liczby niedorozwiniętych, którzy przed tą komisją stawali. Z psychopatami było jeszcze gorzej, gdyż odsetek psychopatów, którzy ujawnili wadliwą strukturę osobowości dopiero w okresie służby wojskowej, był niemal czterokrotnie większy od odsetka psychopatów ujawnionego przez komisję dla poborowych.

Selekcją chorych osobników pełniących już służbę wojskową, zarówno zasadniczą, jak i zawodową mogą się zająć wyłącznie placówki psychiatryczne wojskowej służby zdrowia. Natomiast wykrywanie zaburzeń psychicznych u żołnierzy wbrew pozorom opierać się musi nie na służbie zdrowia, lecz na kadrze dowódczej i politycznej. Lekarz jednostki jest zwykle ostatnim, który dowiaduje się o nieprawidłowych reakcjach żołnierza, o jego nieadekwatnym zachowaniu się lub dziwacznym postępowaniu. Te objawy rzucają się w oczy przede wszystkim osobom, które przebywają z żołnierzem na co dzień. Dlatego bezpośredni dowódca i oficer polityczny powinni orientować się przynajmniej w ogólnym zarysie w problematyce psychopatologii.

Wykrywalność chorób psychicznych przez szerokie kręgi społeczne jest w Polsce bardzo niska. Wskazują na to między innymi w sposób obiektywny badania Z. Bizonia z 1963 r., dotyczące oceny przez przeciętnych obywateli klasycznie opisanego obrazu dwóch wyjątkowo ciężkich psychoz. Bizoń porównał uzyskane wyniki z danymi, podawanymi przez badaczy kanadyjskich i amerykańskich. Rezultaty przedstawiają się następująco (tabela 2)

Tabela 2

Miasto	Prairie Town	Baltimore	Warszawa
Schizofrenia urojeniowa	69%	91%	62%
Schizofrenia prosta	36%	78%	24%

Procenty oznaczają wysokość wykrywalności.

Nie należy się spodziewać, aby nasza kadra, wywodząca się przecież ze społeczeństwa i organicznie z nim związana, była w stanie lepiej wykrywać różnego rodzaju zaburzenia psychiczne niż osoby ze środowisk cywilnych. Za postawioną tu tezą przemawiają dane uzyskane z moich badań nad problemem samobójstw w WP. Wynika z nich, że średnio 25% samobójców zarówno spośród oficerów, podoficerów jak i szeregowców stanowili osobnicy z czynną psychozą. Uważam, że jest to odsetek bardzo wysoki. Między innymi musi to oznaczać, że wykrywanie chorób umysłowych wśród żołnierzy WP oraz postępowanie z chorymi psychicznie nie jest należycie zorganizowane. W zasadzie dotychczas szybką interwencję wywołują jedynie przypadki ostre, zwłaszcza przebiegające z dużym podnieceniem ruchowym i słownym. Ludzie z depresją lub łagodną schizofrenią paranoidalną mogą natomiast bardzo długo przebywać wśród innych żołnierzy i nie doczekać się badania u specjalisty.

Większa znajomość psychopatologii wśród kadry przyczynić się może do dokładniejszej selekcji szeregów żołnierskich i usunięcia z nich w porę „potencjalnych samobójców" bądź to na stałe, jeśli na to zasługują, bądź do szpitala na leczenie. Pozwoliłaby też może na pewne polepszenie stosunków międzyludzkich w pododdziałach — co niewątpliwie byłoby posunięciem profilaktycznym. Pomijam tu poprawę zwykłych kontaktów między zdrowymi członkami kolektywu, ponieważ problem ten jest domeną raczej psychologa niż psychiatry, a zajmę się omówieniem szeregu przykładów zaczerpniętych z cytowanej już pracy, które wskazywałyby na możliwość zabiegów profilaktycznych także w odniesieniu do osób stojących u progu samobójstwa.

Badania moje wykazały, że zdarzały się wypadki popełnienia przez żołnierzy samobójstwa przez postrzelenie po raz drugi lub trzeci. Pewnego żołnierza po uratowaniu po prostu przeniesiono do innej jednostki wojskowej wraz z dwoma innymi niedoszłymi samobójcami. Jeden z tych żołnierzy trafił nawet do pododdziału wartowniczego(!). Wszyscy trzej dokonali

wkrótce następnego zamachu na swoje życie, tym razem skutecznego, strzelając do siebie z kb lub pm w czasie służby na posterunku. Nie wykluczone, że w tych wypadkach zwiększona czujność i troskliwość dowódcy zapobiegłaby samobójstwom żołnierzy.

Inny przykład: żołnierz wraca do pododdziału ze szpitala z rozpoznaniem depresji. Nikt się nim nie interesuje, mimo że zachowaniem zdradza niepokój, jest smutny i w rozmowach z kolegami mówi, że życie mu zbrzydło. Pozwala mu się opuścić teren koszar. Dopiero na drugi dzień okazuje się, że powiesił się w pobliskim lesie. Nie jest to również odosobniony wypadek.

Bywały wypadki wyznaczania na wartę osobników, o których zarówno cały pododdział, jak i bezpośredni przełożeni wiedzieli, że są nienormalni. Gdy żołnierze ci popełnili samobójstwo i prokurator wyjaśniał okoliczności wypadku, dowódcy tłumaczyli się przeważnie w ten sposób, że musieli tych szeregowców wyznaczyć do pełnienia warty z powodu braku ludzi. Nie ulega jednak wątpliwości, że gdyby dowódcy przewidzieli następstwa swej decyzji, ludzie by się znaleźli.

Z akt dochodzeń prokuratorskich w sprawie samobójstw można było również wysunąć bardzo wiele spostrzeżeń co do postępowania dowódców wobec młodych oficerów. W szeregu wypadków sprawa rozwijała się następująco: świeżo promowany oficer przychodził do jednostki i od razu obejmował samodzielne i odpowiedzialne stanowisko. Żaden spośród jego dowódców nie udzielił mu koniecznej początkowo pomocy, zasłaniając się własnym przepracowaniem. Po kilku miesiącach pracy wychodziły na jaw różnego rodzaju niedociągnięcia, w sposób oczywisty wynikające z braku doświadczenia. Mimo to dowództwo reagowało na ten fakt jedynie pogróżkami (straszenie prokuratorem) oraz karami dyscyplinarnymi, a nawet niewybrednymi obelgami w obecności innych oficerów. Z powodu tego rodzaju niewłaściwego postępowania dowódców popełniło, jak się zdaje (według przebadanego przeze mnie materiału), samobójstwo co najmniej 3 młodszych oficerów. Większość młodych

oficerów to osobnicy bardzo ambitni, często zarozumiali, ale pełni najlepszych chęci do pracy. Większość błędów popełniają oni z powodu braku doświadczenia, w przekonaniu, że czynią dobrze. Dlatego wymagają bardzo taktownego prowadzenia, wychowania, a nie karcenia. Gdy spotykają się z brakiem zrozumienia, z właściwą młodemu wiekowi egzaltacją wpadają w skrajne przygnębienie i mogą popełnić samobójstwo.

Wysoki odsetek niedorozwiniętych wśród samobójców szeregowców wskazuje na konieczność dokładniejszej selekcji poborowych pod tym kątem. Debile nie powinni być rzecz prosta w ogóle wcielani. Oczywiście problem jest bardzo trudny, ponieważ pewna liczba niedorozwiniętych poborowych może być zaliczona do grupy „niedorozwoju środowiskowego", ludzie ci mogą się w wojsku bardzo ładnie rozwinąć i podciągnąć, a więc szkoda byłoby ich tracić. Dotyczy to zwłaszcza oddziałów OTK. Szczęśliwa decyzja w ich sprawie zależy od przygotowania fachowego komisji poborowej. Wydaje się, że skoro już niedorozwinięci trafią do szeregów, to nie powinno ich się wyznaczać do zajęć wymagających szybkości decyzji, inicjatyw oraz jakiejkolwiek odpowiedzialnej oceny sytuacji (warta, obsługa pojazdów, maszyn itp.). Należy również do minimum ograniczyć ich styczność z ostrą amunicją. Dowódca musi zwrócić uwagę na życie prywatne niedorozwiniętych (listy z domu itp.) oraz chronić ich od drwin kolegów z pododdziału, na które są z reguły narażeni. Niedorozwinięty musi się nauczyć radzić we wszystkich sprawach swego dowódcy; doprowadzić do tego można tylko wtedy, jeżeli dowódca zyska jego zaufanie.

Podobnie przedstawia się sprawa psychopatów. Wydaje się, że jeśli ktoś w ciągu pewnego okresu służby wojskowej okaże się ciężkim psychopatą, to należy go z wojska zwolnić. Uwaga ta powinna dotyczyć zarówno szeregowców, jak i kadry zawodowej. Uporczywe zatrzymywanie żołnierzy, którzy pomimo pracy nad nimi zachowaniem swym stale doprowadzają do konfliktów w pododdziale, łamią permanentnie dyscyplinę i utrudniają pracę kolektywu, przynosi je-

dynie szkodę wojsku. Tymczasem muszę stwierdzić, że w niektórych aktach dochodzeń prokuratorskich, dotyczących oficerów i podoficerów psychopatów, którzy popełnili samobójstwo, znajdowały się notatki o wielokrotnym zatrzymaniu ich w szeregu, mimo iż dali się poznać jako awanturnicy, alkoholicy i wybitnie niezdyscyplinowani żołnierze.

Należy przyjąć, że utrzymanie się w zwykłych jednostkach wojskowych rokują jedynie lżejsze postacie psychopatii i to tylko przy zastosowaniu wobec nich odpowiednich metod wychowawczych. Zasadniczą linią postępowania zdaje się być rozumna stanowczość w stopniowym wdrażaniu psychopaty do przestrzegania regulaminów i przepisów wojskowych. Zastosowanie odpowiedniego postępowania zależy od doświadczenia życiowego, znajomości ludzi i taktu dowódcy. Wobec niektórych psychopatów trzeba zastosować od razu bardzo ostre represje i dopilnować wykonania każdego rozkazu z całą surowością. Wobec innych kary nie mogą być początkowo ostre, chociaż zawsze wymierzone muszą być stanowczo i poparte właściwą argumentacją.

Niektórzy psychopaci nie są w stanie dostosować się do wymogów jakiejkolwiek dyscypliny, nie tylko zresztą wojskowej. Narzucanie im więzów tej dyscypliny doprowadza ich do rozpaczy i załamuje, następstwem czego mogą być dezercje, samobójstwa lub ciężkie przekroczenia dyscyplinarne. Wobec takich psychopatów wszelkie metody wychowawcze z reguły zawodzą. Zasadniczą trudność stanowi oczywiście problem, z kim mamy do czynienia — z psychopatą czy po prostu symulantem. Tego problemu nie da się rozwiązać bez psychiatry.

4. WNIOSKI KOŃCOWE

1. Samobójstwo jest dla wojska zagadnieniem pierwszej wagi.

2. Pewnego odsetka zamachów samobójczych nie da się w wojsku uniknąć, gdyż należą one do zjawisk naturalnie występujących w zbiorowiskach ludzkich,

tym częściej, im wyżej cywilizacyjnie stoi dane środowisko.

3. Istnieją jednak możliwości zapobieżenia popełnianiu samobójstw w Wojsku Polskim przez:

Dalszą poprawę stylu pracy komisji dla poborowych, kandydatów do szkół podoficerskich, oficerskich i uczelni wojskowych tak, aby wcielały one nie tylko ludzi sprawnych fizycznie, ale i psychicznie.

— Dokonywanie stałej selekcji psychologiczno-psychiatrycznej stanu osobowego wojska celem wczesnego wykrycia „potencjalnych samobójców" — psychopatów, niesprawnych intelektualnie, chorych z depresją, stanami urojeniowymi itp. — i skierowanie ich w porę na leczenie lub zwolnienie z wojska.

— Zapoznanie całej kadry oficerskiej WP z podstawowymi wiadomościami z zakresu psychopatologii, co mieć może znaczenie nie tylko dla sprawniejszej selekcji żołnierzy, ale i lepszego zrozumienia wielu mechanizmów współżycia w kolektywie.

Część trzecia

WYBRANE PROBLEMY ZDROWIA PSYCHICZNEGO ŻOŁNIERZY W CZASIE WOJNY

ROZDZIAŁ VII

Służba psychologiczna i psychiatryczna w wojsku w czasie wojny

Naczelne zadania wojskowej służby psychologicznej i psychiatrycznej w czasie wojny, prowadzonej współczesnymi metodami, polegają na:

1) selekcji poborowych pod kątem ich przydatności do nowoczesnej armii,

2) zapobieganiu i leczeniu chorób psychicznych wśród żołnierzy.

Krótkie te dwa sformułowania zawierają w sobie ogromną, często kontrowersyjną treść. Na przykład samo zagadnienie selekcji jest stawiane różnie przez różne armie świata. W Polsce większość łagodniejszych postaci zaburzeń psychicznych klasyfikowana była do niedawna według kategorii „niezdolny do służby wojskowej w czasie pokoju", co sugerowało możliwość ich wcielenia do wojska w okresie wojny. Kraje dysponujące wielkimi rezerwami ludzkimi kategorycznie odżegnują się natomiast od wcielenia na wypadek wojny poborowych z jakimikolwiek bądź anomaliami psychiki. W czasie II wojny światowej amerykańskie komisje dla poborowych odrzuciły z powodu niepełnowartościowości psychicznej 32% powołanych. Ze względu na postępującą automatyzację, mechanizację i rosnącą osobistą odpowiedzialność pojedynczego żołnierza w warunkach bojowych odpowiednie przepisy są na ogół przez wszystkie nowocześnie zorganizowane armie zaostrzane.

Charakterystyczne dla współczesnej wojny szybkie tempo walki i olbrzymie zmasowanie ognia stawiają ośrodkowemu układowi nerwowemu wielkie wymagania. Podczas aktywnych działań bojowych, zarówno

ofensywnych, jak i defensywnych, układ ten jest właściwie stale napięty do ostatnich granic wytrzymałości. Po pewnym czasie przebywania w warunkach bojowych — różnym w zależności od kondycji żołnierza, przygotowania bojowego, morale pododdziału, uprzedniego wypoczynku i rezultatów walki — ośrodkowy układ nerwowy nie wytrzymuje ciągłego napięcia uwagi i emocji, braku snu i intensywnej pracy, w następstwie czego dochodzi do wyczerpania możliwości adekwatnego działania organizmu i zaburzeń czynności intelektualnych i emocjonalnych. Żołnierz najzupełniej sprawny fizycznie przestaje być mimo to zdolny do dalszej walki.

Zjawisko to znajduje odbicie w statystycznie stwierdzanej w ostatnich wojnach coraz to większej zachorowalności na tak zwane czynnościowe zaburzenia psychiczne: nerwice i psychozy reaktywne. Po raz pierwszy zasygnalizowali wielką liczbę chorób układu nerwowego, a w tym przede wszystkim nerwic, Rosjanie w czasie wojny 1904—1905 r. Fakt ten tłumaczono jednak swoistą atmosferą wojska carskiego, korupcją i bezładem organizacyjnym, które fatalnie wpływały na morale wojsk, stając się niejako same w sobie czynnikiem nerwicotwórczym. Jednak w czasie I wojny światowej problemowi zaburzeń czynności układu nerwowego poświęcić musiały dużo uwagi wszystkie armie świata. W świetle statystyki liczba zachorowań na choroby nerwowe i psychiczne rosła wówczas dość szybko z roku na rok. I tak np. statystyki niemieckie z okresu I wojny światowej podają, że o ile w sierpniu 1914 r. 1 chory nerwowo i psychicznie przypadał na 360 rannych, to we wrześniu stosunek ten wynosił 1:180, w październiku 1:48, w listopadzie 1:30, a w grudniu 1:20. W latach 1915/16 stosunek ten równał się 1:10, w latach 1916/17 — 1:9, a w latach 1917/18 — 1:11.

Statystyki brytyjskie z okresu I wojny ujawniają podobne zjawisko: o ile w 1914 r. 1 chory nerwowo przypadał średnio na 30 rannych, to w 1915 r. już na 11 rannych. Według Siergijewskiego, którego statystyka opiera się na woroneskim odcinku frontu, chorzy nerwowo i psychicznie stanowili w latach

1914/15 — 1,4% wszystkich rannych, a w latach 1915/16 — 2,6%. W zasadzie służba medyczna wojsk wszystkich mocarstw (za wyjątkiem może Stanów Zjednoczonych, które przystąpiły do wojny w 1917 r. i poinformowane były z góry przez sojuszników o sytuacji) nie była przygotowana do przyjęcia i leczenia tak wielkich liczb chorych nerwowo i psychicznie. W brytyjskich siłach ekspedycyjnych (tzn. wysłanych do Europy) do uznania wagi zagadnienia doszło w bardzo dramatycznych okolicznościach. Do roku 1916 nie było tam etatu psychiatry w ogóle. W 1916 r., za namową Francuzów, u których Anglicy konsultowali się jako mniej doświadczeni, stworzono etaty „konsultanta psychologa" i „konsultanta neurologa", przy czym ze względu na trudności selekcyjne obaj konsultanci załatwiali bez ładu i składu przypadki obu specjalności. Dopiero gdy w kwietniu 1916 r., podczas pierwszej bitwy nad Sommą, w ciągu kilku tygodni ubyło z szeregów 1000 żołnierzy z powodu „zaburzeń nerwowych", dowództwo zrozumiało konieczność zorganizowania służby psychiatrycznej. Pod koniec 1916 r. już w każdej armii istniał specjalny ośrodek diagnostyczny *(NYDN Center—Not Yet Diagnosed Nervous Center* obsadzony przez naprędce wcielonych do wojska psychiatrów i neurologów. Ponadto wyżej wymienionych specjalistów zatrudniono w wielu oddziałach szpitalnych. O konieczności zorganizowania odpowiedniej służby psychiatrycznej w wojsku przekonała brytyjskie władze najbardziej statystyka, wykazująca, że w 1917 r. roczna liczba przyjęć psychiatrycznych do szpitali wojskowych wynosiła 2% w korpusie nieekspedycyjnym, 4% w korpusie ekspedycyjnym, w porównaniu z 1% wśród cywilnej (dorosłej) ludności Wielkiej Brytanii.

Po I wojnie światowej powstała bardzo bogata literatura dotycząca zaburzeń psychicznych w warunkach bojowych we wszystkich niemal krajach, które tę wojnę prowadziły. Mimo że Polska nie miała wówczas własnej wojskowej służby psychiatrycznej, szereg prac o tej tematyce wyszło również spod pióra polskich psychiatrów, jak np. Piltza, Nelkena, Malinowskiego. Po większej części dane dotyczące kliniki i leczenia

chorób psychicznych oparte na doświadczeniu z okresu I wojny światowej są obecnie przestarzałe. Natomiast wydaje się, że dane uzyskane z doświadczeń II wojny światowej zasługują na pilną uwagę.

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

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

1. Jeśli w armii dominują żołnierze młodzi, to głównymi chorobami siejącymi wśród nich spustoszenie są: zaburzenia psychiczne i gruźlica.
2. Jeśli dominują żołnierze w wieku średnim, to głównymi przyczynami zwolnień są: zaburzenia psychiczne i wrzód żołądka.
3. Jeżeli przeważają żołnierze starsi wiekiem, to głównymi przyczynami zwolnień stają się: zapalenia oskrzeli i zaburzenia psychiczne.

Choroby psychiczne stanowiły 6% przyjęć do szpitali wojskowych (przy średniej 3% dla ludności cywilnej w czasie pokoju). Należy się spodziewać, że ewentualna przyszła wojna stworzy warunki zaostrzające możliwość powstania i rozwoju zaburzeń psychicznych w wojsku. Obok wszystkich czynników, które działały w czasie II wojny światowej, dojść mogą jeszcze środki masowego obezwładnienia, działające jako trucizny bojowe, a powodujące przemijające eksperymentalne psychozy.

Psychologiczne i psychopatologiczne problemy współczesnego pola walki

Problemy omawiane w niniejszym rozdziale dotyczą kręgu szerszego niż wojsko. Wynika to z założeń współczesnej myśli wojskowej, która zakłada, że nowoczesny konflikt nie ograniczy się wyłącznie do armii, ale obejmie równocześnie całe społeczestwo. Według dawnych założeń socjotechniki — nauki zajmującej się „praktycznym oddziaływaniem na masowe wzory postaw i zachowań ludzkich w oparciu o teoretyczne osiągnięcia socjologii" — wojna jest tzw. „wydarzeniem sporadycznym". Pojęcie to oznacza zjawisko społeczne, co do którego brak wykrystalizowanego zbiorowego doświadczenia informującego o sposobach sprawnego zachowania się w jego obliczu. Adam Podgórecki w swej książce *Zasady socjotechniki* pisze na ten temat: „W społecznym zachowaniu zbiorczym są pewne fakty, które pojawiają się na tyle często, że wykrystalizowanie się opinii społecznej na ten temat jest możliwe i łatwe. Należą tu wypadki takie jak... przyuczenie człowieka do zawodu, wybór do władz..., uczenie się języków obcych, rozwody, kupno, sprzedaż, organizacja opieki nad chorymi, wypoczynek itp. Dla wszystkich tych i innych sposobów zachowania istnieją pewne społeczne formy i przepisy dotyczące tego, jak, kiedy, gdzie i w jakiej formie należy tych czynności dokonywać. Na tym m.in. polega ład życia zbiorowego, że cały ów wielki nurt zachowań jest uchwycony w schematy regulujące. Jednakże nowe wydarzenia społeczne wykraczają poza zakres normalnego doświadczenia jednostki i pokolenia. W wypadkach takich, jak trzęsienie ziemi...

czy wojna, brak zinstytucjonalizowanych sposobów zachowania się, informacji, co należy czynić w tych zwykle niespodziewanych sytuacjach; brak żywej społecznej pamięci, zaradności zbiorowej, która mogłaby się wyrobić na podstawie uprzednich doświadczeń"*.

Uwaga zawarta w ostatnim zdaniu odnosi się oczywiście do społeczności cywilnej. W dobrze zorganizowanym kraju istnieją bowiem instytucje, które z jednej strony badają stale teoretycznie problematykę współczesnego pola walki, a z drugiej starają się odpowiednio przygotować cały naród do ewentualności przyjęcia wszelkich jej działań bez zaskoczenia, tak aby wspomniany wyżej ład społeczny nie mógł być w żadnym stopniu zakłócony bez względu na to, co nastąpi, jednym słowem, aby element „sporadyczności" przestał się liczyć.

Do instytucji takich należy przede wszystkim wojsko, które przez swe służby bada bez przerwy aktualne założenia strategiczne i operacyjne przeciwnika i opracowuje metody odpowiedniego kontrdziałania zapewniającego bezpieczeństwo narodowi. Ponadto do instytucji tych należą liczne organizacje pośrednio związane z wojskiem, jak Liga Obrony Kraju, PCK czy Kluby Oficerów Rezerwy, które doświadczenia wojska przekazują całemu społeczeństwu, przyczyniając się przez to do podniesienia bojowości całego narodu.

1. PSYCHOPATOLOGICZNE ASPEKTY WSPÓŁCZESNEGO POLA WALKI

Mówiąc o psychopatologicznych aspektach pola walki zastanowić się musimy przede wszystkim nad istotnymi jego cechami. Ogólnie rzecz biorąc scharakteryzować je można w największym skrócie następująco:

1. Będzie to konflikt zakładający obustronne użycie środków niszczących o nie spotykanej dotąd sile rażenia.

2. Będzie to konflikt o nie notowanym do tej pory

---

* A. Podgórecki, *Zasady socjotechniki*, Warszawa 1966.

nasyceniu pola walki sprzętem wojennym i środkami technicznymi.

3. Nieprzyjaciel będzie się starał, zwłaszcza w pierwszym okresie wojny, zaskoczyć przeciwnika tajemnicami technicznymi, nieznaną bronią lub nieznaną techniką walki.

4. Będzie to konflikt o wielkiej dynamice działań, przy stale zmieniających się sytuacjach, podczas których czas i szybkość odgrywać będą niejednokrotnie rolę zasadniczą.

5. Wojna poprzedzona będzie i kontynuowana w oparciu o intensywne przygotowania psychologiczne, prowadzone totalnie, bez oglądania się na jakiekolwiek przesłanki etyczne.

6. Przez cały czas istnieć będzie zagrożenie całego zaplecza i wynikająca stąd konieczność jego biernej i czynnej obrony.

7. Z wielu powodów, zwłaszcza przy przedłużającej się wojnie, nieprzyjacielowi bardziej może zależeć na niszczeniu bazy przemysłowej i rolniczej zaatakowanego kraju niż na bezpośrednich starciach z wojskiem.

Patrząc zatem na problematykę współczesnej wojny z ogólnego punktu widzenia stwierdzić musimy, że czasy, w których walkę prowadziły ze sobą dwie armie wzdłuż odległego od głębokich tyłów frontu, należą do przeszłości. Obecnie front może praktycznie nie istnieć, głębokość działań wojennych może wynosić wieleset kilometrów. We współczesnej wojnie wygrana w dużym stopniu zależeć będzie od społeczeństwa cywilnego i to nie tylko od jego zdolności produkcyjnych i organizacyjnych, lecz także i od jego postawy psychicznej. Zintegrowana i świadoma postawa patriotyczna, wola zwycięstwa mają coraz większe znaczenie w epoce wojny totalnej i przy zastosowaniu środków masowego rażenia. Teza ta w zestawieniu z brutalną potęgą technizacji wydaje się paradoksalna, potwierdza ją jednak życie, a najlepszym tego przykładem jest wojna w Wietnamie. Pamięta o tym wróg, starając się w swych wysiłkach stawiać przede wszystkim na wojnę psychologiczną. Liczy w tym względzie na:

1. Rozbicie wewnętrznej integracji narodu wokół partii i rządu.

2. Rozluźnienie więzi z zaprzyjaźnionymi narodami obozu socjalistycznego.

3. Wytworzenie atmosfery przesadnej oceny zagrożenia ze strony nieprzyjaciela, niedoceniania własnej siły, sprawności dowódców i sztabów, zabezpieczenia żołnierzy i ludności cywilnej. Ma to na celu doprowadzenie do uczucia całkowitej bezradności, nieufności, podejrzliwości i przesadnego krytycyzmu.

4. Skłócenie wszystkich ze wszystkimi z byle jakich powodów.

Te podstawowe zadania wojny psychologicznej, realizowane także w czasie pokoju rozmaitymi kanałami i sposobami, z których jeden jest perfidniejszy od drugiego, z tym większą zaciekłością kontynuowane będą w czasie wojny. Stąd rzeczowe informowanie o tym fakcie szerokich kręgów ludności, uodparnianie społeczeństwa na jad zakłamanej propagandy, wyjaśnianie potrzeby ścisłego przestrzegania zarządzeń władz państwowych bez oglądania się na plotki i wyolbrzymianą przez wrogie instytucje grozę rzekomych potężnych broni, przewagi technicznej itp., należy do obowiązku wszystkich ludzi, którym leży na sercu spokój i przyszłość naszego narodu.

Studia założeń strategicznych i operacyjnych współczesnej myśli wojskowej, jak również postęp mechanizacji i technizacji wojsk oraz ocena doświadczeń ostatnich dwóch lat II wojny światowej, pozwalają nam z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć obraz zagrożenia całego narodu w okresie ewentualnej wojny. Działaniami najbardziej obciążającymi będą:

1. Konieczność przeprowadzenia licznych i masowych ewakuacji z niektórych ośrodków miejskich.

2. Narażenie na masowe straty w wyniku użycia broni ABC.

3. Obawa przed działaniem tych broni.

4. Prace w bardzo trudnych warunkach fizycznych i psychicznych.

5. Możliwość działania dywersji psychicznej, na którą złoży się dezinformacja (plotka, włączanie się radiostacji wroga w oryginalne fale własnych radiostacji, rzekome „podziemne" radiostacje, rzekoma „podziemna" prasa itp.).

6. Możliwość dywersji psychozomimetycznej.
7. Ograniczenia ekonomiczne.
8. Długotrwały stan napięcia emocjonalnego i lęku.

Nad wyszczególnioną w powyższym zestawieniu problematyką pragnąłbym zatrzymać się dłużej.

2. PROBLEMY EWAKUACYJNE

Z koniecznością ewakuacji olbrzymich mas ludzkich, rozczłonkowaniem skupisk przemysłowych i podobnymi zjawiskami stykano się już w czasie II wojny światowej. Problem ten musiał rozwiązywać przede wszystkim Związek Radziecki, w końcowej fazie wojny Niemcy, a na mniejszą skalę także Wielka Brytania i Włochy. Szczególnie ostro zagadnienie totalnej ewakuacji stanęło jednak przed kierownictwem państw toczących wojnę według współczesnych zasad w Korei i Wietnamie. Zapoznając się z doświadczeniami tych krajów i analizując założenia ewentualnej następnej szerokiej konfrontacji zbrojnej na skalę kontynentu lub świata musimy założyć potrzebę przeprowadzenia dwóch typów ewakuacji:

a) profilaktycznej,
b) aktualnej.

Tak profilaktyczna, jak i aktualna ewakuacja może mieć aspekt zarówno ekonomiczno-wojenny, jak i lekarski. Aspekt ekonomiczno-wojenny obejmuje ewakuację zakładów produkcyjnych, obiektów wojskowych itp. Aspekt leczniczy obejmuje ochronę zdrowia obywateli przed szkodliwością działania użytych w wojnie broni. Zajmijmy się dla przykładu ewakuacją profilaktyczną.

Przez ewakuację profilaktyczną należy rozumieć dokonaną przed spodziewaną agresją ewakuację dzieci, młodzieży i wszystkich osób niepotrzebnych bezpośrednio do produkcji z terenów najbardziej zagrożonych przypuszczalnym masowym atakiem z powietrza bronią ABC. Teren ewakuacji powinien nadawać się dobrze do maskowania, a równocześnie być skąpo zalesionym (napalm) oraz być przygotowanym do przyjęcia uciekinierów. Instytucje (np. szkoły) oraz osoby, które udadzą się

na ów obszar, powinny go uprzednio poznać. W tym celu należy koniecznie przeprowadzić ćwiczenia. Być może wskazane byłoby, podobnie jak to uczyniono w Szwecji, aby każdy blok mieszkalny w mieście, każda szkoła, przedszkole, internat itd. otrzymały w czasie pokoju wydrukowane tablice ze wskazówkami, co do terenu i sposobu ewakuacji.

Teren ewakuacji profilaktycznej powinien znajdować się w odległości nie mniejszej niż 30 km od miejsca zagrożenia. Powinny znajdować się tam środki prymitywnego zabezpieczenia przed bronią konwencjonalną i ABC — bunkry itp. Służba zdrowia powinna mieć tam odpowiednio rozwinięte punkty sanitarne. Wydaje się, że z punktu widzenia psychiatrycznego na tym terenie winny być zaplanowane obiekty na około 100 do 200 łóżek, przewidziane nie tyle dla miejscowych ludzi (ewakuowanych), ile dla rekonwalescentów po ostrych egzogennych zespołach (reaktywnych itp.), przewiezionych z terenu bezpośredniego zagrożenia.

Tereny ewakuacji „aktualnej", to znaczy organizowanej już w momencie użycia broni ABC, muszą być rozmieszczone bezpośrednio w ośrodkach zagrożonych oraz w najbliższej odległości od tej strefy. Powinny to być z reguły obiekty wkopane w ziemię, np. stare kopalnie, fortyfikacje, bunkry itp. Również w tym wypadku każda osoba zatrudniona w produkcji musi mieć ściśle określony przydział miejsca, z przewidzeniem kilku wariantów dostania się doń w wypadku pożarów, bombardowań itp.

W przypadkach paniki można spodziewać się, że tłum nie zechce udać się na wyznaczone miejsca, tym bardziej że mogą zaistnieć sytuacje uniemożliwiające dojście lub wypadki zniszczenia określonych punktów. W przewidywaniu takiego wariantu niektórzy zalecają wystawianie u wylotu miast posterunków władz porządkowych wzmocnionych służbą zdrowia (jeden lekarz + ekipa średniego personelu gotowa do udzielania pierwszej pomocy), które by w jak najbardziej kategoryczny sposób kierowały tłum do określonych miejsc ewakuacji wybranych w promieniu 10—20 km od miasta. Mogłyby to być szkoły, magazyny, więzie-

nia, kościoły lub inne duże pomieszczenia adaptowane uprzednio do przekształcenia w miejsce strzeżonego azylu. Panika jest formą ostrej reakcji histeroidalnej i przeważnie wystarczy podanie odpowiedniej sugestii popartej wytworzeniem sytuacji wywołującej wrażenie bezpieczeństwa, aby ustąpiła. Wrażenie to wywołuje już samo działanie w zorganizowany sposób, dążące do zniesienia stanu zagrożenia.

Zgromadzenie kilkudziesięciu osób i udzielenie im pomocy oraz umiejętnie sugestywne wyjaśnienie sytuacji prowadzi do ustąpienia zaburzeń psychicznych. Dlatego w tego typu ośrodkach przeciwdziałania panice powinni, obok lekarzy, znaleźć się również odpowiednio przeszkoleni psycholodzy.

Zarówno ewakuacja medyczna, jak i pozamedyczna stwarzają duże trudności organizacyjne oraz wymagają dużej zręczności i wyćwiczenia personelu odpowiedzialnego za nie. Powodują sobą liczne urazy psychiczne, jak np. rozłąka z rodziną, szczególnie uciążliwa dla ewakuowanych dzieci, lęk o pozostawione mienie itp. Ludzie organizujący ewakuację, zwłaszcza profilaktyczną, powinni brać pod uwagę jej negatywne strony psychologiczne.

Narażenie na masowe straty i obawa przed tym. Doświadczenia ostatniej wojny przekazują interesujące dane w tej sprawie. Streścić je można bardzo krótko: straty na skutek zadziałania bronią masowej zagłady są niewspółmiernie wysokie w wypadku poddania się ludności katastroficznej panice i niewspółmiernie niskie w wypadku podjęcia przez ludność zorganizowanej i opanowanej obrony. Specjalna komisja amerykańska oceniła, że straty w Hiroszimie i Nagasaki w 60% zależne były od braku zorganizowanej obrony, paniki i nieznajomości broni; pierwsze naloty dywanowe na Niemcy przyniosły olbrzymie straty w ludziach i sprzęcie, sparaliżowały na wiele dni życie bombardowanych miast, następne zaś ataki często nie powodowały nawet przerwania produkcji. Przy świetnie zorganizowanej obronie Wietnamu Amerykanie nie są w stanie osłabić jego potencjału wojennego, mimo iż zrzucili na ten kraj więcej ton materiału wybuchowego niż zużyto go na całym świecie w czasie

II wojny światowej. Czynnik psychologiczny jest tu zatem istotnym orężem w walce z najstraszliwszymi broniami.

Praca w trudnych warunkach. Warunki, w jakich odbywać się będzie produkcja w wypadku wojny, można w pewnym stopniu wyobrazić sobie na podstawie doświadczenia ostatnich lat II wojny światowej, jak i wojny w Korei, a zwłaszcza w Wietnamie. Rozproszenie fabryk i przeniesienie ich do pomieszczeń prymitywnych, w wielu wypadkach pieczar, bunkrów, podziemi itp., daleko posunięta feminizacja załogi, wydłużenie czasu pracy, konieczność stosowania środków zastępczych, atmosfera ciągłego zagrożenia nalotem lub dywersją, brak specjalistów, złe warunki bytowania poza pracą, niepokój o pozostawione gdzieś rodziny — to tylko część czynników przewlekle traumatyzujących psychikę. Wieloletnia praca w tych warunkach wymaga wielkiej mobilizacji emocjonalnej i intelektualnej.

3. DYWERSJA PSYCHOLOGICZNA

Rozbijanie moralne społeczeństwa, wytwarzanie nastroju panikarskiego, niewiary w zwycięstwo i perfidne podburzanie przeciwko przywódcom leży u podstaw planowo prowadzonej wojny psychologicznej. Należy pamiętać, że wrogowie nasi mają w tej dziedzinie wieloletnie doświadczenie i zupełny brak skrupułów.

Działalność takich instytucji jak „Wolna Europa", „Głos Ameryki", „Radio Kolonia" należy traktować jedynie jako jedno z ogniw łańcucha różnego rodzaju metod i sposobów działania. Co się tyczy audycji radiowych, szczególną wagę przywiązuje się do nadawania ich w sposób do złudzenia przypominający programy rodzimych stacji określonego państwa. Metodę tę wypracowali właściwie Brytyjczycy w czasie II wojny światowej i wprowadzili w życie pod kryptonimem „Operacja Gustaw — Zygfryd". Zasadą działania było nadawanie programu w języku niemieckim w taki sposób, że słuchacze odnosili wrażenie, iż działa nie-

miecka stacja patriotyczna pozostająca w opozycji do hitleryzmu. 99% wiadomości było prawdziwych, ich treść była właściwie negatywna wobec aliantów. W imię dobra Niemiec nadawano jednak tak sformułowane dane, że podrywały one autorytet władz hitlerowskich. Wskazywały na korupcję, złe prowadzenie się żon żołnierzy walczących na frontach, niedostatki ekonomiczne, beznadziejność sytuacji wojennej itp. Od czasu do czasu przemycano natomiast ów 1% wiadomości fałszywych.

W roku 1944 niektóre stacje dysponujące spikerami mówiącymi głosem do złudzenia podobnym do głosu spikera radiostacji Kolonia, przejmowały program tej radiostacji w momencie, gdy wyłączała się ona podczas nalotu, i nadawały wiadomości dezorganizujące obronę i wysyłające ludzi na rzeź. Powyższą metodę dywersji psychologicznej stosowali Izraelczycy w czasie ostatniej wojny izraelsko-arabskiej oraz NRF w czasie wypadków w Czechosłowacji. Wydaje się, że tego rodzaju dywersja psychologiczna oddziaływuje szczególnie efektywnie na nieświadomych odbiorców, ponieważ sprawia wrażenie wiadomości podawanych przez „swoich", budzi większe zaufanie przez odrzucenie założenia tendencyjności.

Podobnie niebezpiecznym i chętnie stosowanym chwytem jest plotka produkowana przez zręcznych agentów, zwielokrotniona przez głupców i chętnie „konsumowana" przez naiwnych. Działa ona z jeszcze większą siłą, ponieważ przekazywana jest przez rodzinę, przyjaciół, osoby zaufane, rozchodzi się z szybkością błyskawicy i wraca rykoszetem, często już zniekształcona, ale zawsze z tym samym „jądrem" rzekomej prawdy. Podobną rolę spełniają różnego rodzaju „tajne" pisemka, odezwy, ulotki, rzekomo drukowane przez opozycyjne siły w kraju.

Mimo całej perfidii te metody działania są mało skuteczne, jeżeli trafiają na bardzo skonsolidowane społeczeństwo. Stąd konieczność bardzo uważnego i poważnego traktowania zabiegów propagandowych wobec własnego kraju w okresie pokojowym, jak i wojennym. Obywatel ma prawo do rzetelnej informacji, nie może zawieść się na własnych środkach przekazu. Musi

mieć pełne zaufanie do określonych informatorów w prasie, radiu i telewizji. Musi być wychowany w odporności na plotki.

Jeśli chodzi o środki masowego przekazu, telewizja jest bardziej przydatna niż radio i prasa. Telewidz ma bowiem bardziej bezpośredni kontakt z komentatorem niż radiosłuchacz ze spikerem lub czytelnik z autorem. Głos spikera, pióro autora można dość łatwo podrobić, możliwości sprawdzenia *ad hoc* ich autentyczności są znikome. Natomiast w przypadku telewizji wizualny kontakt wyklucza w zasadzie możliwość podstawienia fałszywej osoby. Również sugestywność wypowiedzi telewizyjnej jest większa, dlatego współcześni przywódcy tak chętnie występują w telewizji (Castro, Kennedy). Odpowiedni dobór tematyki i ludzi do telewizji ma niesłychanie ważne znaczenie polityczne.

4. DYWERSJA PSYCHOZOMIMETYCZNA

Możliwościom i sposobom zastosowania środków psychozotwórczych na wojnie oraz obrony przeciwko nim poświęcony jest specjalny rozdział. W tym miejscu chciałbym zwrócić uwagę na szerszy problem możliwości zastosowania trucizn chemicznych do walki w ogóle. W tym względzie istnieje spore doświadczenie z „poligonu" wietnamskiego.

Według oświadczenia ogłoszonego przez Wietnamską Agencję Informacyjną tylko w 1963 r. Amerykanie przeprowadzili 200 operacji, w których użyli środków trujących. Wzrost rozmiarów wojny chemicznej w Wietnamie mogą również charakteryzować publikowane w prasie dane o wydatkach Pentagonu na te cele. Otóż w roku budżetowym 1963/64 wydatki na różne rodzaje środków trujących wykorzystywanych w wojnie w Wietnamie Południowym wynosiły 607 000 dolarów, w roku 1964/65 około 800 000 dolarów, a w roku 1965 w ciągu trzech pierwszych miesięcy wynosiły już 1 021 746 dolarów.

Stany Zjednoczone nie ratyfikowały międzynarodowych konwencji zakazujących stosowania broni che-

micznej i biologicznej. Od dawna prowadzą przygotowania do ewentualnej wojny, w której broń ta zostanie użyta na szeroką skalę. Amerykańskie koła wojskowe uważają broń chemiczną i biologiczną za kompleksowy środek rażenia siły żywej określany nowym, nie stosowanym terminem „broń toksyczna".

Oprócz środków defoliacyjnych* w marcu 1965 r. Amerykanie zaczęli stosować na szeroką skalę środki trujące do rażenia ludzi. Oficjalne koła Stanów Zjednoczonych próbują uzasadnić użycie tych środków tym, że nie zagrażają one życiu, działają jedynie obezwładniająco, oraz że takie środki, jak chloroacetofenon (szyfr „CN") i adamsyt (szyfr „DN") są stosowane przez policję amerykańską. W Wietnamie po raz pierwszy zostały faktycznie zastosowane środki o znacznie większej skuteczności bojowej.

Prasa amerykańska sugeruje, że są prowadzone przygotowania do rozszerzenia arsenału środków trujących. Zachodnia prasa specjalistyczna wielokrotnie donosiła o pracach prowadzonych od szeregu lat z pozytywnymi wynikami nad otrzymaniem licznych obezwładniających środków trujących *(incapacitating chemical agents),* które mogłyby znaleźć szerokie zastosowanie między innymi w działaniach charakterystycznych dla wojny w Wietnamie.

Do środków obezwładniających zalicza się między innymi tzw. środki psychochemiczne, powodujące u ludzi czasową niezdolność fizyczną *(temporary physical desability),* na przykład przemijający paraliż, ślepotę, głuchotę, zaburzenia mowy itp., oraz czasowe zaburzenia psychiczne *(temporary mental aberration),* takie jak strach, rozdrażnienie, halucynacje, osłabienie zdolności koncentracji, obojętność w stosunku do otoczenia i tym podobne objawy uniemożliwiające wykonywanie czynności bojowych. Od marca 1958 r. postęp prac nad rozwojem tych środków spowodował, że rozpatruje się je jako środki szczególnie przydatne do wykorzystania na terytorium obcych państw w celu obezwładnienia i eliminacji przeciwnika, nie naruszając zdolności do pracy ogółu ludności. Użycie tych

* Środki niszczące ulistnienie drzew.

środków, zdaniem rzeczników wojny chemicznej, powinno spowodować mniej ofiar śmiertelnych, okaleczonych i niezdolnych do pracy niż użycie jakichkolwiek innych środków rażenia.

Na razie brak jest w prasie wyczerpujących danych o środkach trujących stosowanych przez wojska amerykańskie w Wietnamie Południowym. Pomimo jednak oficjalnych stwierdzeń strony amerykańskiej o rzekomej nieszkodliwości używanych obecnie środków, powodują one liczne zatrucia ludzi.

Zastosowanie środków trujących na szeroką skalę przez lotnictwo amerykańskie w okresie od 7 do 20 czerwca 1965 r. spowodowało wśród ludności cywilnej zatrucie (różnego stopnia) około 30 tys. osób, z których wiele zmarło. Istnieją podobne dane dotyczące użycia przez Amerykanów środków trujących 8 września 1965 r. w okręgu Ben Cat.

Radziecki dziennik „Krasnaja Zwiezda" 23 października 1965 r. opublikował dane o stosowaniu przez Amerykanów środków trujących występujących pod nowymi szyframi „CZ" i „BZ". Do stosowania środków trujących Amerykanie prócz lotnictwa wykorzystują specjalny sprzęt wojsk lądowych.

W amerykańskiej wojnie chemicznej w Wietnamie Południowym uczestniczą, co prawda pośrednio, również inne państwa należące do NATO. Dziennik „Daily Mail" w marcu 1965 r. donosił, że środek „CS", stosowany przez wojska amerykańskie i południowowietnamskie został dostarczony przez Wielką Brytanię. Ten sam dziennik 24 marca 1965 r. donosił, że w brytyjskim ośrodku naukowo-badawczym w Porton (w hrabstwie Wiltshire), opracowującym metody i środki prowadzenia wojny chemicznej, wypróbowano nowy środek trujący, który może obezwładnić ludzi na 24 godzin bez trwałej szkody dla zdrowia. Ze środkiem tym podobno przeprowadzono pomyślne doświadczenia na zwierzętach. Według danych opublikowanych 13 listopada 1965 r. przez wojskową prasę radziecką filie znanej zachodnioniemieckiej chemicznej spółki akcyjnej „Farbenfabriken Bayer" dostarczają armii Stanów Zjednoczonych niektórych swoich środków trujących w celu wykorzystania ich w Wietnamie.

Anthony Harrigan w artykule opublikowanym w październiku 1964 r. na łamach „Revue Militaire Générale", poruszając problemy wojny chemicznej w Wietnamie, stwierdza: „ (...) wojna partyzancka nie kosztuje drogo, z wyjątkiem życia ludzkiego, (...) Jednak Stany Zjednoczone nie mogą pozwolić sobie na takie wydatkowanie życia ludzkiego. Żołnierz — obywatel amerykański jest wart zbyt wiele, aby go poświęcić (...)". Dalej autor stwierdza, że „(...) walczymy w warunkach podyktowanych przez wroga i w sposób, jaki jemu odpowiada. Nie wykorzystujemy tego, co jest naszą realną siłą: produkcji broni, która może skutecznie przeciwstawić się bardzo licznemu nieprzyjacielowi. Najlepszym sposobem osiągnięcia przez USA swoich militarnych celów w południowo-wschodniej Azji byłoby oparcie się na wojnie chemicznej (...)". Jako warunek korzystny dla Amerykanów autor podkreśla ich przewagę w powietrzu.

Zagadnienia dotyczące doskonalenia broni chemicznej oraz gotowości sił zbrojnych Stanów Zjednoczonych do jej użycia były niejednokrotnie omawiane w Kongresie i różnych organach państwowych. Wskaźnikiem rozwoju prac związanych z rozwojem broni chemicznej i biologicznej w Stanach Zjednoczonych może być wzrost przyznawanych na te cele przez Kongres środków finansowych. Wydatki ogólne na te cele w roku budżetowym 1959/60 wynosiły 13,3 mln dol., w 1963 r. — 145 mln dolarów (tj. wzrosły około 11 razy), a obecnie osiągnęły 200 mln dolarów (tj. wzrosły w ciągu 5 lat 15-krotnie).

Stopniowanie działań wojennych w Wietnamie skłania do przypuszczeń, że nie jest wykluczone użycie środków o znacznie silniejszym działaniu. Według publikacji Warrena Rodgera w „New York Journal American" stratedzy z Pentagonu po ostrożnym zastosowaniu w Wietnamie środków łzawiących „(...) Jeżeli nie będzie zbyt wiele szumu i krzyku, przejdą stopniowo do bardziej perfidnych rodzajów środków chemicznych, które powodują utratę zdolności bojowych przeciwnika (...)" Wydaje się, że szerszemu zastosowaniu gazów w wojnie wietnamskiej przeszkadzają nie tyle protesty opinii światowej — interwenci dali dostatecz-

nie dużo dowodów lekceważenia głosów protestu — ile małe skutki militarne. O ile można wnioskować z dostępnej literatury, za przyczyny małej skuteczności gazów Amerykanie uważają:

1) dużą zależność tej broni od warunków atmosferycznych;

2) zbyt krótki czas obezwładnienia;

3) niedostateczne wyposażenie wojsk sajgońskich w sprzęt przeciwgazowy;

4) konieczność zmniejszenia prędkości śmigłowców i samolotów rozpryskujących gaz, co zwiększa możliwość ich zestrzelenia.

Opisane wcześniej niesłychane obciążenia psychiki znajdują swoje odbicie w nasileniu reakcji psychopatologicznych uczestników wojen prowadzonych współcześnie.

Aż do pierwszej wojny światowej służba zdrowia zarówno cywilna, jak i wojskowa nie musiały praktycznie liczyć się z problemem rozpoznawania, ewakuacji oraz leczenia chorych psychicznie. Wypadki zachorowań tego rodzaju stanowiły nieistotny margines ich działania. Z zagadnieniem masowego występowania zaburzeń psychicznych, wywołanych działaniami wojennymi, zetknięto się po raz pierwszy pod koniec I wojny światowej i to niemal wyłącznie w szeregach armii („nerwice wojenne", „choroba kolczastych drutów", *cafard* autorów francuskich, panika ogarniająca całe armie itd.).

Dopiero jednak w czasie II wojny światowej opanowanie zachorowań na choroby psychiczne stało się — przynajmniej w armiach Zachodu — jednym z kluczowych zadań medycyny wojskowej, a od momentu zastosowania nalotów dywanowych i napadów atomowych także i cywilnej służby zdrowia. W czasie pierwszych nalotów dywanowych straty w ludziach spowodowane paniką (oraz w Niemczech — represją ze strony oddziałów porządkowych) były co najmniej równe stratom bezpośrednim, a straty ludzkie w Hiroszimie — jak już wspomniałem — dałyby się zmniejszyć o 60%, gdyby ludność zachowała się w sposób opanowany.

Statystyki niemieckie, amerykańskie i brytyjskie

wskazują, że w czasie II wojny światowej, podobnie jak i w I wojnie światowej, odsetki endogennych chorób psychicznych (schizofrenia, cyklofrenia, paranoia) nie zmieniły się. Jednakże odsetek nerwic, ostrych psychoz egzogennych, a także różnego rodzaju encefalopatii, narkomanii itp. wzrósł w sposób kolosalny. Do tego doszły przemijające ostre reakcje psychopatologiczne występujące w zbiorowiskach ludzkich (pod postacią paniki, bezsensownych wędrówek, załamań nastroju itp.) nie groźne może dla pojedynczych osób, ale rozbijające plany produkcyjne, dezorganizujące transport, administrację itp. Specyfika ewentualnej współczesnej wojny wskazuje na konieczność liczenia się z możliwością dalszego nasilania się wymienionych zjawisk.

Jest rzeczą oczywistą, że zarówno obraz kliniczny, jak i częstość zaburzeń psychicznych, występujących w okresie wojny, zależy nie tylko od działania negatywnych stressów pola walki, ale i od odporności samego człowieka, poddanego tym bodźcom. W szczególności zależą one od:

1) odporności fizycznej i psychicznej społeczeństwa;
2) psychologicznego przygotowania społeczeństwa do działań wojennych tego typu;
3) sprawności organizacyjnej systemów obrony kraju;
4) rodzaju użytych sił i środków przez nieprzyjaciela;
5) długotrwałości działań wojennych.

Przykład Wietnamu świadczy o tym, jak kolosalne znaczenie mają pierwsze trzy czynniki, nieprzypadkowo wymienione na początku. Punkt czwarty jest sam przez się zrozumiały. Punkt piąty ma duże znaczenie dla przewidywania rodzaju zaburzeń psychicznych, z którymi zetknie się służba zdrowia w czasie wojny: w początkowym okresie należy oczekiwać masowych ostrych zespołów nerwicowych i psychotycznych, przy przeciągających się zaś działaniach wojennych raczej różnych zespołów astenicznych lub histerycznych oraz przewlekłych stanów lękowo-depresyjno-urojeniowych. Typowym ostrym odczynem lękowym, z którym trzeba się liczyć w wypadku zasko-

czenia nieprzygotowanych mas ludzkich sytuacją prawdziwego lub urojonego niebezpieczeństwa, jest panika. Ponieważ jest ona przedmiotem rozważań w następnych rozdziałach, nie zatrzymam się tu nad tym problemem dłużej.

Należy przypuszczać, że pierwszy okres wojenny obfitować może w ostre reaktywne stany osłupieniowe, zespoły histeryczne typu konwersyjnego, stany ciężkich depresji lub apatii. Ponadto każdy kolejny napad bronią masowego rażenia — konwencjonalną lub atomową — pozostawi po sobie tysiące ludzi z różnego typu zaburzeniami pourazowymi. W razie zastosowania środków obezwładniających psychicznie szpitale psychiatryczne mogą okresowo zapełniać się chorymi z psychozą eksperymentalną.

Wymienione ostre zaburzenia psychiczne, aczkolwiek groźne dla ładu społecznego i tworzące okresowo trudne problemy organizacyjne, nie są w gruncie rzeczy tak niebezpieczne dla poszczególnego człowieka, jak przewlekłe nerwice, narastające w sposób podstępny z miesiąca na miesiąc i podkopujące jego zdrowie na całe lata.

Wśród nerwic typowo wojennych na pierwszy plan wysuwa się zespół wyczerpania walką. Rozpoznany w zasadzie przez psychiatrów wojskowych u żołnierzy walczących na froncie, w czasie II wojny światowej obserwowany był przez psychiatrów cywilnych także i u ludności cywilnej, pracującej w niehumanitarnych warunkach pod ogniem bomb i ostrzału artyleryjskiego w fabrykach i innych obiektach.

Co się tyczy nerwic, występujących u żołnierzy, zespół wyczerpania walką stanowił, obok stanów lękowych, olbrzymią większość rozpoznań.

Jak widać z powyższych tabel, zasadniczo podzielić można nerwice wojenne na dwie duże grupy: te, które występują u poszczególnych żołnierzy, i te, które „udzielają się" od razu całym grupom społecznym. Dla służby medycznej najistotniejsze znaczenie mają te pierwsze, dla aparatu politycznego i dowódczego te drugie. Obie jednak postacie w sposób istotny przyczyniają się do obniżenia wartości walczących oddziałów, w związku z czym konieczna jest znajomość ich obrazu klinicznego i dynamiki rozwoju zarówno ze strony lekarzy, jak i dowódców.

2. NERWICE U POSZCZEGÓLNYCH ŻOŁNIERZY

Najbardziej typową dla pola walki jest nerwica, której robocza nazwa brzmi: zespół wyczerpania walką (zww) — *sindrom istoszczenija bojem, combat exhaustion, l'épuisement au combat.*

Zww w różnym nasileniu — o czym będzie jeszcze mowa — obserwowano po przedłużających się ciężkich bojach nawet u żołnierzy chętnych do walki, doświadczonych i dobrze przeszkolonych. Głównym czynnikiem patogenetycznym jest nie tyle strach przed śmiercią lub okaleczeniem, ile ogromny wysiłek fizyczny i ogromne napięcie emocjonalne, nieustanne napięcie uwagi, długotrwała czujność, niemożność wypoczynku i wyspania się, trudność w zaspokajaniu głodu z przyczyn obiektywnych (trudności w aprowizacji) i subiektywnych (utrata apetytu), trudność w zaspokajaniu pragnienia. Obok tego w sposób przewlekły i męczący działa fakt nieustannego wystawiania się na niebezpieczeństwo (ciągły huraganowy ogień pocisków, działanie podmuchu), widok i jęki ginących kolegów. Aktywny udział w zadaniach bojowych, oczekiwanie w napięciu rozkazu od przełożonego, obowiązek i chęć dokładnego wykonania poleconego zadania, którym towarzyszy często maksymalny wysiłek fizyczny (walki w górach, na pustyni) lub emocjonalny (walki w powietrzu, walki na morzu) — wszystko to przyczynia się do pojawienia się opisanego zespołu.

Zespół ten po przekroczeniu pewnej „osobistej" granicy wytrzymałości rozwinąć się może u każdego, a czynnik konstytucyjny lub przebyte w życiu cywilnym stany nerwicowe mają raczej względny wpływ na pojawienie się czy szybkość wystąpienia tego zespołu. U żołnierzy starszych wiekiem objawy zww pojawiały się wcześniej. Ogólnie jednak biorąc osobnicy zrównoważeni w okresie przedbitewnym pod względem psychicznym i o wyższym morale żołnierskim, świadomi celów walki, wytrzymywali dłużej trudy walki niż osobnicy chwiejni, zalęknieni już w okresie przedbitewnym. Ale nie ma reguły. Zdarzało się, że wielu niezrównoważonych osobników doskonale znosiło długotrwałe trudy bitwy, podczas gdy osobnicy uprzednio zrównoważeni właśnie wcześnie w walce zawodzili. Wynikałoby z tego, że stan zrównoważenia psychicznego (co łączy się zwykle ze stanem dobrego poczucia fizycznego) jest jedynie względnym gwarantem możliwości niewystąpienia zww. Decyduje nasilenie walk i ich przedłużanie się. Jak można było się tego spodziewać, zww pojawia się najczęściej i zaczyna się najwcześniej w jednostkach z najwyższym wskaźnikiem strat. Autorzy amerykańscy podają, że mniej więcej 65% pierwotnego składu jednostek wojskowych wykruszyło się w końcu 40 dnia bitwy z powodu zww, pomiędzy zaś 110 — 120 dniem nieustannych walk trzeba było z tego powodu wycofać teoretycznie 100% żołnierzy z pierwszej linii frontu.

Należy podkreślić, że nierzadko zww rozwijał się u żołnierzy nie w toku samej walki, lecz dopiero z chwilą, gdy wycofano dla zluzowania oddział prowadzący walkę już przez dłuższy czas. Akt udziału w walce stanowił w tym wypadku tak silny czynnik pobudzający, że żołnierz w czasie jej trwania był zdolny w pełni zachować swą zdolność bojową, a załamywał się dopiero po jego wycofaniu się z walki.

Charakter objawów indywidualnych i rozwój objawów w zespole wyczerpania walką jest stereotypowy. Ilustruje to tabela 5.

Tabela 5

Objawy zespołu wyczerpania walką

A. Objawy psychiczne:	
1. Napięcie emocjonalne i związane z nim objawy:	Bezsenność Lękliwość Niepokój Drażliwość Drżenie
2. Zaburzenia emocjonalne innej natury:	Apatia Depresja
3. Zaburzenia uwagi i toku myślenia	Niemożność skupienia uwagi Zaburzenia pamięci Objaw ciągłego rozpamiętywania własnej choroby Zahamowanie Rozkojarzenie
B. Objawy cielesne:	
	Bóle głowy Zawroty głowy Duszność Bicie serca Ból w klatce piersiowej Zaburzenia żołądkowo-jelitowe Zaburzenia w oddawaniu moczu Bóle w karku Osłabienie
	Objawy cielesne typu histerycznego

Kolejność występowania objawów psychicznych w zww ma charakter wyraźnej gradacji i odpowiada mniej więcej kolejności ich ugrupowania w podanej tabeli (1, 2, 3). W związku z tym wielu autorów rozróżniało różne okresy w rozwoju zespołu ww. Spośród kilku proponowanych podziałów zww najbardziej ilustra-

tywny wydaje się ze względu na swą prostotę podział podany przez Bartmeiera i jego współpracowników. Według nich w rozwoju zespołu wyczerpania walką odróżnić można 3 okresy: I okres wstępny, II okres zaznaczonej dezorganizacji psychiki, III okres zupełnej dezorganizacji psychiki. Okresy te omówimy kolejno.

I o k r e s. Dla okresu wstępnego najbardziej typowe były objawy napięcia emocjonalnego (wg tabeli). Początkowo niemal wszyscy żołnierze skarżyli się na uporczywe zmęczenie. Wkrótce dołączała się do tego lękliwość pod postacią uczucia niedostosowania, obawy przed podjęciem jakiegokolwiek zadania, poczucie niebezpieczeństwa, tendencja do odosobnienia się i lęk przed tłumem. Osobnicy w tym stanie obawiali się wyjść z zajmowanego pomieszczenia czy kryjówki. Zachowanie stawało się dziwne, nieadekwatne do sytuacji. Jedni robili się drażliwi, wybuchowi, skłonni do bitki, krzykliwi w rozmowie, inni posępni i milczący, niektórzy nieoczekiwanie rozbawieni i bez powodu ciągle śmiejący się. Znamienne było, że najmniejszy niespodziewany hałas podrywał ich gwałtownie na nogi. Wszyscy mieli świadomość zmienionego chorobliwie poczucia („coś się z nami dzieje", „nie panuję nad sobą"). Żołnierze bronili się przed tymi stanami w różny sposób — jedni szukali dla siebie zajęć, drudzy pili na umór. Prawie wszyscy mieli zaburzenia snu. Z trudem zasypiali, z łatwością się budzili, męczyły ich przykre sny, których treścią początkowo była bitwa. Gdy stan lękowy się zmniejszał, miały one coraz mniej przerażający charakter, a w miarę powracania do zdrowia zanikały. Tym psychicznym objawom towarzyszyły z reguły objawy wegetatywne. Przede wszystkim pocenie się, a zwłaszcza rąk i stóp, a także drżenie (rąk, powiek). Objawy te były stałe, wzmagały się jednak wyraźnie pod wpływem kawy, papierosów oraz nasilania się lęku. Wielu chorych skarżyło się na męczące uczucie drżenia w żołądku. W okresie wstępnym nader często występowały bóle głowy. Były one dwóch rodzajów: a) niezależne od postawy ciała, b) zależne od postawy ciała.

a) Ból głowy niezależny od pozycji ciała to przewlek-

ły ból zawsze w tej samej okolicy czaszki, mający najczęściej charakter ucisku, znoszony na ogół łatwo. Zazwyczaj istniał on jeszcze przed walką, a w czasie walki ulegał nasileniu.

b) Bóle głowy zależne od postawy ciała miały charakter napadowy i wędrowały zwykle z jednej okolicy głowy do drugiej. Przed walką nie występowały, wyraźnie łączyły się z ciężkim stanem napięcia emocjonalnego. Ten rodzaj bólów występował w 2 postaciach: po pierwsze jako ciągły ból w czole, za gałkami ocznymi, w karku i kręgach szyjnych. Ból ten znikał w pozycji leżącej, nie występował więc po obudzeniu się. Szczególnie dokuczliwie dawał znać o sobie po południu i wieczorem, zazwyczaj wystarczało się położyć, aby znikł. Po drugie jako ból pulsujący zgodnie z rytmem tętna, częsty po obudzeniu, głównie w potylicy i karku. Ból ten malał w pozycji stojącej, a nasilał się w pozycji leżącej.

Oprócz bolów głowy względnie często żołnierze skarżyli się na tzw. tkliwość głowy. Polegała ona na nieznoszeniu czegokolwiek na głowie. Hełm wydawał się nieznośnym ciężarem, najmniejsze dotknięcie drażniło boleśnie. Często chorzy skarżyli się, że czują jakby ucisk obręczy na głowie.

W pierwszym okresie wyczerpania walką żołnierze jeszcze nie ubywali z szeregów. W zależności od sytuacji ogólnej walczyli nadal szereg dni, a nawet tygodni lub miesięcy, to znaczy do czasu, gdy jakiś dodatkowy uraz powodował pogorszenie się stanu psychicznego.

II o k r e s. Natomiast w drugim okresie wyczerpania walką żołnierze z reguły tracili zdolność do dalszego udziału w bitwie. Ich zachowanie się i wypowiedzi tak dalece odbiegały od pojęcia normy psychicznej, że zwracały uwagę kolegów i dowódców i powodowały odesłanie ich z linii frontu do punktów medycznych. Objawy drugiego okresu zww cechuje duża różnorodność i znaczne nasilenie. Pod względem emocjonalnym chorzy przedstawiają obraz głębszej depresji lub apatii (p. 2 tablicy). Towarzyszy temu ogólne zahamowanie psychomotoryczne utrudniające wykonywanie rozkazów, a nawet jakichkolwiek czynów.

Chorzy wyraźnie odosobniają się, szukają samotności, wyraz twarzy mają lękliwy i zagubiony. W postaci depresyjnej występuje często objaw biadolenia i narzekania, kontrastujący ostro z męską sylwetką chorego. W postaci apatycznej stwierdza się wyraźnie „spłaszczenie afektu" z utratą aktywności bojowej, zainteresowania kolegami, jedzeniem, rozrywkami. Dochodzi do tego, że żołnierz przestaje nawet otwierać listy, które otrzymuje z domu. W pododdziale zdany jest całkowicie na inicjatywę kolegów, ponieważ nie potrafi samodzielnie ani myśleć, ani postępować. Stwierdza się tendencje do napadowych stanów przymglenia świadomości z zaznaczoną dezorientacją, złą zbornością ruchów, wadliwymi sądami itp. Niekiedy na podstawie obrazu klinicznego można sądzić, że ma się do czynienia z rozpoczynającą się shizofrenią. W drugim okresie zww występuje dużo zaburzeń cielesnych, jak: silne drżenie, biegunka, uporczywe wymioty, stałe bóle i zawroty głowy, ból w karku, bóle w okolicy serca, zaburzenia w oddawaniu moczu, ogólne osłabienie. Ten ostatni objaw nie polegał jedynie na odczuwaniu słabości, lecz obrazował słabość rzeczywistą. Stwierdzono to doświadczalnie, obserwując chorych z zww w szpitalach, w okresie gdy wykazywali jeszcze pełny obraz chorobowy. Chorzy z zww męczyli się dużo szybciej niż zdrowi żołnierze lub chorzy na inne choroby podczas różnych gier sportowych, prac fizycznych itp., mimo iż dokładne badania nie wykazywały zaburzeń ze strony ich układu krążenia i układu ruchowego.

III okres. Przejście między II i III okresem zww jest właściwie nieuchwytne. III okres cechuje bardzo duże nasilenie objawów psychopatologicznych, świadczących o głębokich zaburzeniach czynności nerwowych. Chory w III okresie jest niespokojny, podniecony, wyraźnie zdezorientowany, często zaczepny, wypowiedzi jego są niedorzeczne, rozkojarzone. Zdarzają się niespodziewane ucieczki w pole, mimo obstrzału. Innym razem chorzy zapadają w osłupienie. U wszystkich niemal stwierdza się drżenie, szczególnie rąk i głowy. Często spotyka się wymioty, biegunkę, bóle w karku i krzyżu. Statystyki amerykańskie podają, że tylko około 4% chorych wykazywało

objawy histerii, np. afonię (bezgłos), amnezję, jąkanie, kamptokormię*.

Ogólne zasady leczenia. W pewnym sensie leczenie zww rozpoczyna się już na szczeblu batalionowych i pułkowych punktów medycznych, częstokroć bowiem zapewnienie kilkugodzinnego odpoczynku, napojenie gorącą kawą, podanie prymitywnych środków uspokajających działa leczniczo we wstępnym okresie zww.

Oczywiście olbrzymią większość chorych przesyłano na dalsze etapy ewakuacji, przy czym zasadniczym punktem zbiorczym dla chorych z zww był w armiach anglosaskich tzw. *exhaustion center*. Była to placówka organizowana na szczeblu medycznym odpowiadającym naszej bazie szpitalnej armii. Stanowiła ona bądź to samodzielny punkt medyczny, bądź też była oddziałem któregoś ze szpitali ewakuacyjnych. Czas pobytu chorych przewidywano na 7—9 dni, w praktyce jednak okres ten przedłużał się do kilku tygodni, zwłaszcza gdy napływ chorych był mały lub zaistniały trudności ewakuacyjne. Zadaniem *exhaustion center* było wstępne opracowanie psychiatryczne chorych, dokładna ich selekcja, postawienie ostatecznego rozpoznania i wstępne zabiegi lecznicze.

Jak wynika ze statystyki, w czasie II wojny światowej około 80% żołnierzy wracało do czynnej służby wojskowej, a z tego około 40% do służby frontowej. Najlepiej rokowały przypadki uchwycone w okresie wstępnym, gdzie kilkudniowy wypoczynek w cieple i spokoju poza linią frontu przywracał żołnierzom siły i równowagę psychiczną i umożliwiał powrót na linię. Stosunkowo pomyślnie rokowali także chorzy, których skierowano na punkty medyczne w II okresie. Większość z nich wracała do służby w ciągu 2—3 miesięcy. Niektóre osoby, które uległy raz lub kilka razy „wyczerpaniu walką", zdają się zawodzić szybciej w następnych, przedłużających się bojach.

Inną postacią nerwicy, stosunkowo często spotykaną na polu walki, jest nerwica lękowa, nazywana dalej stanem lękowym.

---

* Objaw, polegający na trwałym przyjęciu postawy zgięcia tułowia.

Stany lękowe występują w postaci łagodnej i ciężkiej. Łagodnym stanom lękowym ulegają osobnicy skłonni do takich reakcji jeszcze przed służbą wojskową. O ile początkowo siłą woli i rozsądku przezwyciężają strach, to w miarę jak nasila się groza współczesnego boju załamują się. Pojawia się drżenie, słabość kończyn dolnych; żołnierz czuje się oszołomiony, gdy słyszy strzały, drży, pojawiają się nudności, wymioty, biegunka. Ogarnia go chęć ucieczki. W niektórych wypadkach ulegający temu stanowi ma zwężone pole świadomości. Zdarzają się wtedy bezsensowne ucieczki w częściowym przymroczeniu, krótkotrwałe osłupienie. Inny typ reakcji to całkowita utrata kontroli emocji. Żołnierz zachowuje się jak dziecko — jęczy, płacze, łka, krzyczy.

Gdy ostra faza łagodnego stanu lękowego przemija (a na ogół trwa krótko), pozostaje drżenie kończyn, niepokój, bezsenność, brak apetytu. Chory jest nadmiernie ruchliwy, na nieoczekiwany głośny dźwięk wzdryga się. Na odgłos ognia artyleryjskiego budzi się w nim strach na nowo i mimo że jest w danej chwili z dala od miejsca walki, stara się ukryć. Nawet w okresie uspokajania się pozostaje wrażliwość na głośne dźwięki. Sen jest bardzo niespokojny, marzenia senne za treść mają bitwę, niebezpieczeństwo; wykonuje on w czasie snu ruchy krycia się przed niebezpieczeństwem, krzyczy. Po przebyciu łagodnego stanu lękowego chorzy nie są zdolni od razu do powrotu w szeregi walczących, mimo że pozornie zachowują się dorzecznie. Skarżą się na bóle głowy i zawroty, złe sny i bezsenność, lekkie drżenie rąk, brak apetytu. Zdolność do boju powraca po szeregu tygodni. Czasem wystarcza przetrzymanie tych osób na bliskim punkcie ewakuacji. Przy ponawiających się stanach lękowych, utrzymujących się czasem po przejściu ostrego okresu depresji, można ich przenieść do jednostek tyłowych.

Ciężkie stany lękowe na wojnie przypominają ostrą psychozę, przeważnie o typie schizofrenii. Chorzy często nie odzywają się w ogóle, czasem po nagabywaniach, jąkając się, przy równoczesnym nasileniu drżenia, wyrzucają z siebie jakieś słowo. Jednak widać, że są oni przytomni, obserwują otoczenie, czasem, gdy im

podać kartkę, starają się coś napisać. Trwając w tym stanie prawie bez ruchu, od czasu do czasu wyrzucają jakiś okrzyk, czasem wykonują kilka gestów, których sensu trudno się domyślić. Nagły ostry dźwięk wywołuje przerażenie i nasila drżenie ciała. Reakcja ta może się pojawiać nawet pod wpływem bodźców mniej silnych, np. nagłego trzasku przy zapalaniu zapałki. W szpitalu układają się na łóżku skuleni na boku, leżąc tak całymi dniami. Czasami nagle zrywają się, biegają po sali. Jakkolwiek nie okazują żadnej inicjatywy, aby usiąść lub wstać, to jednak, gdy poda się im jedzenie, papierosy lub prowadzi do ubikacji, zachowują się sprawnie. Również bez pomocy potrafią się ubierać. Gdy chory uspokaja się, co zwykle następuje po 2 dniach leczenia, wypowiada krótkie zdania, ale czyni to tonem niepewnym, swą bezradnością przypomina zachowanie się przestraszonego dziecka. Stan ten powoli ustępuje w ciągu 4—6 tygodni. Chorzy chodzą przygarbieni, posuwają nogami po podłodze, ręce zwisają, twarz jest mało mimiczna, mówią szeptem. Jeszcze reagują przerażeniem i grozą na błahe bodźce. Niekiedy reakcja lękowa może mieć przebieg cięższy pod postacią osłupienia. Do reguły należy kilkumiesięczny przebieg leczenia w zakładach leczniczych głębokiego tyłu.

Zww i stany lękowe łagodne i ciężkie najbardziej różnią „nerwicę wojenną" od spotykanych w życiu cywilnym. Co się tyczy nerwic o obrazie odpowiadającym najbardziej znanym postaciom (neurastenii, histerii i innym), to najczęściej występują zespoły mieszane neurasteniczno-histeryczne. W zespołach histerycznych powstałych po kontuzjach często występuje głuchota i niemota histeryczna, cofająca się poprzez jąkanie, często powstają bezwłady, przykurcze, drgawki połączone ze znieczuleniem powierzchni ciała. Do objawów wegetatywnych najczęściej towarzyszących nerwicom należą zaburzenia ze strony układu krążenia (przyspieszona akcja serca, napadowe bicie serca, przelotne skoki ciśnienia krwi, ból przedsercowy), zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (bóle brzucha, biegunki, nudności, wymioty), często mocz, a nawet moczenie nocne, niekiedy napady duszności. Z każ-

dą z wymienionych postaci nerwic wojennych mogą kojarzyć się różnorodne objawy ruchowe, jak te, które opisywaliśmy przy stanach lękowych (drżenie, twarz uboga mimicznie, chód z powolnym przesuwaniem dolnych kończyn po podłodze, postawa skulona na boku, nadwrażliwość dźwiękowa) i przy reakcjach histerycznych (niemota, jąkanie, zaburzenia chodu, głuchota, bóle nie poddające się żadnemu leczeniu itd.)

3. NERWICE KOLEKTYWNE

Najbardziej niebezpieczną formą tego typu nerwic jest panika. Pod pojęciem tym rozumiemy nagły wybuch silnego zbiorowego strachu, charakteryzujący się krótszym lub dłuższym przymgleniem świadomości powodujący nagłe ucieczki, wywołane rzeczywistym lub urojonym niebezpieczeństwem, w każdym jednak wypadku znacznie przesadzonym.

Działanie ludzkie ma charakter celowy, gdy świadomość, rozum i wola należycie hamują działania instynktowne. W wypadku zaskoczenia przez nieprzyjaciela skuteczne przeciwdziałanie może być zorganizowane tylko przy zachowaniu tej jedności psychicznej. W wypadku fatalnym — np. przy nagle powstałej groźbie utraty życia i wolności — cała ta celowa organizacja psychiczna może ulec zaburzeniu. Działania ludzkie przestają być w pełni świadome, celowe, obliczone, a stają się działaniami instynktownymi, niejako bezwarunkowo-odruchowymi. Zbiorowisko żołnierskie zostaje opanowane w żywiołowy sposób jedną myślą — jak najszybszego oddalenia się od miejsca, gdzie zjawiła się nagła groźba utraty życia.

Panika jest jednym z ostrych przejawów upadku ducha bojowego. Szczególnie często zjawia się wśród wojsk, które prowadzą działania wojenne z niepowodzeniem (nie stanowi to jednak reguły), a zwłaszcza gdy znajdują się one w nieustannym zetknięciu z nieprzyjacielem i są przemęczone. Hamond, oprócz narastającego zmęczenia, podkreśla w czynnikach sprzy-

jających powstawaniu paniki na wojnie nadużywania alkoholu, nagromadzenie przykrych doznań emocjonalnych, osłabienie zwartości środowiska żołnierskiego wskutek utraty „kolektywnego ducha". Okres przygotowujący do występowania paniki to okres neurastenizacji powstały wskutek przewlekłego zmęczenia; w miarę utrzymywania się zagrażającej i wyczerpującej sytuacji powoduje on realizację stosunków neurofizjologicznych, stwarzających gotowość do wybuchu reakcji o charakterze histerycznym. Wynikiem tego jest ożywienie fantazji, łatwość ulegania plotce, wyolbrzymianie niebezpieczeństwa, łatwość ulegania popłochowi i zbiorowej sugestii. Gdy na tak przygotowane „podłoże" zadziała nagły bodziec — najczęściej słuchowy lub wzrokowy (ogień nieprzyjacielski, pojawienie się czołgów, nalot itd.) — skojarzony z impulsem strachu, może wystąpić reakcja niewspółmierna do istotnie zagrażającego niebezpieczeństwa.

Zjawisko paniki jest od dawna przedmiotem badań psychiatrów i psychologów wojskowych. Panika jest bowiem czynnikiem, który w sposób nagły pokrzyżować może plany dowództwa i przekreślić niejedne zdawałoby się całkowicie pewne zamierzenia operacyjne. Zwłaszcza we współczesnej wojnie, kiedy to strony walczące mogą sięgnąć po środki masowej zagłady, a losy wojska w dużo większym niż dawniej stopniu zależą od chwiejnych emocjonalnie mas ludzkich cywilnego zaplecza, zagadnienie przewidywania i zwalczania reakcji panicznych staje się dla wojska problemem o pierwszorzędnym znaczeniu.

Wydaje się, że najłatwiej zrozumieć można mechanizm powstawania dynamiki rozwoju paniki, wychodząc z założeń psychologii społecznej. W świetle tej psychologii panika jest reakcją w zasadzie już psychopatologiczną tłumu na bodziec o charakterze lękotwórczym. Należy przy tym podkreślić, że „tłum" jest tu ściśle określonym pojęciem i nie każde zgrupowanie ludzi można określić tym mianem. Obserwacja zbiorowisk ludzkich pozwoliła podzielić je na zgrupowania o mniej lub więcej złożonej strukturze.

Najbardziej prymitywnym zbiorowiskiem ludzkim jest **zbiegowisko.** Rozumiemy przez nie luźny zbiór

przypadkowo zebranych jednostek ludzkich. Poszczególne osoby nie są powiązane ze sobą emocjonalnie ani też w żaden inny sposób. Na obserwowane przez siebie zjawisko reagują indywidualnie, stąd też zachowanie ich wykazuje dużą różnorodność zależną od temperamentu, wychowania, wykształcenia, wiedzy itp.

Przykładem bardziej złożonego zbiorowiska ludzkiego może być **audytorium** w teatrze. Poszczególne jednostki przybyły tu kierowane wspólnym zainteresowaniem, a nie w drodze przypadku. Ich wzajemny kontakt emocjonalny jest jednak bardzo luźny, w zasadzie jedni są drugim całkiem obcy. Stąd, mimo że wszyscy zebrani sugerowani są przez aktorów z jednakową siłą, w jednakowy sposób, reakcja na te sugestie jest bardzo różnorodna. Szczególnie okazywanie żywszych uczuć jest tu krępowane pewnymi niepisanymi, ale ściśle przestrzeganymi konwencjami.

Tłum jest zbiorowiskiem ludzkim jeszcze bardziej skomplikowanym od audytorium i znacznie różni się od niego. Przede wszystkim podkreślić należy fakt niesłychanie silnej więzi emocjonalnej, która spaja ludzi wchodzących w skład tłumu jak gdyby w jedną jedyną osobę. W tej sytuacji reakcje na sugestie podane przez osoby przewodzące mają charakter żywiołowy, są niczym nieskrępowane i — co ważniejsze — u wszystkich osób przebiegają jednakowo. Ładunek emocjonalny przeżywanych sytuacji ma ogromną siłę; prymitywne uczucie wszechwładnie panuje nad postępowaniem człowieka. Poszczególni ludzie w tłumie przypominają zahipnotyzowanych; ich pole świadomości jest wyraźnie zwężone, bez reszty oddają się oni sugestii przywódców i także — bez reszty — starają się naśladować bardziej aktywnych sąsiadów. Przywódcami lub reprezentantami tłumu mogą stać się zupełnie przypadkowi, bliżej nie znani ludzie, byleby tylko ich apele odpowiadały aktualnym gustom zebranych, a ich wybitnie aktywna postawa gwarantowała odpowiednią dynamikę działania.

Najwyższą formę zbiorowisk ludzkich stanowią różne **zdyscyplinowane grupy organizacji militarnych, paramilitarnych, partyjnych** itp. Różnią się one zasadniczo od tłumu następującymi cechami:

1. Na ich czele stoi dowódca, będący człowiekiem narzuconym grupie przez prawo, bez oglądania się na życzenia podwładnych.

2. Między poszczególnymi członkami grupy istnieje więź emocjonalna, oparta jednak na długotrwałym koleżeństwie i wspólnocie interesów, a nie na jednorazowym wybuchu afektu.

3. Sugestie dowódcy mają moc rozkazów i wykonywane są często wbrew emocjonalnym tendencjom podwładnych. Mają one charakter mocy zarządzeń prawnych, a nie demagogicznych haseł.

Innymi słowy postępowanie zorganizowanej grupy społecznej (a w tym i pododdziału wojskowego) oparte jest na przesłankach przede wszystkim racjonalnych, a nie uczuciowych. Więź emocjonalna, która się wytwarza między członkami grupy oraz grupą i przywódcą, opiera się raczej na uczuciowości wyższej i wzmocniona jest wyrobioną przez pewien czas dyscypliną. Zorganizowana grupa tym się różni od tłumu, że ulegając rozkazom swego dowódcy jest w stanie działać wbrew prymitywnym uczuciom, które oddziałują w tym samym czasie na poszczególnych członków tej grupy — np. wbrew lękowi, nienawiści, uniesieniu itp.

Granice pomiędzy wymienionymi rodzajami zbiorowisk ludzkich są bardzo chwiejne, z tym że każde z nich może stać się w sprzyjających warunkach tłumem. Przy tym należy podkreślić, że dla grup zorganizowanych, takich jak np. pododdziały wojskowe, przedzierzgnięcie się w tłum oznacza degradację i kojarzy się zawsze z upadkiem autorytetu dowódcy.

Jakie warunki muszą być spełnione, żeby jakiekolwiek zbiorowisko ludzkie przekształciło się w tłum?

Podstawowym warunkiem uformowania się jakiegokolwiek zbiorowiska ludzkiego w tłum jest istnienie w psychice poszczególnych jego uczestników uprzednio zakorzenionych, uświadomionych lub nie uświadomionych uprzedzeń, niechęci, lęków lub obaw. W przypadku interesującego nas zagadnienia paniki kanwą do utworzenia się tłumu jest ukrywany, lecz od dawna istniejący lęk (np. przed całkowitą zagładą za pomocą nowej broni, przed zdradą, przed dostaniem się w ręce okrutnego przeciwnika itp.).

Drugim ważnym warunkiem jest pojawienie się kogoś, kto swym zachowaniem porwie przygotowane emocjonalnie zbiorowisko ludzkie do działania. Czasem jest to reprezentant wyłoniony przez uczestników, czasem przywódca, który świadomie wybrał odpowiedni moment do opanowania tłumu, czasem — zwłaszcza w przypadku paniki — jest to przeważnie przypadkowa osoba, która w ten czy inny sposób zdobywa się pierwsza na głośne wypowiedzenie tego, co nurtuje wszystkich od dawna. Według nomenklatury psychologii tłumu osoba taka podaje apel, czyli wzywa tłum do działania. Uprzednie emocjonalne przygotowanie tłumu powoduje, że apel ten przyrównać można do iskry padającej na zbiornik z benzyną. Zebrani ludzie bezkrytycznie i natychmiastowo reagują wybuchem afektu, pobudzając się wzajemnie do czynu. W rzadkich przypadkach pobudką do działania tłumu może stać się jakiś dźwięk, sygnał wywołujący trwogę — jak huk, dzwonek itp., działający bez współudziału człowieka.

Ludzi działających w tłumie charakteryzuje jednolitość reakcji, przy czym zachowanie ich jest w zasadzie różne od zachowania się indywidualnie. Zjawisko to analizowano wszechstronnie. Klasyk psychologii tłumu — Le Bon — mówi, że „człowiek w tłumie nie jest sobą, a upodabnia się do mas". Inny znakomity autor Allport twierdzi, że „człowiek w tłumie jest jeszcze bardziej sobą *(he is himself more so)*. Te pozornie sprzeczne twierdzenia nie są jednak w gruncie rzeczy przeciwstawne. Człowiek w tłumie zachowuje się co prawda zupełnie inaczej niż na co dzień, jednakże jest jednocześnie bardziej zbliżony do swej własnej, nie maskowanej struktury. W tłumie dochodzi do odhamowania popędów i skłonności trzymanych w normalnych warunkach na wodzy. Zdjęta zostaje kontrola społeczna, nakładająca normalnie liczne hamulce natury etycznej i poddająca nasze postępowanie analizie opinii społeczeństwa. Człowiek w tłumie przestaje liczyć się z prawem i oceną publiczną, gdyż spodziewa się, że odpowiedzialność za własną działalność podzieli z dużą zbiorowością. Sądzi, że czyny jego nawet najbardziej karygodne ujdą mu, gdyż wszyscy naokoło robią to samo. Poza tym tak dalece jest owładnięty jedynym

prymitywnym uczuciem, że pole jego świadomości ulega znacznemu zawężeniu i w związku z tym rozeznanie dokonywanych czynów jest faktycznie bardzo ograniczone.

W zależności od emocji, które kierują tłumem, zachowanie jego bywa różne. W wypadku działania pod wpływem nienawiści, wściekłości obserwujemy lincze i pogromy, w wypadku gniewu — masowe demonstracje, radosnego podniecenia — różnego rodzaju bachanalia, karnawały, spontaniczne zabawy uliczne itp., w wypadku trwogi — panikę.

Nie ma potrzeby udowadniania, jak wielkie znaczenie dla wojska ma zjawisko paniki. Przekształcenie karnych i świadomych oddziałów w ogarnięty trwogą, bezmyślnie szalejący tłum może przekreślić w jednej sekundzie taktyczne, a nawet operacyjne plany dowódców. Szczególnie współczesna wojna, w której środki używane do walki mają z reguły budzący grozę charakter, stwarza liczne sytuacje niesłychanie sprzyjające reakcjom panicznym. Ponadto należy pamiętać, że w chwili obecnej przeciwnik nastawia się na łamanie morale żołnierskiego za pomocą perfidnych chwytów psychologicznych. Sposób ten nie tylko obniża ogólnie przydatność żołnierza do boju, ale i powoduje większą jego podatność na panikę. Trudno przewidzieć, jak zareagować może wojsko oraz szerokie masy ludzkie zaplecza na wojnę prowadzoną za pomocą środków masowego obezwładnienia lub wojnę, polegającą na utworzeniu barier radiacyjnych obejmujących obszary wielkości połowy Europy itp. Intuicyjnie jednak rzecz biorąc wydaje się, że możliwość powstania w takich wypadkach paniki obejmującej całe narody lub całe armie jest bardzo wielka. Dlatego teraz bardziej niż kiedykolwiek powinno się zwrócić uwagę na wypracowanie metod zapobiegania i opanowania paniki.

Zdaniem większości autorów szczególny nacisk powinno się kłaść na profilaktykę paniki. Po pierwsze dlatego, że podejście takie jest dużo „rentowniejsze", a po drugie, ma ono bardziej realne podstawy. Istnieje bowiem, zwłaszcza w wojsku, dużo różnych sposobów takiego ustawienia mas ludzkich, że robią się one mniej podatne na panikę. Co się tyczy zaś możliwości opa-

nowania już rozwiniętej reakcji panicznej, to są one zawsze dość wątpliwe, a poza tym w każdym konkretnym wypadku muszą być inne. Nie ma tu żadnych reguł; rezultat akcji zależy od wyczucia i taktu osoby, która przeciwdziała rozszalałym tłumom.

Zasadniczym środkiem gruntownego przeciwdziałania możliwości powstawania paniki w pododdziałach wojskowych jest wychowanie żołnierza w duchu silnej i świadomej dyscypliny. Niezbędnym atrybutem osiągnięcia tego rodzaju stopnia dyscypliny jest przede wszystkim wyrobienie u podwładnych pełnego zaufania do dowódców. Dlatego należy dbać usilnie o wysokie kwalifikacje dowódców, szczególnie niższych szczebli, których kontakt z żołnierzami jest najbardziej bezpośredni. Zdolność wytwarzania właściwej atmosfery międzyludzkiej we własnym pododdziale powinna być najwyżej punktowana w ocenie poszczególnych dowódców. Można by ją okresowo oceniać za pomocą testów socjometrycznych, np. testów J. L. Moreno.

Wysoki autorytet dowódcy decyduje w każdej sytuacji o zachowaniu się żołnierzy, gdyż w chwili narastającej trwogi zawsze w pierwszym odruchu zwrócą wzrok na swych przełożonych i ich spokojna i przytomna postawa natychmiast stłumi wszelkie objawy paniki w zarodku. Za drugi czynnik, mający znaczenie zapobiegawcze, należy uznać takie opracowanie programu szkolenia, by żołnierz często znajdował się nieoczekiwanie w sytuacji pełnej grozy. Innymi słowy program szkolenia powinien przewidywać wytwarzanie sytuacji wywołujących panikę. Przykładem tego typu ćwiczeń jest budzenie śpiących żołnierzy przeraźliwymi okrzykami: „Uciekajcie! Pali się!", przy jednoczesnym rozniecaniu za oknami potężnych płomieni. Zadaniem poszczególnych dowódców będzie w tej sytuacji wyprowadzenie pododdziału z miejsca zakwaterowania w ładzie i porządku oraz pod bronią. W razie paniki można sytuację omówić z żołnierzami w oparciu o konkretny przykład i na przyszłość wyzyskać atut zawstydzenia. Można by dla celów eksperymentalnych robić tego rodzaju doświadczenia po uprzednim podaniu żołnierzom przed snem różnych

środków chemicznych o działaniu psychotropowym, jak: Largactil, Meprobamat, Elenium itp., i porównać siłę reakcji panicznej w obu wypadkach. Mogłoby to dać ewentualnie pewne wnioski co do możliwości stosowania niektórych ataraktyków w razie przewidywania ewentualności powstawania paniki. Zbigniew Paleski w swojej pracy *Panika na współczesnym polu walki* wylicza następujące posunięcia zapobiegające panice, na które wpływ ma bezpośredni dowódca:

„1. Nieskupianie w sytuacjach niebezpiecznych dużych ilości ludzi na niewielkiej przestrzeni.

2. Uniemożliwienie swobodnego dojścia do fortyfikacji, rejonów umocnionych i innych miejsc zapewniających względne bezpieczeństwo.

3. Uniemożliwienie (w przypadku spieszonego działania) wolnego używania środków komunikacyjnych (samochodów, helikopterów, łodzi itp.) w czasie ucieczki.

4. Przygotowanie lub chociażby uwzględnienie możliwości stosowania specjalnych przeszkód fizycznych i innych w tym oddziałów zaporowych"*.

Natomiast w wypadku paniki autor ten proponuje sposoby, które mogą być skuteczne w momencie powstawania, i inne, które należy stosować już w toku jej rozwinięcia.

W okresie powstawania paniki dowódca powinien, zdaniem Paleskiego, oddziaływać na pojedynczych żołnierzy poprzez:

„1. Szybką i zdecydowaną reakcję na pierwsze symptomy panicznego lęku.

2. Zwrócenie uwagi na żołnierza, który zdradza objawy silnego strachu. Czasami wystarcza tylko obecność przy nim, wywołanie jego imienia i nazwiska lub dodanie mu w jakiś inny sposób otuchy.

3. Szybkie wydanie jakiegokolwiek nowego rozkazu. Może to być tylko «padnij» lub «schowaj się». Chodzi tu o odwrócenie uwagi żołnierza oraz wywołanie przekonania o mniejszym zagrożeniu.

4. «Zdjęcie» żołnierza ujawniającego silny strach ze

---

* Z. Paleski, *Panika na współczesnym polu walki*, „Przegląd Wojsk Lądowych", nr 8/1969, s. 143—145.

stanowiska, a w każdym razie z pola widzenia i słyszenia innych.

5. Posłużenie się innymi osobami w celu fizycznego obezwładnienia takiego żołnierza. W ten sposób oddziałuje się również na tych, którzy wespół z dowódcą interweniują.

6. Użycie przykładowe broni. Pierwsze próby powinny polegać tylko na wywołaniu przekonania o zdecydowanej postawie jej rzeczywistego użycia"*.

W okresie pełnej paniki, kiedy żołnierze całymi grupami bezładnie opuszczają swoje stanowiska, dowódca powinien zdecydować się na:

„1. Szybkie przejęcie funkcji, od których zależy postępowanie i sytuacja żołnierzy, np. zajęcie miejsca za kierownicą, gdy kierowca próbuje pod wpływem paniki zawracać i uciekać.

2. Zastosowanie przeszkód fizycznych oraz niedopuszczenie ludzi do przejść, drzwi itp. (a nawet zamknięcie tych przejść). Chodzi tu ogólnie mówiąc o uniemożliwienie wykonania przez ulegających panice gwałtownych ruchów i biegu.

3. Zdecydowane działanie samemu lub z tymi, którzy nie ulegli panice, zapobiegające poruszeniu się pozostałych. W działaniu tym można posłużyć się gwałtowną gestykulacją oraz ostrym komenderowaniem słownym lub nawet krzykiem przy użyciu wzmacniaczy (jeśli znajdują się «pod ręką»).

4. Zastosowanie środków gwałtowniejszych od tych, które wywołały panikę, z użyciem broni włącznie.

5. Rozproszenie (rozbicie) grupy na różne kierunki i różne działania. Chodzi o to, aby się one nie kumulowały.

6. Odczekanie na ustąpienie najsilniejszego zamroczenia i na wyładowanie paniki w fizycznym wysiłku (w miarę możliwości jak najmniej szkodliwym) i natychmiastowe meldowanie o tym przełożonym z jednoczesnym starannym usuwaniem mas przed nieprzyjacielem"**.

Po przejściu w pewnym sensie „ostrego stanu" po-

---

* *Tamże.*

** *Tamże.*

zostawia panika po sobie objawy nerwicowe utrzymujące się przez czas krótszy lub dłuższy. Żołnierz czy oddział, który uległ kilkakrotnie panice, traci na wartości bojowej, powstaje w nim rodzaj „lękliwego oczekiwania". Zwężenie pola świadomości, łatwość ulegania wzajemnemu oddziaływaniu sugestywnemu, tak znamienne dla działania popędowego, wyjaśniają stany masowego podniecenia obserwowane niekiedy wśród wojska zwyciężających, a prowadzące do bezsensownych zniszczeń, grabieży, pogromów ludności itd. Oczywiście „odhamowujące" działanie alkoholu ma w tym swój udział. Stan depresji, zły nastrój oddziałów w czasie przewlekających się działań bojowych, zwłaszcza w wojnie pozycyjnej, rozprzestrzeniający się na całe fronty, jest wyrazem chronicznego zmęczenia układu nerwowego — masowej neurastenizacji.

Tego samego pochodzenia jest zespół nerwicowy spostrzegany wśród jeńców przebywających przez długi czas w obozach. Temu zespołowi nerwicowemu jeszcze w czasie I wojny światowej nadano nazwę „choroby drutów kolczastych". Zespół nerwicowy rozwija się wśród jeńców, którzy w niewoli przebywają przez dłuższy czas. Stałe życie w gromadzie („na oczach wszystkich"), w wąskiej „przestrzeni życiowej", spanie na pryczy kilkupiętrowej, głód, obawa o los rodziny w kraju, szykany wroga — wszystko to prowadzi do stanu chronicznego rozdrażnienia wskutek konfliktów „sąsiedzkich" o byle drobnostkę, wyładowania podnieceń przez chętnie używane ordynarne słownictwo. W tych warunkach, gdy nurt zdarzeń płynie z wolna, obniża się krytycyzm i waga zjawisk. Plotka, treść marzenia sennego czy wróżba, wiadomości wyczytane między wierszami gazety czy listu, nekrolog w gazecie — wystarczają, by rozbudzić wyobraźnię, budować daleko idące prognostyki, burzyć fronty, niszczyć miasta, a w obozie jeńców podnosić nastrój lub zdruzgotać pesymizmem. Walka o uzupełnienie racji żywnościowych ujawnia jeszcze inne cechy osobiste, które rozbudowały się w ciężkich warunkach niewoli: chciwość, egoizm, podejrzliwość. Sytuacja wyczerpująca psychikę, trwająca latami, w szczególny sposób wpływa na sferę uczuciową. Jeniec reaguje w spo-

sób niewydolny zarówno na zdarzenia radosne, jak i smutne, może snuć różne przypuszczenia na temat losu swych bliskich bez adekwatnego wzruszenia. Rozwija się rodzaj astenii uczuciowej i to w tym samym czasie, gdy np. drobnostka może wywołać ostre podniecenie. Współtowarzyszy temu stanowi przewlekłej neurastenii szereg objawów ze strony układu nerwowego wegetatywnego (powiększenie umiarkowane tarczycy, bicie serca, wzmożenie dermografizmu, wzmożone pocenie rąk, zaburzenia żołądkowo-jelitowe).

Środki psychozotwórcze i ich znaczenie dla wojska

I. WIADOMOŚCI WSTĘPNE

Na podstawie dość licznych wypowiedzi specjalistów z zakresu chemii i toksykologii bojowej można sądzić, że broń chemiczna w postaci bojowych środków trujących (BST) przeżywa obecnie swój renesans. U podstaw tych wypowiedzi leży przekonanie o wyższości broni chemicznej nad innymi środkami walki. Niektórzy teoretycy NRF twierdzą, że bojowe środki trujące przewyższają nie tylko broń konwencjonalną, ale nawet broń jądrową zarówno pod względem czysto militarnym, jak też ekonomicznym i politycznym. BST działają bowiem niszcząco lub porażająco wyłącznie na siłę żywą, oszczędzając bazę materialną przeciwnika, można je masowo produkować w oparciu o wysoko rozwiniętą syntezę chemiczną, są tanie, wygodne do zastosowania taktycznego różnymi metodami zapewniającymi zaskoczenie przeciwnika, wreszcie, w najnowszych swoich postaciach, odznaczają się istotnym walorem „humanitarności", ponieważ obezwładniają ludzi tylko czasowo i bez złych następstw.

Ostatnie zdanie odnosi się zwłaszcza do najnowszej grupy bojowych środków trujących określanych przez Amerykanów nazwą „psychogazy", a stanowiących najnowsze osiągnięcie chemii bojowej obok wysoko toksycznych trucizn nerwowych. W literaturze światowej określa się zresztą nazwy tych substancji bardzo różnie. Oto kilka najczęściej używanych terminów: środki psychotyczne, psychodyzleptyczne, psychoto- lub psychozomimetyczne, pobudzające fantazję, halucynogeny, psychojady itp.

Nieścisłe zresztą określenie „psychogazy" używane w wojskowej obcej i rodzimej literaturze dotyczy naj-

nowszej grupy związków chemicznych przygotowywanych dla celów wojny, a odznaczających się wybiórczym działaniem na ośrodkowy układ nerwowy człowieka. Wśród tych substancji, lansowanych dla celów wojny, wyróżnia się dwie grupy:

— środki obezwładniające psychicznie, wywołujące zaburzenia psychiczne — właściwe środki psychochemiczne (SPsCH);

— środki obezwładniające fizycznie, prowadzące do niewydolności fizycznej przez zakłócenie czynności psychoruchowej ośrodkowego układu nerwowego.

Wydaje się, że bezpośrednim bodźcem do podjęcia prac nad przygotowaniem środków psychozotwórczych do celów wojennych były wyniki prac i badań nad dwuetyloamidem kwasu lizergowego (LSD 25). Pierwszym aktem świadczącym o zainteresowaniu i wiązaniu określonych nadziei ze związkami o działaniu psychozomimetycznym, jako środkami walki, był raport Szefa Wojsk Chemicznych armii Stanów Zjednoczonych — generała Stubbsa, złożony w komisji senackiej w czerwcu 1959 r. Już w tym raporcie podkreślono szereg walorów, jakimi mają odznaczać się substancje podobne w działaniu do LSD, a odpowiednio przygotowane do użycia w walce. I tak:

— substancje te nie niszczą siły żywej, lecz tylko czasowo wytrącają ją z walki;

— ich skuteczne (bojowe) stężenia są minimalne, co zapewnia mały ich rozchód przy wykonaniu ataku i stanowi istotny walor ekonomiczny;

— są one trudno wykrywalne zarówno organoleptycznie, jak i metodami indykacji chemicznej;

— mogą one znaleźć zastosowanie przy użyciu środków ogniowych (pociski, bomby chemiczne), dymotwórczych (fugasy, fumatory, świece dymne) oraz specjalnych naziemnych lub lotniczych generatorów,

— mnogość technicznych sposobów zastosowania wiąże się z tym, że są to substancje stałe o wysokiej temperaturze wrzenia, łatwe do przekształcenia w aerosole;

— nadają się do dywersji chemicznej i mogą być użyte do zatruwania np. źródeł wody i powodowania tą drogą zatruć doustnych; od momentu ich wtargnięcia do organizmu do czasu uwidocznienia się ich

działania istnieje dość długi bezobjawowy okres utajenia, co komplikuje rozpoznanie i opóźnia przedsięwzięcia obronne i lecznicze; w ten sposób zwiększa się zaskoczenie przeciwnika;

— mogą one być stosowane w różnych recepturach powodując nieprzewidziane skutki;

— wywołują długotrwały i złożony okres objawowy (od kilku do kilkunastu godzin), przebiegający w postaci psychozy;

— zagrożenie sił własnych ich działaniem jest minimalne, ponieważ etatowe środki indywidualnej i zbiorowej obrony przeciwchemicznej na ogół bronią przed nimi dostatecznie.

Niemiecki autor Hahn stwierdza, że prawda o nowych środkach wojny chemicznej (w tym i o psychogazach) leży między przesadnym entuzjazmem niektórych specjalistów a błędnym niedocenianiem innych.

Rotschild (Stany Zjednoczone) uważa broń chemiczną w najnowszych jej postaciach za „najbardziej humanitarną", bo albo zabija natychmiast oszczędzając cierpień (związki fosforoorganiczne: V-gazy) albo nie zabija w ogóle, a tylko czasowo obezwładnia psychicznie lub fizycznie (psychogazy). Dzieli on środki psychochemiczne na obezwładniające w drodze zaburzeń psychicznych *(mental aberrations)* oraz takie, które powodują niewydolność fizyczną *(physical disability)*. Autor ten przewiduje, że substancje z grupy obezwładniających będą stosowane w postaci aerosoli o średnicy cząsteczki rzędu pojedynczych mikronów. Do użycia ich mogą być wykorzystywane bomby lotnicze, pociski artyleryjskie i rakietowe, generatory aerosoli naziemne, powietrzne i okrętowe, wreszcie dywersyjne metody zastosowania.

Gye-Jacquot (Francja) podkreśla, że bez względu na to, czy najnowsze postacie BST znajdą praktyczne zastosowanie na wojnie, przygotowanie ich do użycia przyczyni się do pojawienia się w wojskach przeciwnika korzystnej atmosfery strachu przed ich użyciem.

Wśród różnych, ze zrozumiałych względów dość skąpych i ogólnikowych, doniesień znajdują się dane o aplikowaniu — w celach doświadczalnych — psy-

chozomimetycznych środków ochotnikom dla uzyskania danych o ewentualnych skutkach ze stosowania bojowego. Nie ulega wątpliwości, że żołnierze znajdujący się pod wpływem działania takich substancji, jak LSD, psylocybina, preparaty JB, sernyl czy tym podobne, nie są zdolni do wykonywania normalnych czynności podczas walki. Szczególnie uniemożliwione będzie wykonywanie czynności precyzyjnych przy obsłudze techniki bojowej, dowodzeniu itp. Niektórzy podkreślają, że nawet w sytuacjach, kiedy zaskoczenie atakiem chemicznym nie uda się, samo wielogodzinne przebywanie w masce przeciwgazowej spowoduje określony stan psychicznego i fizycznego znużenia i przyczyni się do obniżenia sprawności bojowej stanu osobowego.

Ziubin i Łysakow przytaczają opinię z „Truppenpraxis" na temat zastosowania BST o działaniu psychozotwórczym: „... przy zastosowaniu psychochemicznych ST zatruci będą wyglądać zupełnie normalnie, często nieprawidłowe reakcje człowieka będą spostrzegane zbyt późno. Jako przykład można sobie wyobrazić decydujący moment walki obronnej, kiedy oficerowie sztabu dywizji zostaną poddani działaniu tych środków. Wystarczy przecież w decydującym momencie wyprowadzić z szeregu poszczególnych dowódców. Nie doceniać ten rodzaj broni — to popełniać duży błąd... Wymienieni autorzy radzieccy przytaczają także dane o faktach nakłaniania w Stanach Zjednoczonych dowódców wojsk interwencyjnych w Wietnamie do stosowania BST psychozotwórczych.

Co do samych środków psychozotwórczych, to stosunkowo niewiele do nas dociera informacji o wojennym aspekcie ich stosowania. Jest to zrozumiałe, choć nie musi świadczyć o sukcesach poszukiwań.

Z substancji badanych pod omawianym kątem w ośrodkach zachodnich wymienia się: LSD, psylocybinę, meskalinę, mefedrynę, dwumetylotryptaminę, bufoteninę, szereg związków syntetyzowanych cyklopropylowych i cyklobutylowych eterów N-metylo-3-hydroksypiperydynowych, związki wywodzące się z grupy kwasów benzylowych, substancje podobne do tremoriny („gaz strachu"), imino-dwu-propionitryl (IDPN),

sernyl, preparaty Abooda oznaczone JB z kolejnymi numerami syntezy. Matušek i Tomeček wspominają o związkach łączących działania drażniące lub łzawiące z psychozotwórczym.

Według licznych autorów poszukiwania związków czasowo obezwładniających fizycznie lub psychicznie dla celów wojny idą w trzech zasadniczych kierunkach: pierwszy dotyczy jadów naturalnych roślinnych lub zwierzęcych (LSD, psylocybina, bufotenina, meskalina, muskaryna, adrenochron itp.), drugi polega na próbach syntezy analogów toksyn bakteryjnych o działaniu obezwładniającym w drodze nerwowej (np. jad kiełbasiany), wreszcie trzeci opiera się na syntezie związków nie mających odpowiedników w przyrodzie (preparaty JB, sernyl). Ten ostatni kierunek poszukiwań psychozomimetycznych środków bojowych opiera się głównie na rozbudowanym na Zachodzie przemyśle chemicznym i farmaceutycznym, szczególnie w dziale substancji mających wpływ na układ nerwowy i sferę psychiczną. Okazało się, że szereg leków psychotropowych, znajdujących szerokie zastosowanie lecznicze w psychiatrii, ma działanie psychogenne, np. pochodne amfetaminy, benaktyzyna, imipramina, megaphen, szereg pochodnych fenotiazyny, butyrofenów i wiele innych.

Aczkolwiek nie odkryto dotąd istoty mechanizmów działania psychozotwórczego, ten dział farmakologii w oparciu o nauki pokrewne i klinikę rozwija się obecnie nadzwyczaj burzliwie. Godnym ubolewania jest fakt, że na marginesie badań, które zbliżają ludzkość do poznania istoty chorób psychicznych, a co za tym idzie zapobiegania im i skutecznego leczenia — znajdują się siły, które te badania starają się wyzyskać dla celów wojny.

Środki wywołujące różnego rodzaju przemijające zaburzenia psychiczne znane są ludzkości od niepamiętnych czasów. Niektóre z nich używane były już tysiące lat temu celem polepszenia nastroju, usprawnienia czynności umysłowych, inne celem uzyskania ekstazy (religijnej, erotycznej czy wróżebnej), a jeszcze inne do wprowadzenia się w odurzenie, pozwalające zapomnieć o otaczającym świecie. Należą do

nich alkohol etylowy, opium, haszysz, kokaina, różne związki kofeinopodobne oraz wyciągi z kaktusów meksykańskich (np. meskalina, peyotl). Są to środki pochodzenia roślinnego, których działanie, znane początkowo jedynie zamkniętemu kręgowi wtajemniczonych, wykorzystywane było przez szamanów, wróżki, wiedźmy, kapłanów itp. do wywołania u siebie lub u „wiernych" stanów podniecenia religijnego, albo wręcz w celu podporządkowania sobie ludzi przez wytworzenie u nich nałogu.

Niektóre z tych środków weszły następnie do powszechnego użycia (np. alkohol, haszysz, opium, kawa, liście *Coca erythroxylon).* Inne, jak np. wyciąg z grzybka *Psylocibe mexicana* (obecnie syntetyzowany przez firmę „Sandoz" i wypuszczony pod nazwą Psylocybina) lub nasiona południowoamerykańskiej rośliny *Rivea corimbosa* (ololiuqui), używane do niedawna wyłącznie przez indiańskich szamanów do rytualnych ceremonii, również obecnie znalazły się w dyspozycji ograniczonej liczby lekarzy — specjalistów.

Szczególnie często i masowo stosowane były środki psychozotwórcze u ludów starej cywilizacji.

W połowie XIX wieku środki wywołujące zaburzenia psychiczne zwróciły po raz pierwszy uwagę ludzi nauki. Odegrały one wtedy pozytywną rolę w ideologicznej walce lekarzy myślących materialistycznie z lekarzami psychiatrami, wyznającymi idealistyczny pogląd na przyczyny powstawania psychoz. Okazały się one argumentem przemawiającym za tym, że zastosowanie pewnych określonych substancji, zarówno pochodzenia roślinnego, jak i syntetycznych, spowodować może wystąpienie choroby psychicznej. A zatem okazało się, że nie czynniki „duchowe", mistyczne, ale związki chemiczne w zależności od rodzaju i dawki powodować mogą różnego rodzaju zaburzenia czynności „duchowych". Były to czasy, kiedy jeszcze nawet niektórzy psychiatrzy uważali chorobę psychiczną za następstwo grzechów, dowód opętania przez diabła, rezultat dziedzicznego zwyrodnienia itd.

Jednym z pierwszych, który przeprowadził badania nad psychopatologicznymi następstwami zatrucia środkiem chemicznym, był A. Davy, który w 1814 r. opu-

blikował pracę o skutkach zatrucia podtlenkiem azotu („gazem rozśmieszającym"). W 1845 r. Moreau de la Tours opisał działanie haszyszu. F. Kowalewsky w 1880 r., opisując własne przeżycia przy użyciu „gazu rozśmieszającego", zwrócił uwagę na teoretyczne znaczenie tego typu eksperymentu dla psychiatrii. Nieco później A. Pick obserwując narkozę zwrócił uwagę na możliwość studiowania procesów znoszenia i nawrotu świadomości. W pierwszym dziesięcioleciu XX wieku psychiatrzy niemieccy, głównie heidelberscy, oraz francuscy, dość intensywnie eksperymentowali z meskaliną i peyotlem.

Około lat dwudziestych zainteresowanie problemem psychoz eksperymentalnych wygasło. Złożyło się na to wiele powodów. W każdym razie uzyskane podówczas dane przyczyniły się do postępu w wiedzy o zaburzeniach psychicznych. Ustalono ponad wszelką wątpliwość możliwość wywołania psychoz w drodze biochemicznej, a więc w sposób materialistyczny, wykryto, że różne czynniki chemiczne mogą wywoływać względnie jednolitą formę zaburzeń psychicznych, obalono dawne hipotezy o niezależności poszczególnych objawów psychotycznych, np. w toku eksperymentu z meskaliną obserwowano stopniowe przechodzenie złudzeń (iluzji) w omamy (halucynacje), stwierdzono, że sztucznie wywołane stany psychotyczne stanowią pewną całość w czasie i logicznym związku, podobnie jak się to ma z prawdziwymi psychozami.

Poznanie po II wojnie światowej środków takich, jak LSD-25 (Lyzergamid, dwutylamid kwasu 1-lizergowego, Delysid), a później psylocybina — środków tanich, łatwych w produkcji, małotoksycznych, działających silnie psychozotwórczo, zarówno doustnie, jak i domięśniowo, dożylnie lub wziewnie, nie wywołujących w zasadzie narkomanii — stworzyło nowe możliwości badawcze i spowodowało w gwałtowny sposób falę ponownego zainteresowania eksperymentem w psychiatrii.

Szereg elementów psychopatologicznych występujących w toku zatrucia LSD-25 i psylocybiną, a przypominających swym obrazem najcięższą chorobę psychiczną, zwaną schizofrenią, dało argument niektórym

psychiatrom, zwłaszcza amerykańskim (głównie Rinkel i współpracownicy, Abramson, Hoffer, Patzig, Bloch) do postawienia hipotezy o wyjaśnieniu tą drogą biochemicznej genezy tej choroby. Dalsze badania co prawda nie potwierdziły owych przypuszczeń, spowodowały jednak lawinę prac przyczyniając się do wszechstronnego rozpracowania wielu zagadnień związanych z wywołaniem u ludzi psychozy eksperymentalnej. Przede wszystkim zdopingowały chemików do poszukiwania coraz to doskonalszych syntetyków psychozotwórczych, obecnie liczba ich przekracza 100. Następnie doprowadziły do wykrycia szeregu leczniczych właściwości tych środków. Okazało się, że przebycie sztucznej psychozy działa na wielu chorych, zwłaszcza na nerwicę, uzdrawiająco. Tłumaczone jest to wstrząsem psychicznym, jaki powstaje u świadomego i krytycznego wobec siebie człowieka, który przy zachowanej całkowicie lub przynajmniej częściowo samokontroli przeżywa stan psychotyczny z omamami, urojeniami, zaburzeniem osobowości, dezorientacją co do czasu i przestrzeni oraz przymusowymi wahaniami nastroju. Okazało się również, że pewne schorzenia psychiczne, u których źródeł leży wadliwe ukształtowanie się osobowości, znakomicie poprawiają się pod wpływem przebycia serii seansów psychozomimetycznych. Umiejętnie przeprowadzone eksperymenty prowadzą tu do zburzenia starej, wadliwie ukształtowanej osobowości i odbudowania na jej ruinach przy pomocy psychoterapii nowej korzystnej zarówno z punktu widzenia społecznego, jak i interesów pacjenta. Eksperymenty z psylocybiną u artystów prowadziły bardzo szybko do dojrzewania ich talentu. Badania prowadzone na chorych na nerwice i psychopatie również zdają się wskazywać, że najistotniejsze zmiany, które zachodzą u chorych w trakcie kuracji serią zabiegów psychozomimetycznych, można najlepiej określić mianem dojrzewania ich osobowości, a w szczególności emocjonalnej części psychiki. Psylocybina znalazła ponadto zastosowanie jako środek ułatwiający rozpoznanie choroby, ponieważ po pierwsze wyolbrzymia ona istniejące, a często ukryte wady zarówno psychiczne, jak i neurologiczne, po drugie za-

ostrza pamięć o przebytych nawet w odległej przeszłości przeżyciach, dzięki czemu umiejętnie prowadzący eksperyment lekarz zyskuje wiele istotnych wiadomości, wyjaśniających przyczynę zachorowania.

W chwili obecnej LSD-25, psylocybina, a także niektóre inne tego rodzaju środki stosowane są w niektórych krajach do leczenia nerwic, psychopatii, zboczeń seksualnych, alkoholizmu i szeregu innych zaburzeń. Z drugiej strony z niektórych krajów, głównie Stanów Zjednoczonych, dochodzą meldunki o niepokojącym zjawisku tworzenia się narkomanii delyzydowej. Międzynarodowa organizacja handlarzy narkotykami lansuje LSD-25 jako nowy, fascynujący środek odurzający, tworzone są kluby, w których zwolennicy oszałamiających środków narkotyzują się zbiorowo, tworząc często pewnego rodzaju mistyczne stowarzyszenia. Nadużycie środków psychozotwórczych, podobnie zresztą jak i nadużycie jakichkolwiek innych leków, prowadzi do bardzo ciężkich następstw, utrwalonych, przewlekłych psychoz, ogólnego wycieńczenia i otępienia intelektualnego.

2. ZACHOWANIE SIĘ LUDZI POD WPŁYWEM ŚRODKÓW PSYCHOZOTWÓRCZYCH (PT)

Mimo że do tej pory nie zdarzyło się spotkać człowieka odpornego na działanie środków psychozotwórczych, to jednak przebieg zatrucia u poszczególnych ludzi jest ogromnie różnorodny. Zależy to nie tylko od rodzaju i dawek PT (co byłoby zupełnie naturalne), lecz również i sposobu jego podania (doustnie czy we wstrzyknięciu lub wziewnie), osobowości człowieka, aktualnego jego stanu fizycznego i psychicznego, treningu, przyzwyczajenia, diety itp. (patrz tabela 6). Szczególnie ważne dla wojska są te ostatnie czynniki.

Jak wskazują doświadczenia, odpowiednie przygotowanie fizyczne i psychologiczne osobnika przed podaniem mu środka psychozotwórczego ma kolosalne znaczenie dla przebiegu eksperymentalnej psychozy. Ludzie, którzy przed wstrzyknięciem LSD-25 lub psylocybiny nastawią się na zwalczanie zaburzeń psychicz-

Tabela 6

Czynniki określające działanie środka psychozotwórczego

I. Rodzaj środka działającego:

Meskalina Imipramina Nortryptylina	proste stany majaczeniowe
Adrenochrom LSD-25 Psylocybina	stany majaczeniowe z pewnymi elementami schizofrenii, świadomość zachowana
Związki JB Butoksamina Benaktyzyna Haszysz	stany majaczeniowe z ciężkimi zaburzeniami świadomości
Rezerpina	depresje
Pochodne fenotiazyny Pochodne butyrofenonu Środki antyparkinsoniczne	zaburzenia czynności ruchowej (motoryki)

II. Dawka środka działającego (na kg wagi ciała):

przekroczenie średnich dawek środków PT prowadzi do objawów ciężkiego zatrucia ze zniesieniem świadomości.

III. Konstytucja:

a) najbardziej oporni	osobnicy z silnym intelektem, zamknięci w sobie, negatywnie nastawieni do wszelkich używek
b) najbardziej podatni	histeroidzi, psychopaci innej natury, lękliwi, chętnie poddający się używkom

Ogólna zasada: seans psychozomimetyczny przedstawia w karykaturze osobowość osobnika.

IV. Aktualny stan organizmu:

zmęczenie, niewyspanie, głód, frustracja — zwiększają podatność na środki PT

V. Przyzwyczajenie:

im częściej powtarzamy seansy, tym środek działa słabiej i obraz psychopatologiczny jest uboższy.

nych, dość długo zachowują krytyczną postawę wobec pojawiających się omamów, złudzeń, wahań nastroju, zakłóceń toku myślowego, a nawet w pewnym stopniu potrafią sterować zaburzeniami świadomości. Natomiast osobnicy skłonni do biernego, a zwłaszcza aktywnego ulegania pojawiającym się zakłóceniom psychicznym, reagują w eksperymencie bardzo bujną i barwną psychozą. Ludzie uprzedzeni o tym, co ma ich spotkać, i darzący eksperymentatora zaufaniem znoszą zabieg spokojnie, natomiast nie uprzedzeni reagują panicznym lękiem i zdolni są do zupełnie niepoczytalnych czynów.

Ze względu na konieczność metodycznego ujęcia zagadnienia postaramy się opisać, jak wygląda obraz przeciętnego eksperymentu u przeciętnego człowieka, bez uwzględnienia indywidualnych odchyleń.

Zasadniczo każda sztucznie wywołana psychoza przebiega według pewnego schematu, który opisany został przez H. Leunera jako „podstawowy zespół psychotoksyczny". Składają się nań następujące fazy:

1. Okres utajenia.
2. Okres zaburzeń wegetatywnych.
3. Okres zwiadowczy.
4. Okres snopodobny (onejroidalny).
5. Okres rozwiniętej psychozy.
6. Okres ciężkiego splątania.
7. Okres cofania się zaburzeń psychicznych.

Ad 1. Okres utajenia jest to czas, który upływa od momentu wprowadzenia środka do organizmu do momentu wystąpienia pierwszych objawów chorobowych. Jest on najkrótszy po dożylnym podaniu, najdłuższy po doustnym. Przy dożylnym wstrzyknięciu mieści się on w granicach sekund, przy wziewnym (aerosole) w granicach 2—5 minut, przy domięśniowym w granicach 5—30 minut, a po doustnym w granicach 20—100 minut. Na polu walki w rachubę wchodzą oczywiście tylko dwie drogi: wziewna i doustna. W obu wypadkach ewentualna interwencja zapobiegawczo-lecznicza ma duże szanse na złagodzenie przebiegu psychozy.

Ad 2. Zanim wystąpią pierwsze bardziej widoczne zaburzenia psychiczne, pojawiają się najpierw zabu-

rzenia ze strony układu wegetatywnego. Charakteryzują się one biciem serca, nudnościami, wzrostem ciśnienia krwi, przyspieszeniem tętna, rozszerzeniem źrenic, zaburzeniami ciepłoty ciała, nadmiernym poceniem się. Towarzyszy temu złe samopoczucie, rozbicie, uczucie osłabienia, wewnętrzne drżenie. Zaburzenia wegetatywne zwykle trwają krótko od kilku do kilkunastu minut, po czym ulegają bardzo znacznemu złagodzeniu, tak że przestają być odczuwane przez osobę zatrutą środkiem psychozotwórczym (PT), a niekiedy ustępują całkowicie. Po ich ustąpieniu lub pod koniec fazy wegetatywnej pojawiają się pierwsze objawy psychopatologiczne.

Ad 3. Przejście od stanu normalnego w psychozę odbywa się stopniowo. Przy średnich dawkach trwać może nawet do 2 godzin, przy silnym zatruciu — kilkanaście minut. Stosunkowo długi czas trwania tej fazy ma istotne znaczenie dla wojska, gdyż zorientowani co do możliwości zatrucia osobnicy mogą w tym czasie uświadomić sobie, co się z nimi dzieje, powiadomić przełożonych, zabezpieczyć cenny sprzęt przed zniszczeniem, zatrzymać pojazd i zamaskować go, wreszcie sięgnąć po środki odtruwające.

Okres zwiadowczy nazywany bywa również stanem wstępnego oszołomienia. W tym czasie dochodzi przeważnie do wzmożenia samopoczucia, przyspieszenia mowy, wzmożonej reaktywności uczuciowej, nieznacznego rozerwania spoistości kojarzeń, chwiejności nastroju. Świadomość pozostaje w pełni zachowana.

Ad 4. Stan onejroidalny (snopodobny) cechuje wyraźna dezintegracja psychiki i pojawienie się pewnych nowych jakości psychicznych, a właściwie psychopatologicznych — omamów, urojeń, swoistej orientacji co do miejsca, czasu, otoczenia itp. W tym okresie osobnik zatruty środkiem PT wpada w stan daleko posuniętej obojętności, wyzwala się spod wpływów otaczającego środowiska i zamyka w kręgu własnego, oderwanego od rzeczywistości świata. Pojawiają się złudzenia i omamy, przeważnie wzrokowe, przy tym często kolorowe, niekiedy także słuchowe, dotykowe, węchowe i inne. Czas jakby zatrzymuje się w miejscu lub pędzi z ogromną szybkością naprzód. Przedmioty

otaczające zniekształcają się w przedziwny, mistyczny sposób, kolory nabierają niezwykłych odcieni. Logiczne myślenie zostaje znacznie ograniczone, aczkolwiek pod wpływem bardzo silnych bodźców może przejściowo zostać względnie dobrze opanowane. Świadomość ulega coraz większemu zmętnieniu w miarę narastania głębokości oszołomienia. Obraz ten przypomina stany, które przeżywamy w marzeniach sennych, stąd nazwa.

Ad 5. W stanie rozwiniętej psychozy kontakt z zatrutym zostaje zupełnie zerwany. Świadomość bywa przymglona, a okresowo całkowicie zniesiona. Z zachowania i samorzutnych wypowiedzi możemy orientować się o bogatych doznaniach psychicznych, na które składają się urojenia, omamy, niepokój, lęk, nadmierne podniecenie lub depresja.

Ad 6. Stan ciężkiego splątania występuje jedynie przy zatruciach bardzo dużymi dawkami. Dochodzi wówczas do całkowitego opanowania doznaniami psychopatologicznymi, bez najmniejszego krytycznego wglądu w rzeczywistą sytuację, często przy całkowicie zniesionej świadomości.

Ad 7. Powrót do normy odbywa się stopniowo w ciągu kilku do kilkudziesięciu godzin. W zasadzie przeżycia doznane w stanach niegłębokiego zatrucia są pamiętane, komentowane i sprawiają wrażenie przebytego snu o wstrząsającej treści. Objawy, przeżyte w głębszych zatruciach, bywają pokryte niepamięcią. Dla lekarzy-klinicystów najważniejsze są okresy: 3 i 7, a także 4, ponieważ w czasie ich trwania można dokonywać pewnych zabiegów rozpoznawczych i leczniczych. Dla lekarzy eksperymentatorów i dowódców wojskowych liczą się właściwie tylko okresy 5 i 6, w których osobnik zatruty środkiem PT wykazuje wyraźne objawy psychozy.

Wydaje nam się konieczne dla uściślenia informacji dokładniejsze przedstawienie tego, co dzieje się z osobnikiem zatrutym środkiem PT w zakresie:

1. Świadomości.
2. Toku myślenia.
3. Uczuciowości.
4. Spostrzegania. (Tabela 7)

Tabela 7

Podstawowe zaburzenia psychiczne po środkach psychozotwórczych (PT)

I

1. Zmiany w zakresie świadomości.
2. Zaburzenia toku myślowego:
   a) brak zdolności utrzymania kierunku myślenia
   b) ubóstwo myśli
   c) utrata zdolności całościowego ujmowania sytuacji
   d) niemożliwość uchwycenia sensu rozmowy
   e) mistyczno-magiczne interpretacje zjawisk
3. Zaburzenia sfery uczuciowej:
   a) wahania nastroju od błogostanu do skrajnego przygnębienia
   b) ambiwalencja, to znaczy występowanie 2 sprzecznych uczuć jednocześnie
   c) lęk
   d) wyobcowanie, aż do stępienia uczuciowego
   e) inne stany emocjonalne
4. Nastawienie urojeniowe lub (rzadko) rzeczywiste urojenia (pojawiają się u osób uprzednio już urojeniowo nastawionych).
5. Zaburzenia w zakresie napędu psychoruchowego:
   a) osłupienie
   b) pobudzenie psychoruchowe
   c) negatywizm
   d) tiki i tym podobne przymusowe czynności (np. śmiech, kołysanie się)

II

6. Zaburzenia postrzegania:
   — wzrokowego:
      a) iluzje
      b) powidoki
      c) halucynacje prymitywne lub złożone, w dynamicznym ruchu
   — słuchowego:
      a) nadwrażliwość na bodźce słuchowe
      b) proste omamy
      c) złożone omamy
      d) szum w uszach
      e) synestezje (opis w treści)
   — smakowego, węchowego:
      a) iluzje
      b) omamy
   — dotykowego i czucia głębokiego:
      a) omamy dotykowe
      b) zaburzenia poczucia schematu własnego ciała

— poczucia czasu i przestrzeni:
a) brak wyczucia czasu
b) zatrzymanie się czasu
c) przeniesienie się w wieczność, przyszłość lub przeszłość
d) wymiary i kształty otoczenia zmienne, zniekształcone.

7. Zaburzenia w zakresie seksu:
W zasadzie obniżenie libido.
Jedynie po kokainie podwyższenie, szczególnie u kobiet.

Ad 1. W zakresie świadomości obserwujemy, zwłaszcza w okresie snopodobnym, narastające uspokojenie ruchowe, bierność, oderwanie się od otaczającego świata i silne związanie się z aktualnymi przeżyciami psychotycznymi, aczkolwiek orientacja i prawidłowa ocena oraz wrażliwość na bodźce z zewnątrz pozostają w znacznym stopniu zachowane. W okresie szczytowego działania trucizny udaje się jedynie na krótki czas utrzymać kontakt z badanym. Wkrótce bowiem z powrotem podporządkowuje on uwagę swym podobnym do snu przeżyciom. W czasie eksperymentu stale stwierdza się duże wahania pola świadomości, od całkowitej jasności aż do znacznego stopnia przymglenia. Szczególnie krótkie, o dużej intensywności psychopatycznego nasilenia są fazy zaburzenia świadomości po haszyszu, tak że badany odczuwa bardzo boleśnie przejście z psychozy w stan świadomości i *vice versa*. Bardziej zatarte są te odczucia po meskalinie, a najsłabiej występują po LSD-25, kiedy psychoza stanowi właściwie pewną zwartą całość. Zaburzenia świadomości przejawiają się różnie. Mamy tu do czynienia zarówno z ilościowymi, jak i jakościowymi zmianami.

Zmiany ilościowe: Przymglenie lub rozjaśnienie świadomości przebiega zupełnie niezależnie od innych zaburzeń psychopatologicznych. Zaburzenia świadomości nie muszą wcale pociągać za sobą zaburzeń ze strony intelektu, uczuć i woli. Na większy lub mniejszy stopień zaburzeń świadomości mają wpływ:

1. Rodzaj środka działającego:

— najsilniej zmieniają świadomość pochodne „atropinowe" JB-329 i JB-336 — już po 10—15 mg;

— na drugim miejscu butoxamina, na trzecim haszysz;
— najmniej obniża świadomość meskalina.

2. Dawka (oczywiście w przeliczeniu na kg wagi).

3. Konstytucja (podobnie jak z tolerancją alkoholu). Chodzi tu głównie o wrodzone zdolności do samosterowania świadomością. Są osobnicy, którzy bez oporu poddają się zaburzeniom świadomości, i inni, którzy aktywnie (i przeważnie skutecznie w pewnych granicach) bronią się przed procesem mętnienia świadomości, niektórzy wręcz po mistrzowsku. Szczególnie dotyczy to ludzi stojących na wysokim poziomie intelektualnym, zdolnych do racjonalnego postępowania. Niektórzy badani samorzutnie dążą znów do pogłębienia zaburzeń świadomości.

4. Przyzwyczajenie: im częściej powtarza się zatrucia, tym środek działa słabiej, obraz psychopatologiczny jest uboższy. Szczególnie coraz słabsze są zaburzenia świadomości.

Czynności psychiczne ulegają znacznym modyfikacjom pod wpływem zmian świadomości. Obraz realnych postrzegań staje się coraz bardziej bez wyrazu i zamaskowany. Rozpadają się one na izolowane, „wykorzenione" obiekty. Utrata zdolności do ujmowania zjawisk całościowo rozciąga się także na próby intelektualnego całościowego ujęcia bieżących przeżyć i spontanicznych lub narzuconych wyobrażeń (np. na próbę wyobrażenia psa widzi się tylko nogę, samochodu — tylko koła itp.).

To samo dotyczy toku myślowego — utracona jest zdolność do kierunkowego myślenia i utrzymania pewnej linii myślenia, aczkolwiek poszczególne zdania są logiczne i jasne. Traci się zdolność łączenia poszczególnych elementów w łańcuchy. Ta utrata integralnej funkcji zostaje kompensowana powstawaniem nowych całości. Powstaje nowa „rzeczywistość", bardziej absolutna, oparta na nieskrępowanej formie widzenia.

W czasie rozwiniętej psychozy stwierdza się również znaczne zaburzenia koncentracji uwagi. Poczucie osobowości jest z reguły zmącone, aż do całkowitej depersonalizacji (pozbawienia poczucia własnej osobowości): „stoję tu i przyglądam się sobie", „komiczne,

to tak, jak bym przestał być sobą". Świat zewnętrzny staje się nierzeczywisty.

Ad 2. Zaburzenia toku myślowego. Najczęściej spotykane objawy to:

1. Brak zdolności do utrzymania kierunku myślenia.
2. Rozpad myśli.
3. Utrata zdolności całościowego ujmowania sytuacji.
4. Niemożność uchwycenia sensu rozmowy.

Po małych dawkach lub we wstępnej fazie występują trudności z formułowaniem zdań, kłopot ze znalezieniem właściwego słowa. Po dużych dawkach i na szczycie psychozy obserwuje się odwrotne zjawiska — reakcje słowne ulegają przedłużeniu, występują trudności ze zmianą tematu, a przy tym zauważa się zubożenie myślenia. Myśli rwą się, tak że badani wydają się być zupełnie rozkojarzeni. Istnieje tu podobieństwo do myślenia w zmęczeniu, w marzeniach na jawie i we śnie, charakterystyczne dla schizofreników. U niektórych ludzi pojawiają się urojenia, głównie wielkościowe, samoponiżeniowe lub prześladowcze.

Myślenie logiczne, abstrakcyjne jest w oszołomieniu LSD-25, psylocybiną i meskaliną utrudnione, aczkolwiek przy zastosowaniu średnich dawek, ogólnie rzecz biorąc, utrzymane, choć realizowane z pewnym trudem. Przy badaniu testowym część werbalna (słowna) ulega większemu upośledzeniu niż niewerbalna.

Ad 3. Wpływ na sferę uczuciową. Wszystkie środki oszałamiające wpływają na sferę uczuciową. Przy powtarzaniu jednak eksperymentów u tej samej osoby lub przy przewlekłym używaniu psychozomimetyków okazuje się, że u żadnej z tych osób nie ma zwichnięcia nastroju w jakimś specyficznym kierunku. Przeważnie pojawiają się przeciwstawne nastroje zarówno w toku tego samego eksperymentu, jak i w kolejnych eksperymentach. Na przykład wzmożone samopoczucie i błogostan (euforia) występują obok przygnębienia i depresji. Zwykle początkowo po wszystkich tych środkach nastrój jest euforyczny. Nierzadko zdarzają się stany euforii z przymusowym śmiechem, który jest wręcz męczący. Pod koniec eksperymentu pojawia się

często obniżony nastrój z lękiem, uczuciem pustki, przekonaniem o małej wartości i myślami samobójczymi.

W zatruciu LSD i meskalinowym opisano wielką liczbę bardzo różnorodnych stanów emocjonalnych, np. „miękko-sentymentalny, słoneczno-ciepły, pasywnie błogi, dysforyczny" i tym podobne nastroje. Uczucia i nastroje pojawiają się bez powodu i działają nieadekwatnie. Obserwowano występowanie nastroju urojeniowego, jak również niepokoju ruchowego, bezproduktywnej ruchliwości, podniecenia, z drugiej strony badani wydają się zobojętniali, bez napędu życiowego, kontakt ulega zerwaniu, można nawet mówić o wyobcowaniu. Zjawisko to jest jądrem depersonalizacji, czyli oderwania się od własnej osobowości.

Ad 4. Zaburzenia spostrzegania otaczającego świata należą do najczęściej spotykanych objawów w przebiegu zatrucia środkami psychozomimetycznymi, w tym głównie psylocybiną, LSD-25, meskaliną i adrenochromem. Najczęściej, już w okresie zwiastunów, pojawiają się iluzje, czyli złudzenia, polegające na opacznym spostrzeganiu rzeczy. Na przykład plamę na suficie badany spostrzega jako brodatego mężczyznę, wieszak na ubrania przekształca się w niedźwiedzia, plusk kropli spadającej z kranu jest odbierany jako wystrzał z pistoletu itp.

W okresie snopodobnym i rozwiniętej psychozy u wielu osób pojawiają się omamy, czyli halucynacje, polegające na spostrzeganiu rzeczy i zjawisk w danej chwili w rzeczywistości nie istniejących. Na przykład badany widzi w pokoju tysiące fruwających motyli, słyszy dźwięk klaksonu samochodowego, czuje zapach fiołków, odczuwa w ustach smak chininy, czuje przechodzący przez mięśnie prąd elektryczny itd. Zarówno iluzje, jak i omamy mogą dotyczyć wszystkich zmysłów.

Często omamy rozwijają się z poprzedzających je złudzeń. Halucynacje wzrokowe łatwiej powstają przy zamkniętych oczach. Niekiedy 3 rodzaje różnych wizji jednocześnie biegną obok siebie, czasem łącząc się w jedną projekcję, a czasem rozdzielając. Iluzje i omamy wzrokowe są barwne. Wnętrze pokoju nabiera mi-

stycznego sensu (głównie po psylocybinie), na przykład szafa staje się żywą istotą.

Zaburzenia słuchowe polegają bądź to na pojawieniu się nadmiernej wrażliwości na dźwięki (dla przykładu — szuranie nogami po podłodze wydaje się hukiem przejeżdżającej lokomotywy), bądź to na wystąpieniu złudzeń słuchowych (np. dźwięk nadlatującego samolotu wydaje się grającą orkiestrą), albo omamów słuchowych (słyszenie dzwonków, poszczególnych tonów, mowy nie istniejących ludzi we własnym lub obcym języku itd.).

Iluzje oraz omamy smakowe i węchowe zdarzają się rzadko. Natomiast bardzo często występują zaburzenia spostrzegania tzw. czucia głębokiego, to znaczy z kości, mięśni i stawów, oraz zaburzenia odczucia schematu własnego ciała: członki zaczynają wtedy mieć inne wymiary, należą do kogo innego, ma się wrażenie, że zmieniają nas w owada, mężczyzna zmienia się w kobietę, poszczególne narządy stają się naładowane elektrycznością. U prawie wszystkich badanych po podaniu psylocybiny i LSD-25 opisywano tzw. synestezję, polegającą na tym, że rzeczywiste bodźce słuchowe wywołują omamy wzrokowe. Na przykład pukanie w szafę wywołuje szare kręgi przed oczami, im głośniejsze pukanie, tym wyraźniejszy obraz.

Do zaburzeń spostrzegania zalicza się również tzw. przeżycia mistyczno-kosmiczne. Zwłaszcza po dużych dawkach LSD-25 badani mówią, że „wcielają się w kosmos", mają wyraźne wrażenie wędrowania we wszechświecie, „wzniesienie się człowieka na stopień nowego, innego bytu", przeżywają różne metafizyczne sytuacje (np. przenikają przez ściany itp.). Poczucie czasu jest zmienione.

Wszystkim wyżej opisanym zaburzeniom psychicznym towarzyszą mniej lub więcej zaznaczone objawy cielesne, neurologiczne, jak:

1. Zaburzenia wegetatywne opisane w tekście.
2. Zaburzenia równowagi i chodu.
3. Zaburzenia mowy.
4. Oczopląs (głównie po bufoteninie).
5. Ruchy przymusowe typu pląsawiczego.
6. Pismo faliste i niepewne.
7. Zapaści (po dużych dawkach).

Opisane zaburzenia należy rozumieć jako objawy modelowe, występujące najczęściej u osób poddanych eksperymentowi. W rzeczywistości spotykamy się z wielką różnorodnością przebiegu zatrucia środkami psychozomimetycznymi, który zależy od indywidualności osobnika poddanego eksperymentowi, od aktualnego jego stanu psychicznego i fizycznego, od sposobu podania środka, ogólnej atmosfery środowiska i wielu innych przyczyn. Czynniki wpływające na przebieg zatrucia środkami PT określa tabela 6.

Jak wynika z tej tabeli, istnieją ludzie bardziej i mniej odporni na działanie środków PT. Do bardzo opornych należą silni charakterologicznie, inteligentni, zamknięci w sobie i negatywnie nastawieni do wszelkich używek (alkohol, papierosy itp.). Do mało opornych należą różnego rodzaju psychopaci, ludzie chwiejni, lękliwi i podatni na wszelkie używki. Duże znaczenie ma również nastawienie psychologiczne przed zatruciem. Generalnie rzecz biorąc, podanie PT bez uprzedzenia wywołuje niezależnie od jego działania silną reakcję paniczną, podbarwiającą przebieg eksperymentu gwałtownym lękiem i niepokojem, zaostrzającą obraz choroby w ogóle. Odwrotnie — dokładne przygotowanie osoby poddanej eksperymentowi, a zwłaszcza nastawienie jej negatywnie do mających się ujawnić objawów, powoduje dość długotrwałe skuteczne przeciwstawienie się zaburzeniom świadomości. Głód, niewyspanie, zmęczenie, zły stan psychiczny w ogóle, niezadowolenie z życia zwiększają podatność na środki PT. Każde następne przebycie zatrucia znoszone jest na ogół bardziej spokojnie.

Małe i średnie dawki zarówno pochodnych fenotiazynowych, jak i butyrofenonowych powodują zaburzenia czynności ruchowych człowieka bez upośledzenia czynności psychicznych. Duże, a zwłaszcza bardzo duże dawki mogą obok zmian w układzie ruchowym, podobnie jak środki PT wywołać psychozy eksperymentalne, przebiegające z silnymi zaburzeniami świadomości.

Zaburzenia czynności ruchowych polegają głównie na wzmożeniu napięcia mięśniowego, upośledzeniu koordynacji ruchów, opóźnieniu refleksu, a także wy-

stąpieniu pewnych przymusowych czynności. Osobnik zatruty może sprawić wrażenie porażonego, gdyż nie reaguje właściwymi ruchami nawet na agresję przeciwko sobie. Kończyny jego stają się jakby drewniane, mowa niewyraźna, zamazana, nawet obroty gałki ocznej sprawiają wielką trudność. Może wystąpić przymus dreptania, biegania tyłem, patrzenia w górę, bezprzyczynowego męczącego śmiechu, przymusowe skręty głową, tułowiem itp. Stany takie trwają do kilkunastu godzin bądź przy przewlekłym zatruciu (np. doustnym) nawet jeszcze kilka dni po odstawieniu środka obezwładniającego. Są one tym bardziej męczące, że przebiegają przy zachowanej w pełni świadomości.

Celem lepszego zorientowania się w przebiegu psychozy wywołanej zatruciem środkami psychozomimetycznymi podajemy opis jednego z zabiegów dokonanych w celach leczniczych w jednej z zagranicznych klinik psychiatrycznych.

Badany był mężczyzną 22-letnim, przebywającym w klinice z powodu homoseksualizmu, poza tym zdrowym fizycznie i psychicznie. Przed eksperymentem grał z trzema innymi pacjentami w karty. Na rozegranie 1 licytacji „tysiąca" zużywali średnio 8—10 minut. Przed wstrzyknięciem środka psychozotwórczego rozwiązywał proste działania arytmetyczne, dodając, odejmując, mnożąc i dzieląc w zakresie 100 bezbłędnie i natychmiastowo.

Został poinformowany, że po otrzymaniu leku przez około 4 godziny może wykazywać różne zaburzenia psychiczne, które następnie miną bez śladu. Do zabiegu przystąpił nieco zaniepokojony, ale bez oporu.

Godzina 8.20: wstrzyknięto domięśniowo 9 mg psylocybiny. Następnie badany udał się do gabinetu lekarskiego, posłał pościel na kozetce lekarskiej, położył się, zapalił papierosa. Nawiązał rozmowę na banalne tematy.

okres utajenia 25 min.

Godzina 8.45: Badany oświadczył, że ma zawroty głowy i nudności. Poprosił o jakieś naczynie, gdyż obawia się, że może wymiotować. Skóra na twarzy zaróżowiła się, tętno przyspieszyło się do 120 uderzeń na minutę (wyjściowe 80 uderzeń na minutę). Po siedmiu dalszych minutach wystąpiły dreszcze, źrenice poszerzyły się wyraźnie, pojawiła się suchość w ustach, pobolewanie w skroniach, lekki niepokój ruchowy. Nastrój wyraźnie obniżony, wyraz twarzy przygnębiony i nieco przestraszony.

okres wegetatywny 15 min.

Godzina 9.00: Badany przestał skarżyć się na nudności, zawroty i bóle głowy oraz suchość w ustach.

okres zwiadowczy ± 50 min.

Nastrój wyraźnie poprawił się; badany ożywiony, wesoły, mówi chętnie, szybko, często śmieje się nie całkiem dorzecznie.

euforia

Mówi: „o, jaki pan doktor ma dziwny nos — jak u słonia i fioletowy. To pewnie już to wariactwo, co to miało być po zastrzyku".

iluzje wzrokowe

Na pytania odpowiada dorzecznie, kontakt dobry, orientacja zachowana, rozmowa z lekarzem daje się utrzymać, aczkolwiek badany mówi wyjątkowo szybko i wykazuje tendencję do przerzucania się z tematu na temat.

przyśpieszenie toku myślowego

Godzina 9.50: Kontakt z badanym coraz gorszy. Zadane pytania powtarza po kilka razy, sprawiając wrażenie, że nie rozumie ich znaczenia. Czasami rozpoczyna odpowiedź, przerywając jednak wpół zdania. Okresami śmieje się bez przerwy przez kilkanaście minut.

okres snopodobny ± 90 min.

Pytany dlaczego się śmieje, wzrusza ramionami i znów się śmieje. Mowa staje się niewyraźna, ruchy bezładne. Proste polecenia wykonuje. Liczenie w granicach 20 wykonuje poprawnie, aczkolwiek po długim namyśle i kilku prośbach o powtórzenie zadania.

zaburzenia mowy

Okresami pobudzony ruchowo: wstaje wtedy z kozetki, chodzi przez chwilę jak pijany i kładzie się z powrotem. — pobudzenie ruchowe, zła koordynacja ruchów

Proszony, aby zagrał w karty, siada, z trudem rozdaje karty, myląc się przy tym. Licytacja nie zostaje zrealizowana, gdyż stale się myli, wychodzi nie we właściwym kolorze, gubi karty, zapomina, o co właściwie chodzi. — rozproszenie uwagi

Od czasu do czasu patrzy w jeden punkt na ścianie, od czasu do czasu śmieje się bez powodu. Pytany, co widzi na ścianie, mówi: „niech pan nie żartuje, to nie ściana, to łąka. Krowy, jak mamuty, kwiaty czerwone". — omamy wzrokowe

Samorzutnie wyraża zdziwienie, że lekarz jest taki maleńki i kolorowy, „jak zabaweczka". Z tajemniczą miną zagląda parę razy pod kozetkę, szuka czegoś rękoma. — mikropsja = widzenie w pomniejszeniu

Około godziny 11.00 przeżywa 15-minutowy stan depresji: płacze, zakrywa się kołdrą, nie chce odpowiadać na pytania. Następnie robi się euforyczny, usiłuje chodzić, pali papierosy, śmieje się głośno. — wahania nastroju

---

Godzina 11.20: Badany pobudzony ruchowo, chce wychodzić z pokoju, śmieje się, mówi bez logicznego związku, otwiera szafę, przesuwa kozetkę, usiłuje coś rysować, robi takie ruchy, jakby zbierał drobne przedmioty ze stołu i krył je w kieszeniach. Kontakt z lekarzem zupełnie zerwany. — okres rozwiniętej psychozy ± 40 min. (zniesienie świadomości, omamy)

Godzina 12.00: Badany zupełnie uspokoił się, prosi o papierosa. Jest zmęczony, odpowiada niechętnie na pytania. Kontakt słowny z lekarzem przywrócony. Opowiada, że w ciągu ostatnich kilku dni (zaburzenia poczucia czasu) po wstrzyknięciu leku poczuł się przeniesiony na inną planetę, gdzie były same piękne łąki, na których pasły się zwierzęta pilnowane przez nagich mężczyzn. Pasterze rozrzucali złote pie- — okres stopniowego

niądze, które on zbierał. Obecność lekarza wyczuwał cały czas obok siebie, ale lekarz wydawał mu się maleńki i „pokracznie kolorowy". Nie wszystko dobrze pamięta, wiele rzeczy zamazuje mu się tak, jakby było przeżyte we śnie. Nie pamięta, że grał w karty. Niektóre przeżycia były przykre, ale na ogół wspomina eksperyment jako bardzo przyjemny sen.

powrotu do normy

3. PRZEGLĄD ŚRODKÓW PSYCHOCHEMICZNYCH (SPsCH) I ICH WŁAŚCIWOŚCI

Główną grupę SPsCH stanowią właściwe środki psychozotwórcze, tj. związki chemiczne powodujące swoim działaniem obezwładnienie przez wywoływanie zaburzeń psychicznych. Substancje te należą do środków działających na sferę psychiczną ośrodkowego układu nerwowego, produkowanych obecnie przez światowy przemysł farmaceutyczny w ogromnej liczbie rodzajów i odmian dla celów leczniczych. Grupa środków psychozotwórczych budzi od kilkunastu lat wielkie zainteresowanie psychiatrów, neurologów, farmakologów, toksykologów, biochemików i... zwolenników wojny chemicznej. W literaturze określa się często te substancje różnymi nazwami charakteryzującymi mniej lub bardziej trafnie sposób ich działania na organizm. Oto kilka przykładów innych nazw omawianych środków: środki psychotyczne, psychodysleptyczne, psychozomimetyczne, psychotoksyczne, środki pobudzające fantazję, omamotwórcze (halucynogeny), schizotwórcze itp. Związki te jako potencjalne środki obezwładniające siłę żywą podczas wojny określa się w piśmiennictwie wojskowym mianem „psychogazów", „psychojadów", „gazów strachu" itp.

Klasyfikacja SPsCH jest bardzo trudna i niezależnie od podstawy, na jakiej przeprowadza się podział, zawsze nieścisła i raczej o charakterze dydaktycznym niż naukowym. Nawet przyjęty podział tych środków na obezwładniające psychicznie i obezwładniające fizycznie jest znacznym uproszczeniem zagadnienia, ponieważ przy ośrodkowym, mózgowym działaniu trucizn,

zaburzenia psychiczne wiążą się i wzajemnie warunkują z zaburzeniami nerwowo-mięśniowego aparatu ruchowego.

Dalszą przyczyną trudności wprowadzenia jakiejś klasyfikacji SPsCH jest ich nadzwyczaj burzliwy rozwój w przeciągu ostatniego dwudziestolecia, tak przez wykrywanie i otrzymywanie ze źródeł naturalnych (roślin, małży morskich, skóry ryb podzwrotnikowych), jak i w drodze syntezy chemicznej.

Największe, jak się zdaje, znaczenie praktyczne (nawet z punktu widzenia możliwości wykorzystania wojennego) ma podział środków psychozotwórczych, który zaproponował Leuner, a którego podstawę stanowi rodzaj i przebieg wywoływanej psychozy:

1. **Środki psychozotwórcze pierwszego rzędu,** związki odznaczające się bardzo niskimi dawkami skutecznymi przy jednoczesnej dużej ich rozpiętości oraz zdolnością wywoływania schizofrenopodobnego obrazu psychotycznego z obfitością omamów, głównie wzrokowych, przy małym stopniu zaburzeń świadomości i pamięci. Do tej grupy zalicza się: LSD-25, psylocybinę, meskalinę, haszysz, bufoteninę i inne związki pokrewne serotoninie.

2. **Środki psychozotwórcze drugiego rzędu,** odznaczające się małym zróżnicowaniem dawek skutecznych i większym dawkowaniem dla wywołania psychozy, która przebiega z większymi zaburzeniami świadomości i pamięci oraz słabiej wyrażonym zespołem omamów wzrokowych. Do tej grupy należą związki JB, ololiuqui, butoksamina i niektóre związki podobne chemicznie do LSD-25.

A oto przegląd najważniejszych i najlepiej przebadanych środków o działaniu psychozotwórczym:

LSD-25 (lyzergamid, delysid) jest chyba najbardziej badanym i poznanym środkiem z omawianej grupy. Wywodzi się ze składników grzybka sporyszu, będącego źródłem wielu substancji o znaczeniu lekarskim. LSD-25 został wykryty w sporyszu przypadkowo przez Stolla w 1938 r., a częściowo zsyntetyzowany laboratoryjnie przez Stolla i Hofmanna w 1943 r. W rok później koncern Mercka zdolny był do produkcji 2 kg dziennie czystej substancji wyjściowej do syntezy

LSD-25. W postaci użytkowej ten silny środek psychozotwórczy jest białym krystalicznym proszkiem bez smaku i zapachu, dobrze rozpuszczającym się w wodzie. Dawki powodujące wystąpienie stanu psychotycznego podobnego do schizofrenii wahają się dla ludzi w granicach od 20 do 1000 gamma (gamma — 1/1000 miligrama, czyli 1/1 000 000 grama). Środek ten wywołuje zaburzenia toku myślowego, afektu i spostrzegania oraz rozszczepienie osobowości (depersonalizację). Bardzo charakterystyczne w przebiegu psychozy są bogate omamy wzrokowe.

Psylocybina jest substancją krystaliczną wyosobnioną z grzybków południowoamerykańskich *Psilocybes (mexicana, aztecorum, cubensis)* lub otrzymywaną drogą syntetyczną. Dawki od 4 do 10 mg po około 15-minutowym okresie utajenia wywołują zaburzenia psychiczne w postaci stanu upojenia z euforią, omamami wzrokowymi i zaburzeniami odczucia schematu budowy własnego ciała. Odmiana psylocybiny — psylocyna posiada także właściwości psychozotwórcze.

Meskalina jest otrzymywana z kaktusów meksykańskich i jest jednym z czynnych farmakologicznie alkaloidów peyotlu, bardzo rozpowszechnionego w Ameryce środka narkotycznego. Meskalina jest związkiem pokrewnym chemicznie adrenalinie oraz lekom pobudzającym OUN (ośrodkowy układ nerwowy) znanych pod nazwą środków dopingujących. Meskalina wzmaga wydzielanie adrenaliny w ustroju, powoduje występowanie omamów wzrokowych, pobudzenia psychoruchowego, euforii, błogostanu, gadatliwości, skłonności do zwierzeń itp. Dawki od 5 do 10 mg na kilo wagi ciała podane drogą doustną lub w zastrzyku podskórnym czy domięśniowym prowadzą do rozwinięcia się opisanego obrazu psychotycznego, który trwa do 8 godzin.

Bufotenina została wyizolowana z niektórych gatunków muchomorów oraz rośliny *Piptadenia peregrina.* Jest też czynnym składnikiem południowoamerykańskich tytoni *Cohoba* oraz znajduje się w wydzielinie gruczołów skórnych ropuchy. W śladowych ilościach znaleziono ją także w moczu ludzkim. Działanie psychozotwórcze bufoteniny przejawia się po podaniu

dożylnym dawki 8—16 mg. Polega ono na występowaniu elementarnych omamów wzrokowych oraz zakłócenia toku myślowego na tle dość burzliwych objawów wegetatywnych (duszność, wzmożone pocenie się, nudności, zaczerwienienie skóry twarzy, oczopląs itp.). Bufotenina jest podobna chemicznie do serotoniny i należy do większej grupy związków syntetyzowanych lub pochodzenia naturalnego, a odznaczających się bardziej lub mniej wyrażonym działaniem psychozotwórczym (np. T-9, DMT, U-6056 i in.).

Harmina (banisteryna, telepathin, harmalina) występuje w rucie stepowej *(Peganum harmala)* i w większych dawkach wywołuje omamy wzrokowe, stan zamroczenia i inne objawy psychotyczne obok zaburzeń ruchowych i wegetatywnych. Harmina, podobnie jak szereg innych alkaloidów indolowych (tabernantyna, rezerpina), wykazuje podobieństwo pod względem budowy chemicznej do tak silnych środków psychozotwórczych jak LSD-25 i psylocybina.

Kannabinol i kannabidiol są czynnymi składnikami haszyszu z konopi indyjskich i marihuany (haszyszu meksykańskiego). Półsyntetyczny lub syntetyzowany produkt zawierający psychozotwórcze składniki służy do sporządzania specjalnych odurzających papierosów („Marihuana", „Rosemarie") sprzedawanych w spelunkach portów amerykańskich. Po wypaleniu takiego papierosa występują następujące objawy: błogostan i pobudzenie psychoruchowe, omamy wzrokowe, zakłócenia toku myślowego, poczucie nierealności i lekkości.

Adrenochrom i adrenolutyna, wywodzące się z ustrojowego neurohormonu adrenaliny, powstają w określonych warunkach w organizmie. W okresie między 1954 a 1959 r. przeprowadzano wielostronne badania tych substancji w oparciu o teorię, że adrenochrom i podobne do niego związki powstające w ustroju są czynnikami przyczynowymi chorób psychicznych, szczególnie schizofrenii. Podstawą tej teorii było stwierdzenie wzrostu poziomu adrenochromu we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym u schizofreników oraz u zdrowych ludzi znajdujących się w stanie doświadczalnej psychozy, np. po wstrzyknięciu LSD-25. Jeden z badaczy

wyraził opinię, że adrenochrom daje najsilniej wyrażony ostry zespół pseudoschizofreniczny spośród wszystkich innych środków psychozotwórczych. Dawki tego związku od 5 do 50 mg podane w drodze wstrzyknięcia podskórnego lub dożylnego powodują rozwinięcie się stanu psychotycznego bez zaburzeń świadomości, natomiast z charakterystycznym dla schizofrenii brakiem poczucia choroby, nastawieniem urojeniowym, zaburzeniami toku myślowego, bardzo obfitymi omamami, agresywnym nastawieniem do otoczenia lub ze stanem depresji psychicznej.

Z innych środków o działaniu psychozotwórczym budzących zainteresowanie kół wojskowych należy wymienić kilka związków syntetycznych albo w ogóle nie spotykanych w naturze, albo będących sztucznymi analogami składników tkanek roślinnych i zwierzęcych. Należą tu takie związki chemiczne, jak:

Syntetyczne preparaty JB, czyli tzw. związki Abooda, które sporządzono w ramach prac poszukiwawczych nad nowymi lekami podobnymi w działaniu do atropiny. Prace nad tą grupą substancji chemicznych rozpoczęto w 1954 r. Silnym działaniem psychozotwórczym odznaczają się: preparat JB-336, JB-318 i szereg innych. Złożony z dwóch związków tej grupy ditran znalazł zastosowanie lecznicze w depresjach. Preparaty JB w dawkach do 25 mg wywołują stany zaburzeń świadomości i pamięci. Występujące w przebiegu psychozy doświadczalnej omamy wzrokowe tak wpływają na zachowanie się osób poddanych doświadczeniom, że niektórzy porównują ten stan z alkoholowym majaczeniem drżennym *(delirium tremens).*

Sernyl (Phencyclidine, PCP) jest syntetycznym związkiem psychozotwórczym w postaci bezbarwnego proszku, rozpuszczalnego w wodzie. Obok słabego działania znieczulającego wywołuje w dawkach rzędu pojedynczych miligramów przejściowe stany psychotyczne z oznakami depresonalizacji, zaburzeniami poczucia schematu ciała, uczuciem izolacji od otoczenia, obcości lub wrogim i agresywnym nastawieniem do otaczających osób.

Butoksamina jest także środkiem sztucznie syntetyzowanym i przypadkowo odkrytym podczas prac nad

lekami przeciwbólowymi i znieczulającymi. W dawkach 25—50 mg podana podskórnie lub w nieco większych dawkach doustnych wywołuje bogate omamy wzrokowe, stan euforyczny i odczucia podobne do występujących po meskalinie lub LSD-25. Przy większych dawkach może wywołać zaburzenia świadomości, niekiedy bardzo głębokie.

Adrenoksyl jest produktem handlowym, syntetycznym, wywodzącym się z wytwarzanego w ustroju, a omówionego wyżej adrenochromu.

W piśmiennictwie specjalistycznym można znaleźć wzmianki o psychozotwórczym działaniu **dibenaminy,** która jest związkiem z grupy iperytów azotowych o działaniu przeciwrakowym i bardzo wysokiej toksyczności.

Do psychozotwórczych preparatów pochodnych fenotiazyny, które stanowią dzisiaj bardzo liczną grupę leków stosowanych w klinice psychiatrycznej dla leczenia chorób psychicznych, należy związek oznaczony **RP-7360.** Objawy psychotyczne występujące po tym środku przypominają zespół po ditranie (z grupy wyżej omówionych preparatów JB). Poza tym związek RP-7360 może służyć jako przykład trudności wyraźnego rozgraniczenia SPsCH o działaniu obezwładniającym psychicznie od obezwładniającego fizycznie przez powodowanie zaburzeń czynności aparatu nerwowo-mięśniowego. Pochodne bowiem fenotiazyny zaliczają się na ogół do tej grupy SPsCH.

Jeśli chodzi o SPsCH obezwładniające fizycznie, to wprowadzenie jakiejś klasyfikacji chemicznej czy farmakologicznej tych potencjalnych środków walki chemicznej jest jeszcze bardziej skomplikowane niż w poprzednio omówionej grupie środków psychozotwórczych. Wynika to zarówno ze zbyt skąpych informacji na temat takich środków kwalifikowanych do celów wojennych, jak też z mnogości związków znanych farmakologom, które mogłyby tu wchodzić w rachubę.

Przykładem środków obezwładnienia fizycznego, nerwowo-ruchowego mogą być wspomniane wyżej pochodne fenotiazyny, które odznaczają się bardzo szerokim wachlarzem działania farmakologicznego głównie

na OUN. Związki fenotiazynowe zalicza się do leków usprawniających działalność sfery psychicznej mózgowia, stąd ich zastosowanie lecznicze w psychiatrii. Obok działania ośrodkowego odznaczają się one słabym działaniem znieczulającym i przeciwstrząsowym. W większych dawkach wywołują stan osłupienia z różnymi zaburzeniami ruchowymi (katatonia, zespół drgawkowy itp.). Podobnie jak pochodne fenotiazyny, duże zainteresowanie budzą ostatnio substancje z grupy butyrofenonów, które obok zastosowania leczniczego (m.in. także mogą służyć do przerywania stanów psychotycznych po środkach psychozotwórczych), przy zastosowaniu większych dawek mogą wywoływać objawy uniemożliwiające człowiekowi normalne działanie.

Wśród związków mogących reprezentować grupę środków obezwładniających fizycznie wymienia się substancje powodujące wystąpienie zespołu drżenia mięśniowego z ruchami mimowolnymi, pląsawiczymi, dużym osłabieniem siły mięśniowej, niemożnością utrzymania pionowej pozycji ciała i równowagi przy chodzeniu. Taki zespół porażenia nerwowo-mięśniowego nie pozwoli zatrutym na wykonywanie żadnych normalnych czynności. Jako przykłady w ten właśnie sposób działających środków przygotowywanych z myślą o wykorzystaniu podczas wojny podaje się **tremorin** i **IDPN.** Tremorin w niektórych publikacjach nazywają „gazem strachu". Substancja ta nawet przy aplikacji naskórnej w dawce 5—10 mg powoduje u zwierząt doświadczalnych drżenie mięśniowe, silne zwężenie źrenic, obfity ślinotok oraz wystąpienie okresu drgawkowego z niemożnością utrzymania naturalnej postawy, chwiejnością przy chodzeniu, dużą ilością współruchów, ruchów mimowolnych i innych zaburzeń paraliżujących normalną czynność ruchową.

Podobnie do tremorinu działa **IDPN,** substancja zawierająca w strukturze cząsteczki chemicznej rodnik cyjanowy (CN), którego obecność przyczynia się do możliwości powstawania nieodwracalnych zmian w organizmie, a w szczególności w OUN i poważnego zagrożenia życia podczas zatrucia.

Na zakończenie należy dodać, że dla celów wojen-

nych mogą być przygotowywane substancje o podobnych zasadniczych właściwościach i kierunkach działania na organizm. Jednakże informacje o nich, ze zrozumiałych względów, utrzymywane są w ścisłej tajemnicy.

Tabela 8

Dawkowanie podstawowych środków psychozomimetrycznych

1. Siarczan meskaliny — ca 0,01 g/kg wagi średnio — 0,5—2 g na dawkę.
2. LSD-25 — 1 gamma/kg wagi — duże różnice indywidualne — 10—700 mikrogramów na dawkę.
3. Psylocybina dla dorosłych — 9—15 mg na dawkę.
4. Pochodne „atropinowe" Abooda — 3—25 mg na dawkę — podskórnie lub domięśniowo.
5. Bufetonina — 2—8 mg na dawkę.
6. Tryptamina — 0,7—1,0 mg/kg wagi, dożylnie.
7. Adrenochrom — 5—50 mg na dawkę, podskórnie lub dożylnie.

4. TAKTYCZNO-TECHNICZNE ZAGADNIENIA BOJOWEGO STOSOWANIA ŚRODKÓW PSYCHOZOTWÓRCZYCH

Fizyczny stan skupienia większości znanych SPsCH oraz inne właściwości fizyko-chemiczne tych substancji, a także dane o toksyczności, drogach przenikania do organizmu i sposobie działania farmakologicznego pozwalają na wysnuwanie pewnych wniosków co do techniki stosowania ich podczas wojny.

Fakt, że są to przeważnie ciała stałe, krystaliczne lub produkowane jako bezpostaciowe proszki, skłania do przypuszczenia, że jedną z metod wykonania napadu chemicznego SPsCH może być technika aerozolowa, polegająca na wytworzeniu stałej (dym) lub ciekłej (mgła) zawiesiny substancji w powietrzu. Technika aerozolowa umożliwia wykonanie podstawowej formy napadu chemicznego, jaką jest skażenie powietrza przez wytworzenie tzw. obłoku chemicznego. Dla tej klasycznej formy napadu podstawowe znaczenie

mają warunki meteorologiczne (prędkość i kierunek wiatru, powietrzne prądy konwekcji i inwersji, wilgotność i temperatura) oraz ukształtowanie terenu.

Drogi zatrucia, tj. drogi przedostania się SPsCH do ustroju w przypadku stosowania aerozoli, to przede wszystkim droga oddechowa oraz częściowo resorbcja z powierzchni błon śluzowych górnych dróg oddechowych i spojówek oczu. W piśmiennictwie można spotkać opisy doświadczalnych psychoz wywoływanych przez zakraplanie niektórych środków psychozotwórczych do worka spojówkowego. Ilustracją możliwości stosowania aerosoli SPsCH może być także historia odkrycia LSD w wyniku zatrucia z objawami psychotycznymi, które wystąpiło u badaczy wskutek wdychania pyłu ze sporyszu.

Aerosole mogą być wytwarzane za pomocą różnych środków i metod technicznych — od prostych świec dymnych, generatorów dymotwórczych, fugasów oraz specjalnych naziemnych i lotniczych instalacji aż do wykorzystania do tego celu różnych rodzajów broni ogniowej, jak pociski artyleryjskie i rakietowe, bomby, miny itp. Współczesne środki przenoszenia zapewniają dowolny zasięg, dużą celność oraz spełnienie zasadniczego warunku powodzenia, jakim jest zaskoczenie przeciwnika. Istnieją przy tym duże możliwości stosowania kombinacji zarówno różnych rodzajów broni, jak i środków psychochemicznych.

Bardzo małe dawki lub stężenia SPsCH oraz skuteczność przy wykorzystaniu różnych dróg przenikania do ustroju, nie wyłączając drogi doustnej, umożliwiają stosowanie tych trucizn w działaniach dywersyjnych na tyłach wojsk operacyjnych na obszarze kraju. Teoretycznie 1/2 kg LSD powinno wystarczyć dla spowodowania stanu psychotycznego u 100 000 ludzi.

Należy się liczyć z możliwością skażenia źródeł wody i produktów żywnościowych, szczególnie takich, które nie są poddawane obróbce termicznej. Wykrycie skażenia będzie utrudniał fakt, że substancje te są przeważnie pozbawione smaku, zapachu lub charakterystycznego zabarwienia. W odniesieniu do takich form użycia SPsCH określone znaczenie ma ich rozpusz-

czalność w wodzie lub różnych rozpuszczalnikach organicznych.

W artykułach omawiających perspektywy wykorzystania SPsCH o działaniu psychicznie obezwładniającym podkreśla się zdolność wywoływania przez niektóre z nich stanu psychotycznego w sposób skryty, przez dłuższy czas niezauważalny dla otoczenia, a nawet nie uświadamiany przez samego zatrutego. Pozornie normalne wykonywanie różnych czynności może w tych warunkach przynieść trudne do przewidzenia a nieodwracalne skutki. W związku z powyższym należy brać pod uwagę możliwość podawania takich substancji skrytym sposobem nawet pojedynczym ludziom dla uniemożliwienia działalności kierowniczej, dowódczej, produkcyjnej czy też pracy przy obsłudze aparatury, pojazdów itd.

Liczne, przedstawione wyżej techniczne sposoby wykorzystania SPsCH podczas działań wojennych decydują, jak się wydaje, o możliwości użycia ich w różnych formach walki, tak w warunkach polowych i działaniach wojsk operacyjnych, jak i poza strefą frontową na terytorium kraju. Niemniej przesłanki napadu chemicznego w rejonie taktycznym działań ogólnowojskowych są nieco inne niż w odniesieniu do użycia ich w głębi kraju, a szczególnie w dużych, gęsto zaludnionych ośrodkach miejskich, administracyjnych i przemysłowych. Tym bardziej staje się sprawą istotną zarówno zapoznanie stanu osobowego wojsk i ogółu ludności z nowymi perspektywami wojny chemicznej, jak i uwzględnianie omawianych perspektyw w ramach przedsięwzięć obrony przeciwchemicznej.

W rejonach działań wojsk operacyjnych nagły, zaskakujący napad chemiczny przeprowadzony środkami artyleryjskimi przez włączenie serii pocisków chemicznych ze SPsCH może się okazać skuteczny i przyczynić do załamania natarcia czy innej formy działań zaczepnych. Szczególnie korzystne może okazać się wykonanie napadu przeciwko ugrupowaniom skupionym na stosunkowo niedużych odcinkach, np. na podstawach wyjściowych, przed przeszkodami wodnymi podczas organizowania przeprawy, na odcinkach dróg w trudnym terenie, w usytuowaniach obronnych, rejo-

nach koncentracji, węzłach komunikacyjnych itp. Korzystne może okazać się zastosowanie SPsCH przeciwko małym ugrupowaniom wykonującym określone i ważne zadania bojowe (grupy desantowe, oddziały partyzanckie).

Zachodni entuzjaści SPsCH podkreślają, że można je z powodzeniem stosować na terenie własnym lub sojuszniczym, ponieważ nie naraża się na niebezpieczeństwo ludzi postronnych, własnych obywateli, a także ludności sprzyjającej i kolaborantów na terenie przeciwnika.

Przenosząc wyżej opisaną sytuację na teren centralnych ośrodków administracyjnych, produkcyjnych, dyspozycyjnych, programująco-obliczeniowych, zaopatrzeniowych, węzłów łączności czy komunikacji, można sobie wyobrazić stopień zakłócenia i dezorganizacji ich działalności oraz niewydolność na wysokich szczeblach kierownictwa i dowodzenia w wyniku skutecznego użycia broni psychochemicznej.

Środki obezwładniające fizycznie lub psychicznie mogą być użyte na obszarze kraju w sposób masowy dla wywołania paniki, nastroju beznadziejności, załamania morale i woli walki, dezorganizacji działalności obronnej i osłabienia dyscypliny społecznej niezbędnej w trudnych sytuacjach czasu wojny. Nie można wykluczyć możliwości użycia SPsCH w kombinacji z innymi środkami napadu zarówno konwencjonalnymi, jak i masowego rażenia.

Organizacyjno-techniczna strona obrony w warunkach stosowania SPsCH raczej nie odbiega od obowiązujących zasad ogólnowojskowej lub terytorialnej obrony przeciwchemicznej.

Właściwości fizyko-chemiczne SPsCH i wiążące się z tym duże prawdopodobieństwo wykorzystywania ich w postaci aerosoli nasuwają przypuszczenie, że maska przeciwgazowa z filtrem przeciwdymnym pochłaniacza będzie stanowiła dobry środek zabezpieczenia dróg oddechowych i oczu. W warunkach obrony terytorialnej mogą być wykorzystywane przemysłowe maski przeciwpyłowe lub środki podręczne w postaci maseczek na nos i usta sporządzone z wielowarstwowych tamponów z gazy opatrunkowej lub podobnych

materiałów. Zwilżenie maseczki zwiększy zdolność zatrzymywania cząsteczek aerosoli.

Ochrona przed skażeniami powstającymi wskutek opadania, aerosolu na powierzchnię terenu, obiektów, sprzętów, materiałów, odzieży oraz skażeniami wewnętrznych powierzchni pomieszczeń będzie polegała na przeprowadzeniu ostrożnego odkażania mechanicznego przez zmywanie i spłukiwanie strumieniem wody powierzchni skażonych, wycieranie na mokro, wytrzepywanie itd. Podczas przeprowadzania procedury odkażania należy pamiętać o wysokiej toksyczności SPsCH w sensie zdolności wywoływania zespołu objawowego w bardzo niskich stężeniach lub po minimalnych dawkach wprowadzonych do ustroju. Stąd możliwość zatruć wtórnych wskutek ponownego zanieczyszczenia powietrza cząsteczkami aerosolu przy nieostrożnym odkażeniu czy udzielaniu pomocy zatrutym. Ekipy udzielające pomocy lub przeprowadzające zabiegi odkażania powinny bezwzględnie pracować w indywidualnych środkach ochronnych. Wydaje się, że nie można wykluczyć możliwości przedostawania się SPsCH do ustroju także innymi, poza wymienionymi, drogami, np. z powierzchni uszkodzonej skóry (otarcie, skaleczenie, rana) lub z powierzchni błon śluzowych.

Środki zbiorowej obrony przeciwchemicznej będą całkowicie zabezpieczały siłę żywą przed skutkami napadów z użyciem broni psychochemicznej. Stąd konieczność przygotowywania i wykorzystywania schronów filtro-wentylowanych lub pomieszczeń hermetyzowanych przez organa dowodzenia, zarządzania, węzły łączności, służbę zdrowia itd.

Skuteczność obrony wiąże się nierozerwalnie z przedsięwzięciami odpowiednio wczesnego rozpoznania i uprzedzenia o napadzie (system obserwacji, rozpoznania, powiadamiania, alarmowania i wykrywania). Te przedsięwzięcia będą się opierać na obowiązujących zasadach obrony przed bronią masowego rażenia wojsk i obszaru kraju.

Natomiast wydaje się, że sprawa wykrywania i identyfikacji użytych SPsCH nie będzie łatwa. Indykacja sposobami chemicznymi lub fizycznymi (analiza

widmowa, spektrometria) będzie utrudniona przez fakt, że związki te posiadają bardzo różną i złożoną budowę chemiczną oraz różną wielkość cząsteczki. Poza tym możliwe jest kombinowanie czynnych substancji tej grupy z różnymi domieszkami lub nośnikami maskującymi właściwości podstawowego składnika. Rozpoznanie organoleptyczne odpada wobec braku charakterystycznych cech wyglądu (zabarwienia), smaku i zapachu środków przy wysokiej ich skuteczności psychotoksycznej. Pewne nadzieje w omawianym zakresie wiąże się z możliwościami wykrywania biologicznego lub biochemicznego.

W warunkach skutecznego zastosowania SPsCH sprawą pierwszorzędnej wagi będzie porządkowo-organizacyjne opanowanie sytuacji z szybkim uzupełnieniem powstałych luk personalnych na poszczególnych odpowiedzialnych stanowiskach i miejscach pracy oraz sprawnym udzieleniu pomocy zatrutym w celu skrócenia czasu trwania stanu psychotycznego lub niewydolności fizycznej.

Z punktu widzenia możliwości użycia SPsCH do skażania źródeł wody lub zapasów żywności, ważne w systemie obrony jest zorganizowanie szczególnie skrupulatnej kontroli sanitarnej i nadzoru nad produkcją, transportem, magazynowaniem i dystrybucją środków żywnościowych oraz zabezpieczenia źródeł wody (stacje pomp i filtrów, studnie itd.) przed niepożądaną penetracją lub działaniami typu dywersji.

5. ZASADY ZAPOBIEGANIA I LECZENIA ZATRUĆ ŚRODKAMI MASOWEGO OBEZWŁADNIENIA U ŻOŁNIERZY

Faktu, że nie ma ludzi odpornych na działanie środków psychozotwórczych i porażających układ ruchowy, nie należy rozumieć w sposób fatalistyczny. W chwili obecnej znamy cały szereg sposobów łagodzenia lub przerywania psychoz eksperymentalnych, a badania w tym kierunku stale postępują.

Ogólnie rzecz biorąc zabiegi profilaktyczne i lecznicze podzielić można na:

1) organizacyjno-techniczne,
2) psychologiczne,
3) farmakologiczne.

Podane poniżej bliższe dane na ten temat zaczerpnięte są z piśmiennictwa światowego — bardzo skąpo zajmującego się zresztą tym zagadnieniem.

a) **profilaktyka zatruć środkami psychozotwórczymi Oddziaływanie psychologiczne i inne rodzaje postępowania — niefarmakologiczne.**

Jak wykazuje doświadczenie zaczerpnięte z piśmiennictwa zagranicznego, przebieg zatrucia środkami psychozotropowymi jest inny u ludzi nie uprzedzonych o możliwości zatrucia i inny u przygotowanych do tego.

Ludzie nie uprzedzeni, wprowadzeni znienacka w stan psychozy, reagują panicznie, w związku z czym dojść może do gwałtownych ucieczek, samobójstw, agresji, a poza tym przebieg samej psychozy bywa z reguły bez porównania ostrzejszy. Świadomość zamąca się wcześniej i głębiej, brak jest oceny, że to, co się dzieje, jest zjawiskiem przemijającym. Kontakt z otoczeniem ulega zerwaniu nie tylko z powodu narastających zaburzeń, wywołanych zatruciem, ale i z powodu reaktywnie wzbudzonego strachu.

W świetle powyższych rozważań wydaje się konieczne spopularyzowanie wśród żołnierzy przekonania o przemijalności zaburzeń, wywołanych środkami psychozotwórczymi, wyjaśnienie ich działania i wytłumaczenie, że ten, kto się stanowczo psychicznie przeciwstawia objawom psychopatologicznym zatrucia, długo i dość gruntownie może opierać się jego skutkom.

Z punktu widzenia interesu wojska istotnym jest również zaszczepienie przekonania żołnierzom o konieczności natychmiastowego meldowania przełożonemu o pojawiających się zaburzeniach psychicznych (omamach, iluzjach, dziwnych zmianach nastroju, utrudnieniu toku myślowego itd.). W miarę możliwości żołnierz, który ma rozeznanie w sytuacji, powinien od razu meldować telefonicznie lub przez radio przełożonym spoza miejsca swojej lokacji, ponieważ nie można wykluczyć możliwości, że przełożeni znajdu-

jący się w jego pobliżu są już również rażeni środkami psychozotwórczymi i w związku z tym nie są zdolni do powzięcia właściwej decyzji.

Zalecenie powyższe ma o tyle sens, że okres utajenia i okres zwiadowczy psychozy bywa u różnych ludzi rozmaicie długi. W związku z tym pewni osobnicy już po kilku minutach zadziałania psychodysleptykami są psychotyczni, inni jeszcze po godzinie mogą podejmować logiczne decyzje. Odpowiednio wczesne podanie zapobiegawczych leków osobom, u których psychoza dopiero się zaczyna lub ma zacząć, może uratować ich dla działań bojowych. Poza tym sam fakt natychmiastowego poinformowania wyższych dowódców o fakcie zastosowania środków masowego obezwładnienia na danym odcinku frontu ma oczywiście istotne znaczenie dla prowadzenia dalszych operacji wojskowych.

Do zabiegów profilaktycznych należy zaliczyć również przeprowadzenie kierunkowej selekcji żołnierzy do pododdziałów, które mogą być ewentualnie szczególnie narażone na kontakt ze środkami masowego obezwładnienia. Z pododdziałów takich powinno się usuwać osoby chwiejne emocjonalnie, psychopatyczne, źle tolerujące alkohol, mające skłonności do używek, łatwo poddające się sugestiom, natomiast dobierać zrównoważone, zdolne do koncentracji, inteligentne w postępowaniu, raczej narzucające swój styl zachowania innym, niż poddające się drugim.

Zapobiegawcze podawanie leków.

Sprawa ta nie jest właściwie dostatecznie opracowana. Z klinik cywilnych wiadomo, że nasycenie organizmu dawkami fenactilu (largactil, chloropromazine) i innymi pochodnymi fenotiazynowymi zmniejsza lub znosi działanie LSD-25 i psylocybiny.

Podobnie nie do końca pewne są również inne informacje cywilne, dotyczące niwelującego wpływu niektórych innych leków na środki psychozomimetyczne. Dr Grof z Psychiatrycznego Instytutu Badań Naukowych w Pradze wykrył, że podanie niamidu w dawkach 250—500 mg na dobę przez 3 tygodnie wzmaga znacznie oporność organizmu na LSD-25.

Po takiej kuracji trzeba podwyższyć dawkę BST 3 i więcej razy. Jest to tym ciekawsze, że niamid podany jednorazowo, zwłaszcza dożylnie, raczej potęguje działanie LSD. Według prof. Arnolda z Wiednia działanie hamujące na LSD wywierają kwas glutaminowy i bursztynowy. Pierwszy z nich może być z powodzeniem stosowany przez długi czas u żołnierzy w warunkach bojowych, nie tylko bez szkody dla zdrowia, ale z korzyścią dla osiągnięć w ich działalności wojskowej. Działanie drugiego należałoby wypróbować dokładniej.

b) Leczenie zatruć środkami psychozotwórczymi

Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że jedynym pewnym środkiem przerywającym w dowolnym okresie psychozę eksperymentalną jest wstrzyknięcie dożylnie fenactilu (largactilu) w dawce 25—50 mg. U wielu osób jest to jednak połączone z bardzo nieprzyjemnymi dolegliwościami: bólami głowy, ogólnym osłabieniem, złą koncentracją uwagi, niekiedy wymiotami. Działanie wszystkich innych leków, jak również fenactilu podanego doustnie, jest wątpliwe.

c) Profilaktyka zaburzeń, wywołanych środkami porażającymi układ ruchowy.

Dużą rolę odegrać może psychologiczna eliminacja zaskoczenia i lęku. Doświadczenia dotychczasowe wskazują, że ciężej i gwałtowniej porażeni bywają ludzie, którzy już uprzednio wykazywali pewne mniej lub więcej dyskretne objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

W wypadkach, w których sztaby mają dane o możliwości zastosowania środków porażających układ ruchowy, można profilaktycznie stosować małe dawki takich środków, jak aturban lub parks, parkopan, które znoszą wzmożone napięcie mięśniowe pochodzenia podkorowego, właściwe zatruciom pochodnymi fenotiazyny i butyrofenonów.

Leczenie tych zaburzeń jest możliwe, ale raczej pod okiem specjalisty. Są różnego rodzaju środki łagodzące lub niwelujące całkowicie efekty działania czynników porażających układ ruchowy.

6. WNIOSKI

Współczesny przemysł chemiczny i farmaceutyczny dostarcza środków o potencjalnym znaczeniu w ewentualnych działaniach wojennych lub dywersyjnych. Wśród nich zasługują na uwagę środki działające na centralny układ nerwowy, które nadają się do łatwego zastosowania w formie napadu chemicznego w stosunku do małych grup lub nawet pojedynczych osób w obrębie sztabów, ośrodków administracyjnych, centrów łączności itp.

Ogólnie rzecz biorąc, znane dotychczas środki masowego obezwładnienia odznaczają się zdolnością czasowego i odwracalnego uniemożliwienia normalnego działania człowieka przez powodowanie zaburzeń czynności fizycznych lub psychicznych. Stąd przypisana im cecha „humanitarności" w zestawieniu z bojowymi środkami trującymi przeznaczonymi do niszczenia siły żywej.

Środki psychozotwórcze i porażające fizycznie produkowane są przez przemysł krajów kapitalistycznych. Istnieje zatem rzeczywista i realna możliwość użycia ich w ewentualnej wojnie. Wobec tego faktu nie można pozostać obojętnym. Zachodzi potrzeba systematycznych badań omawianych w niniejszym opracowaniu problemów, zwłaszcza w zakresie zapobiegania i leczenia następstw zatrucia środkami obezwładnienia chemicznego. Wydaje się również konieczne informowanie na szerszą niż dotąd skalę o tym nowym rodzaju broni chemicznej, ponieważ znajomość czynnika wywołującego określony zespół objawowy, jak i samych objawów towarzyszących zatruciu pozwala w poważnym stopniu złagodzić jego przebieg i wzmocnić oporność psychiczną poprzez świadomą kontrolę swego postępowania.

Piśmiennictwo

Ahrenfeldt R.H., *Psychiatry in the british army in the second world war,* Londyn 1958.

Baranowski K., Rydzyński Z., Sagan K., *Problem schorzeń psychicznych w aspekcie orzecznictwa wojskowo-lekarskiego* (u autorów).

Blood J.J., *Psychiatric casualties in the U. K. elements of Korean Force U. S.,* „Medicin Journal", nr 6/1955.

Engle B., Lewis N.D.C., *Wartime Psychiatry,* Nowy Jork 1954.

Gauthier, *Les psychopaties ethyliques en milieu militaire et leurs conséquences medico — légales,* „Archives Medicaux Militaires", 1935.

Heidenhain A., *Die Psychiatrie im Dienste der Wehrmacht,* Lipsk 1938.

Jagiełło W., Kański M., Rydzyński Z., *Środki psychozotwórcze i ich znaczenie dla wojska,* „Biuletyn Informacyjny GZP WP", nr 1/1968.

Jaśtak Z., *Skażenia promieniotwórcze, chemiczne, biologiczne,* Warszawa 1963.

Kittel, *Alkohol und Wehrmacht.* W: *Lehrbuch der Militärhygiene,* 1936.

Lepine, *Troubles mentaux de guerre,* Manon 1917.

Opyt sowietskoj miedicyny w Wielikoj Otieczestwiennoj wojnie 1941—1945, Moskwa 1949.

Rydzyński Z., *Choroby nerwowe i psychiczne w czasie II wojny światowej,* „Lekarz Wojskowy" nr 8/1955.

Rydzyński Z., *W sprawie samobójstw w wojsku — analiza 120 przypadków samobójstw w wojsku w latach 1951—1955,* „Lekarz Wojskowy", nr 8/1958.

Rydzyński Z., *Schorzenia psychiatryczne w wojsku w świetle materiałów kliniki psychiatrycznej Akademii Medycznej w Łodzi i Szpitala im. Babińskiego w Łodzi*, „Lekarz Wojskowy", nr 11/1958.

Rydzyński Z., *Obrazy kliniczne, postępowanie lecznicze i orzecznictwo sądowo-lekarskie w przypadkach zaburzeń psychicznych etiologii alkoholowej*, „Lekarz Wojskowy", nr 3/1960.

Rydzyński Z., *Rys historyczny kształtowania się pojęcia psychonerwic, ocena nowoczesnych definicji i klasyfikacji psychonerwic. Materiały sympozjum w sprawie psychonerwic*, Warszawa 1962.

Rydzyński Z., Stein W., *Nadużycia alkoholu a przestępczość w wojsku w świetle własnych badań*, „Przegląd Wojsk Lądowych", nr 2/1960.

Stein M., *Kilka uwag w sprawie paniki*, „Lekarz Wojskowy", nr 7/1956.

Stein W., Rydzyński Z., *Nadużycia alkoholu w wojsku i walka z nimi*, „Wojsko Ludowe", nr 3/1960.

Stein W., Rydzyński Z., *O zespole wyczerpania walką*, „Lekarz Wojskowy", nr 8/1960.

Stein W., Rydzyński Z., *Próba własnego podziału tzw. nerwic wojennych*, „Lekarz Wojskowy", nr 1/1961.

Spis treści

Wstęp 5

Część pierwsza — ogólne wiadomości z zakresu psychologii, psychopatologii i nauk pokrewnych 11

Rozdział I

Ogólne wiadomości z zakresu psychologii 13
1. Wprowadzenie 13
2. Podstawowe wiadomości o czynnościach psychicznych 15
3. Ogólne dane o psychice 17
4. Omówienie poszczególnych funkcji psychicznych . . 18

Rozdział II

Psychopatologia ogólna 26
1. Poszczególne objawy zaburzeń psychicznych . . . 26
Zaburzenia świadomości 26
Zaburzenia spostrzegania 28
Zaburzenia czynności myślowych 31
Zaburzenia pamięci 40
Zaburzenia życia uczuciowego 41
Zaburzenia napędu psychoruchowego 44
2. Zespoły psychopatologiczne 47
Zespół maniakalny 48
Zespół depresyjny 49
Zespół majaczeniowy 49
Zespoły urojeniowe 50
Zespół neurasteniczny 50
Zespół psychoorganiczny 51

Rozdział III

Psychopatologia szczegółowa 54
1. Trwałe anomalie psychiki 59
Niedorozwój umysłowy 59
Psychopatie 62
2. Psychozy pochodzenia endogennego 70
Schizofrenia 70
Psychoza maniakalno-depresyjna 74
Obłęd (paranoia) 74
Psychozy inwolucyjne 76
3. Psychozy pochodzenia egzogennego 79
Choroby spowodowane urazem psychicznym . . . 79
Zaburzenia psychiczne wywołane zatruciem organizmu (intoksykacja) 89
Zaburzenia psychiczne pochodzenia infekcyjnego (zakaźnego) 100
Zaburzenia psychiczne po urazie czaszki 101
4. Zaburzenia psychiczne w przebiegu padaczki (epilepsji) 103

Część druga — Wybrane problemy zdrowia psychicznego żołnierzy w czasie pokoju 107

Rozdział IV

Psychologia i psychopatologia tzw. „żołnierza wychowawczo trudnego" 109
1. Żołnierz wychowawczo trudny 109
2. Żołnierz wychowawczo trudny jako problem socjalny 111
3. Klasyfikacja różnych typów osobowości żołnierza wychowawczo trudnego 113
4. Szczególny problem: osobowość niedojrzała . . . 115
5. Postępowanie z osobnikami niedojrzałymi, łagodnie niedorozwiniętymi oraz lżejszymi postaciami psychopatii 123

Rozdział V

Psychopatologiczny aspekt przestępczości w wojsku . . 127
1. Wprowadzenie 127
2. Samowolne oddalenia 130
3. Dezercje 133

Rozdział VI

Problem samobójstw wojsku 136
1. Wprowadzenie 136

2. Przyczyny samobójstw 138
3. Samobójstwa w wojsku 145
4. Wnioski końcowe 152

Część trzecia — Wybrane problemy zdrowia psychicznego żołnierzy w czasie wojny 155

Rozdział VII

Służba psychologiczna i psychiatryczna w wojsku w czasie wojny 157

Rozdział VIII

Psychologiczne i psychopatologiczne problemy współczesnego pola walki 161
1. Psychopatologiczne aspekty współczesnego pola walki 162
2. Problemy ewakuacyjne 165
3. Dywersja psychologiczna 168
4. Dywersja psychozomimetyczna 170

Rozdział IX

„Nerwice wojenne" 177
1. Dane ogólne 177
2. Nerwice u poszczególnych żołnierzy 179
3. Nerwice kolektywne 188

Rozdział X

Środki psychozotwórcze i ich znaczenie dla wojska . . 199
1. Wiadomości wstępne 199
2. Zachowanie się ludzi pod wpływem środków psychozotwórczych 207
3. Przegląd środków psychochemicznych (SPsCH) i ich właściwości 222
4. Taktyczno-techniczne zagadnienia bojowego stosowania środków psychozotwórczych 229
5. Zasady zapobiegania i leczenia zatruć środkami masowego obezwładnienia u żołnierzy 234
6. Wnioski 238
7. Piśmiennictwo 239



Druk w Wojskowej Drukarni w Gdyni. Zam. nr 2850 CW-91187

BIBLIOTEKA NAUKOWA WAP
35341/1
P75/15