

Schulz, Anna

Mieszkańcy Płocka - pacjenci Oddziału Leczenia Odwykowego w Gostyninie : (w świetle badań z roku 1987) : cz. I

Notatki Płockie 33/3-136, 40-44

1988

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Mieszkańcy Płocka – pacjenci Oddziału Leczenia Odwykowego w Gostyninie (w świetle badań z roku 1987) cz. I

I. Pacjenci według cech demograficznych

Oddział Leczenia Odwykowego w Gostyninie-Zalesiu prowadzi działalność 24 lata. Powstała w 1964 roku z inicjatywy Wojewódzkiego Komitetu Przeciwalkoholowego w Warszawie. Posiada 40 łóżek. 1 stycznia 1988 r. uruchomiono dodatkowo 8-łóżkowy pododdział odwykowy dla kobiet.

Na Oddziale Leczenia Odwykowego zatrudnionych jest 16 pracowników: kierownik, psycholog, socjolog, pracownik ds. terapii odwykowej (nie pijący alkoholik z 3-letnim okresem abstynencji), instruktor terapii zajęciowej, 6 pielęgniarek i 5 salowych. Kadra pielęgniarska oddziału jest kadrą stabilną — połowa pracuje od momentu powstania oddziału. Natomiast małą stabilność wykazują lekarze-kierownicy oddziału. Do chwili obecnej pracowało na oddziale 5 lekarzy. Każdy z nich pracował niecałe 5 lat. Sprawdza się więc twierdzenie czeskiego psychiatry — Jarosława Skali, że dla lekarza alkoholologa, najtrudniej w tej pracy wytrwać przez pierwsze 10 lat. Żaden z tych pięciu lekarzy nie przekroczył nawet połowy tego „trudnego” okresu.

Liczba osób przyjętych na Oddział Leczenia Odwykowego w Gostyninie z roku na rok wzrastała. O ile w roku 1985 przyjęto z województw: płockiego i ciechanowskiego — 203 osoby, to w roku 1986 już 273, a w roku 1987 — 319 osób. W roku 1987 mieszkańcy Płocka — 46 osób, stanowili 14,4% wszystkich pacjentów Oddziału.

Pacjenci przebywający na Oddziale to osoby w wieku od 21 do 60 lat. Ponad połowę ogółu i blisko połowę pacjentów z Płocka stanowią osoby w wieku 31—40 lat. Najmniej było pacjentów w wieku 21—30 lat (17% ogółu i 15% z Płocka).

Porównując wiek wszystkich pacjentów Oddziału z wiekiem pacjentów z Płocka, zauważa się, że osoby z Płocka są starsze od pozostałych. Dwukrotnie więcej jest osób w przedziale wieku 41—45 i półtora raza więcej w wieku 46—50 lat.

Blisko połowa badanych to ludzie w wieku 31—40 lat, tj. w wieku dojrzałym, w którym jednostka osiąga zwykle szczyt swoich możliwości zawodowych, uzyskuje zazwyczaj najwyższe zarobki, kiedy wychowuje dzieci.

Chorobą alkoholową dotknięci są przeważnie mężczyźni w wieku społecznie najbardziej wartościowym (96% mężczyzn i 4% kobiet). Tak mały odsetek kobiet leczonych na Oddziale w Gostyninie nie oznacza że problem alkoholizmu wśród kobiet nie występuje. Oddział prowadzi leczenie kobiet dopiero od stycznia 1988 r. Kobiety ze względu na sposób picia — zazwyczaj samotny (w domu) rzadziej ujawniają się ze swym nałogiem niż mężczyźni. Trudniej tym samym o wczesną pomoc dla nich. Z badań nad alkoholizmem kobiet w Polsce¹, wynika że alkoholizm postępuje u nich szybciej niż u mężczyzn powodując choroby psychiczne, uszkodzenie mózgowia i znacznieszą psycho-degradację. Jest więc trudniejszy do leczenia.

Tabela 1

WIEK	Wiek pacjentów			
	Pacjenci z Płocka		Pacjenci ogółem	
	osób	%	osób	%
21—25	16	5	1	2
26—30	39	12	6	13
31—35	82	26	12	26
36—40	90	28	10	22
41—45	30	9	8	17
46—50	30	9	6	13
51—55	20	6	2	4
56—60	12	4	1	2
61 i powyżej	—	—	—	—
Ogółem:	319	100	46	100

Tabela 2

Stan cywilny	Stan cywilny			
	Pacjenci z Płocka		Pacjenci ogółem	
	osób	%	osób	%
kawaler	74	23	12	26
żonaty	166	52	8	17
rozwiedzeni w separacji	76	24	26	57
wdowiec	3	1	—	—
Ogółem	319	100	46	100

Wśród hospitalizowanych pacjentów przeważali żonaci — ponad połowa ogółu, 24% stanowili rozwiedzeni, 23% — kawalerowie, a w pojedynczych przypadkach wdowcy (1%).

Pacjenci z Płocka, to przede wszystkim osoby rozwiedzione, bądź pozostające w separacji — 57% (jest ich dwukrotnie więcej niż pozostałych rozwiedzionych z rejonu), kawalerowie — 26% i tylko 17% żonatych (tj. trzykrotnie mniej w porównaniu z pozostałymi pacjentami). Tak duża ilość rozwiedzionych z Płocka może mieć związek z wiekiem tych osób (są nieco starsi niż pozostali pacjenci), co pośrednio świadczy również o niewielkiej skuteczności leczenia nałogu. Tak wysoki odsetek osób rozwiedzionych i pozostających w separacji nie najlepiej rokuje o pomyślności leczenia.

Zarówno u żonatych jak i rozwiedzionych (łącznie u 74% badanych) — nałóg alkoholowy wywarł piętno nie tylko na ich własnym życiu, ale również na życiu ich rodzin. W związku z tym nasuwa się pytanie o to jak liczne były to rodziny. Otóż 60% badanych miało 1—2 dzieci, 11% — troje, 2% — czworo i więcej. 26% stanowiły osoby bezdzietne (do tych ostatnich zaliczeni zostali również nieżonaci).

Z jakich rejonów miasta wywodzili się pacjenci?

Z centrum miasta (ulice: Kolegialna, Sienkiewicza, 3 Maja, Kwiatka, Grodzka i inne) — 22% pacjentów.

Osiedle Miodowa (ulice: Miodowa, Bartnicza, Jaśminowa, Pszczela, Skłodowskiej, Dobrzyńska) — 22% pacjentów.

Osiedle Łukasiewicza — 13% pacjentów.

Osiedle Skarpa A i B (ulice: Gałczyńskiego, Słowackiego, Wyspiańskiego, Jasna, Polna, Patronatu ZMS) — 11%.

Osiedle Wyszogrodzka (ulice: Kilińskiego, Wyszogrodzka, Padlewskiego) — 9% pacjentów.

Osiedle Tysiąclecia — 7% pacjentów.

Niewiele osób hospitalizowanych na Oddziale mieszkało na nowych osiedlach: Międzytorze, Dworcowa, czy Podolszyce.

Interesujące jest to, z kim zamieszkiwały badane osoby? Okazało się, że 28% pacjentów z Płocka mieszkało samotnie, 30% z rodzicami, 26% z żoną i dziećmi, 7% z innymi osobami w indywidualnym gospodarstwie domowym, 7% mieszkało w hotelu robotniczym lub odbywało służbę wojskową.

Tabela 3

Wykształcenie i rodzaj pracy

Wykształcenie	osoby	%
nie ukończone podstawowe	1	2
podstawowe	19	41
ZSZ	11	24
średnie zawodowe	7	15
Liceum Ogólnokształcące	1	2
pomaturalne, nieukończone	5	11
wyższe	2	4
Ogółem	46	100

Najwięcej pacjentów miało wykształcenie podstawowe (41%) w następnej kolejności zawodnicze zawodowe (24%), średnie (17%), niepełne wyższe i wyższe (13%). Wykształcenie wywiera poważny wpływ na stopień i formę spożycia alkoholu. Z badań A. Święcickiego² wynika, że osoby z wykształceniem średnim i wyższym piją alkohol częściej, ale mniej jednorazowo, niż ludzie, którzy ukończyli tylko szkołę podstawową. Ponadto rzadziej wśród nich zdarzają się przypadki nietrzeźwości. Wnioskować stąd można, że alkohol spożywany przez tę grupę osób, mimo że doprowadził do uzależnienia, to z powodu sposobu picia nie poczynił (można domniemywać) tak wielkich spustoszeń w organizmie, jak w przypadkach pijących alkohol wysokoprocentowy — często i w dużych ilościach jednorazowo.

Spśród badanych w chwili przyjęcia na Oddział: 19 osób — (41%) — nigdzie nie pracowało, 24 osoby — (52%) — pracowało w przedsiębiorstwach państwowych i spółdzielczych, 3 osoby — (7%) — pracowały prywatnie.

Spśród pracujących najwięcej było zatrudnionych w przemyśle — (17%), w budownictwie — (9%), w handlu — (9%), gospodarce komunalnej — (9%) i transporcie — (7%).

Najwięcej leczonych wykonywało zawód kierowcy — (11%), mechanika samochodowego — (7%), pracownika budowlanego, betoniarza, zbrojarza — (7%), monter, elektromontera, elektryka — (7%), pracownika umysłowego — (7%), pracownika fizycznego bez zawodu — (7%).

Tabela 4

Częstotliwość zmian zakładów pracy

Ilość zmian	osób	%
w ogóle nie zmieniał	3	7
1—3 razy	9	20
4—5 razy	10	22
6 i więcej	16	34
brak danych	8	17

Cechą charakterystyczną tej grupy jest częsta zmiana zatrudnienia i pełnionych ról zawodowych. Pacjenci ci nierzadko pracowali na delegacji w innych, bardzo odległych od miejsca zamieszkania miastach np. na Śląsku lub Wybrzeżu.

Z analizy dokonywanych przez pacjentów zmian zakładów pracy (uspołecznionych i prywatnych, w których badani byli formalnie zatrudnieni i ubezpieczeni) wynika, że jest to zbiorowość często zmieniająca pracę, jak również jej charakter. Pacjenci wykonywali różne zajęcia nie odpowiadające przygotowaniu zawodowemu, wybrane były one niejednokrotnie w sposób przypadkowy, często poniżej swoich kwalifikacji.

Na 27 przyjętych na Oddział pacjentów Płocka:

3 osoby — (11%) — nie zmieniały zakładu pracy ani zawodu,

5 osób — (18%) zmieniło zakład, a nie zmieniło zawodu,

8 osób — (29%) — zmieniło zakład i zawód i podjęło pracę o podobnym stopniu skomplikowania,

11 osób — (42%) — zmieniło zakład, zawód i podjęło pracę łatwiejszą i mniej skomplikowaną.

Zdecydowaną większość czynnych zawodowo stanowili pacjenci żonaci (75%), w dalszej kolejności rozwiedzeni — (50%), a najrzadziej — kawalerowie — (42%).

Tabela 7

Źródło utrzymania a pobyty na Oddziale

Źródło utrzymania	Który raz na leczeniu			
	raz	2—4	5—10	11—20
nie pracuje, na utrzymaniu rodziny	24%	35%	27%	14%
pracuje zawodowo	21%	43%	30%	6%
renta, zasiłek	9%	32%	23%	36%

Tak więc spośród przebywających na leczeniu 11—20 razy tylko 6% pracowało zawodowo, a dla 36% wielokrotnych pacjentów, źródłem utrzymania była renta lub zasiłek z opieki społecznej.

Bardziej zdyscyplinowanymi pacjentami były osoby czynne zawodowo. 75% spośród nich zostało wypisanych za szpitala przez lekarza po zakończeniu kuracji, natomiast najczęściej zwalniani byli dyscyplinarnie w trakcie leczenia pacjenci niepracujący (32%) tj. czterokrotnie częściej niż pracujący (8%).

Tabela 5

Stan cywilny a praca zawodowa

stan cywilny	pozostaje bez pracy		pracuje w przemyśle lub spółdzielni		pracuje prywatnie		Razem
	osób	%	osób	%	osób	%	
kawaler	6	50	5	42	1	8	12
żonaty	2	25	6	75	—	—	8
rozwiedziony	11	42	13	50	2	8	26
Razem	19(41%)		24(52%)		3(7%)		46(100%)

Najczęściej pracowali zawodowo pacjenci z rozpoznaniem:

- zespołu uzależnienia od alkoholu — 67%
- alkoholizmu przewlekłego — 47%
- psychodegradacji alkoholowej — 36%

Tabela 6

Stopień zaawansowania choroby a praca zawodowa

Rozpoznanie	pozostaje bez pracy		pracuje w przemyśle spółdz.		pracuje prywatnie		Razem
	osób	%	osób	%	osób	%	
zespół uzależnienia od alkoholu	4	27	10	67	1	7	15
alkoholizm przewlekły	9	47	9	47	1	5	19
psychodegradacja alkoholowa	6	55	4	36	1	9	11
Razem	19(41%)		23(52%)		3(7%)		45

Im częstszy był pobyt na leczeniu (a tym samym i bardziej zaawansowana choroba alkoholowa), tym rzadsze przypadki osób czynnych zawodowo — częstsze natomiast przypadki osób utrzymujących się z renty, zasiłków opieki społecznej.

II. HISTORIA ŻYCIA ALKOHOLIKÓW
Pierwszy kontakt z alkoholem

W ostatnich latach sygnalizuje się znaczne obniżenie granicy wieku, w którym młodzi ludzie zaczynają pić alkohol.³ Zjawisko to ma ogromne znaczenie społeczne, nie wszędzie jednak należycie doceniane. Spożywanie napojów alkoholowych w coraz to młodszym wieku, co raz częstsze występowanie u młodzieży takiego modelu picia jak u dorosłych tj. dużych ilości wysokoprocentowego alkoholu, może w wielu przypadkach prowadzić do uzależnienia alkoholowego w czasie 3—4 razy krótszym, niż u dorosłych.⁴ Im wcześniej dochodzi do pierwszych kontaktów z alkoholem, im częściej i więcej pije się jednorazowo przed 25 rokiem życia, a więc przed osiągnięciem pełnej dojrzałości fizycznej i psychicznej, tym większe ryzyko poniesienia szkód organicznych i szybkiego uzależnienia od alkoholu.

Tabela 8

Pierwszy kontakt z alkoholem

Wiek	osób	%
do 15 lat	14	30
16—17	16	35
18—20	6	13
21—25	3	7
26—30	4	9
31—35	—	—
36 i powyżej	—	—
brak danych	3	7
Razem	46	100

Osoby hospitalizowane na Oddziale Leczenia Odwykowego w Gostyninie-Zalesiu miały bardzo wczesny kontakt z alkoholem. Dla 65% spośród nich kontakt ten przypadał między 15—17 rokiem życia, dla 20% między 18—25 rokiem życia i tylko dla 9% między 26—30 rokiem życia. Z życiorysów i wywiadów klinicznych zamieszczonych w historiach choroby wynika, że w życiu znacznego odsetka nałogowych alkoholików występuje często w wieku 15—18 lat typowa luka w przynależności do zorganizowanej i równocześnie społecznie powszechnie akceptowanej grupy. Jest to okres, który następuje po ukończeniu lub porzuceniu szkoły podstawowej, a przed rozpoczęciem stałej pracy zawodowej. W okresie tym chłopcy przyzwyczajeni do znacznie osłabionej kontroli środowiska rodzinnego i po zaniku związków z kolegami w szkole, a jeszcze przed powstaniem nowych więzi społecznych w ramach grupy zawodowej, są pozostawieni sami sobie. Tworzą wówczas grupy rówieśnicze organizujące im czas, które nadają kierunek zainteresowań i wyrabiają często postawy.

U młodzieży naśladownictwo stanowi ważny element prowadzący do alkoholizmu. Młodzi chłopcy, a coraz częściej i dziewczęta, naśladowają nie tyle ludzi dorosłych, ile nieco starszych swoich kolegów czy koleżanki. Obserwuje się obecnie coraz powszechniej, niebezpieczne zjawisko powstawania grup młodzieżowych zwykle koedukacyjnych, w których panować zaczyna specyficzna maniera, specyficzny tryb życia. Nieodłączną częścią tego stylu życia staje się alkohol. Taki styl życia prowadzi do wytworzenia się środowiska młodzieżowego alkoholizującego się.

Picie przez młodego człowieka nawet najslabszego alkoholu kilka razy w tygodniu powoduje przyzwyczajenie tkanki nerwowej do alkoholu i powstanie nałogu. Stopniowo, w sposób niezauważalny dla niego, młody człowiek zaczyna odczuwać potrzebę alkoholu, domaga się już tego jego organizm. Okres czasu od rozpoczęcia picia do wystąpienia nałogu alkoholizmu jest bardzo krótki. W naszych warunkach trwa zwykle dwa—trzy lata.⁵

Alkohol jest trucizną komórkową, a ponieważ ma zdolność przenikania do wszystkich komórek ciała ludzkiego, zrozumiałym jest, że działa on destrukcyjnie na rozwijający się organizm młodego człowieka. Mniej natomiast rozumiane i znane są przez ogół społeczeństwa skutki społeczne alkoholizowania się młodzieży. Alkohol uszkadza szczególnie tkankę nerwową, a więc i mózg. Wynikiem szkodliwego działania jest obniżenie sprawności intelektualnej młodzieży, zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia zdolności zapamiętywania nabytych wiadomości.

U młodzieży — poza zmianami opisanymi powyżej obserwuje się znamienne zaburzenia w zakresie osobowości, charakteru. Alkohol bowiem psychopatyzuje młodocianych. Obserwujemy u nich niedorozwój w zakresie uczucio-

wości wyższej, niedorozwój kształtującej się w tym okresie życia zdolności do hamowania działania popędowego. Zwraca uwagę u tego rodzaju młodzieży prymitywne i demonstracyjne zachowanie, uderza egocentryzm.

Jak wynika z wieloletnich obserwacji medycznych, młodociani alkoholicy są niesłyszalnie trudni do leczenia, a nawet kiedy je podejmują, rokowanie jest niemal niepomyślne. Jest to zupełnie zrozumiałe, ponieważ leczenie odwykowe alkoholików polega nie tylko na zahamowaniu picia, ale w głównej mierze na psychokorekcji, której zadaniem jest zmiana postaw i postępowania (wiodących właśnie do picia), na przywróceniu człowiekowi właściwego systemu wartościowania.⁶ A przecież jeżeli system wartościowania nie został w najważniejszym okresie życia w ogóle wykształcony, bądź ukształtowany nieprawidłowo — nie istnieją żadne szanse rekonstrukcji.⁷

Nadmierne często picie alkoholu prowadzi prędzej czy później (w zależności od właściwości osobniczych) do uzależnienia od alkoholu.

Tabela 9

Nadmierne picie alkoholu, a wiek

Nadmierne picie (wiek)	osób	%
do 18 roku życia	14	30
19—20	16	35
21—25	6	13
26—30	3	7
31—35	4	9
brak danych	3	7
Razem	46	100%

Najwięcej pacjentów zaczęło pić nadmiernie w wieku 19—20 lat (35%) — niewiele mniej w wieku do lat 18 — 30%. W sumie aż 65% pacjentów piło nadmiernie alkohol w wieku do 20 roku życia, dalsze 20% w wieku 21—30 lat i tylko 9% w wieku „późniejszym” — 31—35 lat.

Jeśli skorelować ze sobą wiek pacjentów, w którym zaczęli pić alkohol nadmiernie — z częstotliwością pobytów na Oddziale Leczenia Odwykowego — otrzymamy zależność wprost proporcjonalną.

Im młodszy wiek, w którym pacjent zaczął pić nadmiernie, tym częstsze pobyty na leczeniu i odwrotnie. 75% wszystkich pijących nadmiernie już przed 18 rokiem życia, lecz było się na Oddziale pięć i więcej razy. W miarę jak wzrasta wiek, w którym badani zaczęli pić nadmiernie — maleje liczba ich pobytów na Oddziale. Nie dziwi więc fakt, że wśród pacjentów przeważa długi „staż alkoholowy” i co się z tym wiąże — głębszy stopień uzależnienia.

Wiek rozpoczęcia nadmiernego picia, a pobyty na leczeniu

Ilość pobytów na leczeniu	wiek, w którym zaczął pić nadmiernie														brak odp. os.	Ra- zem
	do 18		19—20		21—25		26—30		31—35		36—40		41—45			
	os.	%	os.	%	os.	%	os.	%	os.	%	os.	%	os.	%		
1 raz	—	—	—	—	3	25	3	33	—	—	1	50	—	—	1	8
2—4 razy	2	25	6	55	8	67	3	33	—	—	1	50	1	100	1	22
5—10 razy	2	25	4	36	1	8	3	33	1	—	—	—	—	—	1	1
11—20 razy	4	50	1	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Razem:	8	100	11	100	12	100	9	100	1	100	100	2	1	100	2	46

Pije bowiem nadmiernie od dawna (od 16—26 lat i dłużej) ponad 40% pacjentów.

Rodziny pacjentów

Jeśli rozpatrywać rodziny w jakich wychowywali się pacjenci pod kątem ich oddziaływań wychowawczych w stosunku do dzieci, to należy stwierdzić, że często nie stwarzały one warunków do prawidłowego rozwoju osobowo-

ści dziecka. 21 osób — (46%) pochodziło z rodzin pełnych, 15 osób — (33%) z rodzin rozbitych, niepełnych, 2 osoby — (4%) wychowywały inne osoby (brak rodziny), 8 osób — (17%) — brak danych.

Ponadto, tylko 39% rodzin można określić jako pozytywne wychowawczo (oboje rodzice żyją, pracują, nie nadużywają alkoholu, atmosfera wychowawcza jest dobra). 26% rodzin, to rodziny patologiczne (alkoholizm jednego lub dwojga rodziców, praca dorywczaj ojca, choroby psychiczne rodziców, rodziny wielodzietne, brak właściwej opieki ze strony dorosłych). 13% pacjentów wychowywały inne osoby (dziadkowie, ciotki), bądź też instytucje (Domy Dziecka, zakłady wychowawcze).

Analiza szczegółowych wywiadów klinicznych zamieszczonych w historiach choroby pacjentów pozwala prześledzić zachowania badanych w wieku wczesnoszkolnym i w wieku dorastania. Otóż zauważa się w części wywiadów wyraźne symptomy niedostosowania społecznego już w tych wczesnych okresach życia.

Tylko 8 osób — (17%) nie sprawiało żadnych trudności wychowawczych natomiast u 50% badanych trudności takie wystąpiły. Głównie były to trudności wychowawcze — (28%) i w nieznacznym stopniu dydaktyczne — (2%), U 33% badanych brak było danych na ten temat.

Tabela 11

Nadmierne picie

Nadmierne picie (w latach)	osób	%
od 1 roku	—	—
2—3 lat	1	2
4—6 lat	7	15
7—9 lat	8	17
10—15 lat	8	17
16—20 lat	8	17
21—25 lat	9	20
20 i powyżej	2	4
Razem	46	100%

PRZYPISY

¹ Ałapin B., 500 przypadków alkoholizmu u kobiet, «Zeszyty Studiów Zarządu Głównego SKP», Warszawa 1965, s. 24.

² Święcicki A., Alkohol. Zagadnienie polityki społecznej. Warszawa 1968, s. 75.

³ Ochmański M., Wpływ alkoholizmu rodziców na poziom inteligencji i przystosowanie ich dzieci do nauki szkolnej. Warszawa 1981, s. 47.

⁴ Ochmański M., Losy młodzieży z rodzin alkoholizujących i jej charakterystyka psychospołeczna. Warszawa 1987, s. 35.

⁵ Piutowski J., Alkoholizm — jego skutki i leczenie. Warszawa 1970, s. 41.

⁶ Tamże.

⁷ Sawicki W., Profilaktyka przeciwalkoholowa wśród młodzieży. Warszawa 1979, s. 51.