Witold Kotowski

Alkoholizm a środowisko zawodowe

Palestra 7/1(61), 53-57

1963

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.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

WITOLD KOTOWSKI

Alkoholizm a środowisko zawodowe

Przed nałogiem alkoholowym nie chroni ani wykształcenie, ani dojrzałość kulturalna, ani tzw. silna wola. Iluż to światowej sławy pisarzy o wzbudzających podziw życiorysach stało się ofiarami nałogu!

Spośród pijących tylko okazyjnie, towarzysko, co szesnasty staje się nałogowcem. Statystyka notuje tu jednak pewien wpływ rodzaju pracy wykonywanej przez pijącego. Tak więc każda setka pijących robotników dostarcza 18 „pijących najwięcej" (przeszło 12 litrów 100% alkoholu rocznie), a każda setka pracowników umysłowych — 11,2.

Alkoholików wymagających leczenia oblicza się u nas na 300—400 tysięcy, tzn. na 8 procent pięciomilionowej armii zatrudnionych.[1]

W ustawach z dnia 27.IV.1956 r. i z dnia 10.XII.1959 r.[2] zdefiniowano po raz pierwszy alkoholizm jako chorobę. Prawo nie kreśli jej obrazu klinicznego, postanawia jedynie, że do nałogowych alkoholików, którzy swym postępowaniem powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizują nieletnich, zagrażają bezpieczeństwu otoczenia albo zakłócają systematycznie spokój lub porządek publiczny, stosuje się leczenie przymusowe w zakładach lecznictwa otwartego i zamkniętego (art. 13).

Przytoczone cechy aspołecznego, ekscesywnego zachowania się są jednocześnie także typowymi objawami nałogowego alkoholizmu. Na podstawie przecież tych objawów, bez badania fizykalnego, komisje społeczne lekarskie orzekają przymus leczenia. Orzeczenia te są z istoty swej diagnozami choroby.

Widzimy więc, że ustawa nie troszczy się zbytnio o ustalenie uchwytnych zmian organicznych. Jest to zrozumiałe: zmiany te zjawiają się zazwyczaj w stadiach bardzo zapóźnionych i łączą się ze stanami wyraźnej degradacji osobowej.

Jak przekonywa treść art. 13, dominuje motyw zagrożenia społecznego, a nie indywidualnego. Nie ma podstaw prawnych do roztoczenia przymusu leczenia w stosunku do alkoholika samotnego, publicznie nie manifestującego swego nałogu.

Jest to więc stan chorobowy funkcjonalny w znaczeniu fizjologicznym i społecznym. Takie ujęcie choroby, przy którym o jej istnieniu

---

[1] A. Święcki: Liczba alkoholików w Polsce, „Walka z alkoholizmem" nr 6 i 7/1960 r. oraz tegoż autora: Osoby pijące najwięcej, ibid, nr 5/1962 r.

[2] Dz. U. z 1956 r. Nr 12, poz. 62 i z 1962 r. Nr 69, poz. 434.

i konieczności leczenia decyduje rodzaj naruszonej przez chorego funkcji społecznej jako męża, ojca czy członka jakiegoś zawodu, jest zgodne z tendencjami rozwojowymi pojęć medycznych.

Wynikają stąd pewne konsekwencje lecznicze. Jeżeli dany osobnik jest uważany za chorego nie tylko z powodu swych stanów fizjologicznych, lecz także społecznych, to i leczenie powinno kroczyć przez oddziaływanie nie tylko na organizm, ale i na stosunek do otoczenia.

Rzeczywistość widziana przez krzywe zwierciadło stałych stanów nadużycia alkoholu zyskuje cechy trwałości, staje się automatycznie działającym dynamicznym stereotypem, który ze swej strony oddziałuje na chorego i „trzyma" go w nałogu.

Rodzi to konieczność ingerencji w sferę życia osobistego i udzielania pomocy zarówno choremu, jak i osobom go otaczającym, przede wszystkim przez poprawę sytuacji osobistej pod względem ekonomicznym i społecznym.

Niezwykle ważną rolę w tych resocjalizacyjnych wskazaniach leczniczych należy przypisać zachowaniu stosunku pracy. Z pracą łączy się nie tylko pojęcie „gorsetu ortopedycznego", tzn. bytowania na podobieństwo innych z zachowaniem wspólnego rytmu życia, lecz także poczucie pozycji społecznej jako podstawy pozytywnej oceny otoczenia. Rola, jaką przywiązujemy do tej oceny czy to ze strony przełożonych, czy to ze strony towarzyszy pracy, jest bardzo znaczna. Swiadomość takiej pozytywnej oceny jest źródłem zadowolenia moralnego i równowagi psychicznej.

Lekarze przychodni przeciwalkoholowych, znajdujący się w samym środku konfliktów osobistych swych pacjentów, rozumieją na ogół rolę tych czynników. Interweniują oni nierzadko, by bezwzględnie utrzymany został stosunek pracy, jeśli chodzi o tych pacjentów, którzy wyraźnie współdziałają z prowadzonymi wysiłkami leczniczymi.

W pracy lekarza psychoterapeuty nie sposób odgraniczyć środków oddziaływania farmakologicznego od środków oddziaływania społecznego i administracyjnego. Leczenie musi być kompleksowe i ograniczanie się wyłącznie do podawania leków wskazywałoby na formalny stosunek do pracy takiego lekarza, nieledwie na czczy biurokratyzm.

Wychodząc z tych założeń, lecznictwo przeciwalkoholowe dąży do nawiązania współpracy z ośrodkami lecznictwa przyzakładowego, gdyż antabus (anticol) podany przez lekarza przyzakładowego będzie miał inne działanie niż ten sam lek podany w odległej poradni miejskiej. Na miejscu środek ten będzie przyjęty z dodatkowym ładunkiem, na co złoży się świadomość kontaktów lekarza z dyrekcją i organizacjami przyzakładowymi, perspektywa zachowania zagrożonego stanowiska pracy albo zaopiniowanie pacjenta jako zdecydowanie opornego, aspołecznego.

Żartobliwa teza radzieckich psychiatrów: chinina nie działała przeciwko malarii w warunkach carskiej Rosji — podkreśla sprężone działanie chemizmu środka farmakologicznego z ładunkiem towarzyszących okoliczności natury społecznej w najszerszym tego słowa znaczeniu.

*

Artykuł 29 ustawy grudniowej traktuje o obowiązku zachowania trzeźwości zawodowej. Brzmienie tego artykułu jest następujące:

„Kto w stanie nietrzeźwości podejmuje czynności, których spełnianie w takim stanie może narażać na niebezpieczeństwo życie lub zdrowie ludzkie albo mienie w znacznych rozmiarach, podlega karze aresztu do roku lub karze grzywny do pięciu tysięcy złotych".

Pojęcia te wymagają rozległych studiów z zakresu fizjologii pracy nad stanem, lub raczej nad stanami nietrzeźwości stwarzającymi zagrożenie w warunkach określonych czynności. Na razie mamy jedynie dostatecznie opracowane zagadnienie stanu nietrzeźwości obowiązujące ludzi za kierownicą. Jest to stan fizjologicznej nietrzeźwości, niedostępny wizualnemu stwierdzeniu, ujawniany laboratoryjnie, określany na 0,5 ‰ zawartości alkoholu we krwi.

Do czasu powstania rozbudowanych pojęć fizjologii pracy z uwzględnieniem alkoholowego obciążenia organizmu postanowienia o trzeźwości zawodowej pozostaną w znacznym stopniu blankietem oczekującym na treść.

Projekt ustawy o zawodzie lekarza wymienia wśród przyczyn powodujących niezdolność do wykonywania zawodu — obok choroby, narkomanii i ułomności fizycznej — także nałogowy alkoholizm. Oczywiście praktyka nasunie tu konieczność rozbudowania pojęć alkoholowego nałogu, a także pojęć trzeźwości zawodowej dostosowanych do danych czynności.

Ze względu na stwierdzony ujemny wpływ nawet małych doz alkoholu, zbliżamy się coraz bardziej do wymagań całkowitej abstynencji w czasie samej pracy oraz na wiele godzin przed rozpoczęciem pracy w licznych dziedzinach.

Ustawa przeciwalkoholowa i stan nowoczesnej wiedzy o nałogowcu zobowiązują środowiska zawodowe do zajęcia określonego stosunku wobec tego zagadnienia, a to tym bardziej, że powstanie i utrwalenie nałogu jest zazwyczaj determinowane warunkami i zwyczajami danego środowiska społecznego. A zatem również przeciwdziałanie powinno mieć charakter akcji społecznej.

Z powyższych względów presja środowiska zawodowego w dotychczasowej postaci: ujemnej oceny fragmentu postępowania — powinna być, wydaje się, uzupełniona naciskiem na podjęcie leczenia wraz z dalszym współdziałaniem w toku kuracji, przy czym wobec dynamicznej, jak uczy doświadczenie, linii rozwoju nałogu reakcja powinna być możliwie wczesna.

Dotyczyć to powinno wszystkich zawodów, w tym również adwokatury.

Należy skłaniać do podjęcia dobrowolnego leczenia. Wystąpienie do komisji społeczno lekarskiej o zastosowanie przymusu leczenia powinno być zawsze ostatecznością. Oznacza ono łamanie oporu. Trudno zaś le-

czyć na siłę, chociaż często zdarzają się wypadki, że po przełamaniu tego oporu pacjent zaczyna współdziałać z lekarzem. Skierowanie sprawy do komisji społeczno-lekarskiej nie oznacza zresztą definitywnego wypowiedzenia walki. Komisje również nakłaniają wezwanych do rozpoczęcia dobrowolnej kuracji i w razie uzyskania zgody zawieszają postępowanie stosownie do § 8 rozporządzenia Min. Zdrowia i Opieki Społ. z 1.IV.1961 r. (Dz. U. Nr 22, poz. 10).

Skierowanie wniosku do komisji wydaje się koniecznością w wypadkach jawnego rozprzężenia zdolności do pracy zawodowej oraz w wypadkach zagrażających życiu, np. z powodu postępujących zmian organicznych układu krążenia, wątroby i in.

Dobrowolne leczenie nie daje, naturalnie, uprawnień do kontroli postępów kuracji w poradni. Chory pozostaje pacjentem prywatnym. Kontrola ta mogłaby być wykonywana co najwyżej przez zobowiązanie leczącego się do przedstawiania okresowych zaświadczeń z przychodni lub przez odbywanie konsultacji z lekarzem za zgodą leczącego się.

Natomiast wobec leczonego przymusowo organizacja zawodowa mogłaby oficjalnie informować się o stosunku chorego do ustanowionego reżymu terapeutycznego. Wszelkie tego rodzaju dowody, uwagi i współdziałania są przyjmowane przez placówki lecznictwa przeciwalkoholowego z prawdziwym uznaniem.

Natomiast orzeczenie o przymusie leczenia w zakładzie lecznictwa zamkniętego powinno — jak się wydaje — spowodować możność zawieszania w wykonywaniu czynności zawodowych, gdyż orzeczenia takie wydawane są w razie stwierdzenia beznadziejności leczenia w warunkach lecznictwa ambulatoryjnego. O możliwości zaś podjęcia czynności powinna decydować uzgodniona opinia lekarza zakładu odwykowego i lekarza poradni, który ma pacjenta w dalszej opiece.

Oczywiście rozważania te, wynikające z pojęcia alkoholizmu jako choroby, nie powinny przesłaniać konieczności represji we wszystkich wypadkach niewłaściwego zachowania się wywołanego nadużyciem alkoholu. Poza tym do alkoholowych ekscesów należałoby stosować postępowanie przyśpieszone, gdyż tylko wówczas orzeczenie będzie zsynchronizowane z aktualnym stanem choroby.

*

Brak ustalonych kryteriów choroby alkoholowej i rozbudowanych pojęć trzeźwości zawodowej stanowi największą trudność praktycznego stosowania ustawy. Potrzeba ścisłej współpracy prawników z lekarzami narzuca się tu ze szczególną jasnością. Brak również rozbudowanej klasyfikacji alkoholizmu w zakresie fizjologicznym, psychopatologicznym i prawnym.

Metody lecznictwa przeciwalkoholowej służby zdrowia zbliżają pracę lekarza do pracy socjologa, gdyż zawsze chory tkwi w tej lub innej grupie ludzkiej. Zamiast podlegającej destrukcji grupy rodzinnej lub zawodowej zjawiają się inne. Rozpoznanie grup, niwelacja wpływów, lokowanie chorego w odpowiednich warunkach społecznych, zabezpiecze-

nie przed dalszym traumatyzmem psychicznym i konfliktowością — to zadania profilaktyki i lecznictwa. Profilaktyki w znaczeniu nowoczesnym, odbiegającym bardzo od dawnych pojęć zachowania czystości jako środka ochrony przed zakażeniem tylko bakteryjnym.

Metody pracy zbliżają też lekarza do pracy psychologa, gdyż pozyskanie chorego do pracy nad przebudową jego osobowości jest zasadniczym warunkiem powodzenia kuracji.

Te zasady przenikające lecznictwo przeciwalkoholowe są równoznaczne ze zgłoszeniem zamówienia na czynną postawę i współpracę ze strony środowisk zawodowych.

Artykuł niniejszy nie rości sobie pretensji do ustalenia szczegółowych reguł postępowania. Chodzi jedynie o zasadnicze ustosunkowanie się do odwiecznego problemu, który wiedza o nałogu, o człowieku i społeczeństwie postawiła obecnie przed nami jako nową rzeczywistość, wymagającą nowych form reakcji i działania.